



**Ogólne Warunki Ubezpieczenia
oraz Karta Produktu
Grupowego Ubezpieczenia na Życie
OPTIMUM MAX**

Informacja o produkcie

grupowe ubezpieczenie na życie Optimum Max

Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia na Życie Optimum Max, uchwalonymi przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA w dniu 22 sierpnia 2017 roku.

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń: § 3, § 4, § 19
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 5, § 6

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE - OPTIMUM MAX -

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, zwanych dalej OWU, SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, zwane dalej „Towarzystwem”, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, zawiera umowy grupowego ubezpieczenia na życie OPTIMUM MAX oraz umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie z osobami fizycznymi, osobami prawnymi lub jednostkami organizacyjnymi nie będącymi 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 ze wskazaniem i za zgodą osób, na rachunek których została zawarta.
3. Za porozumieniem stron do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
4. W przypadku określonym w ust.3, Towarzystwo zobowiązane jest przedstawić Ubezpieczającemu różnicę między treścią umowy ubezpieczenia a treścią OWU w formie pisemnej przed zawarciem umowy ubezpieczenia. 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) **członek grupy** – pracownik (osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, mianowania, wyboru, powołania, umowy o pracę nakładczą, w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy, osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia, 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), członek spółdzielni, stowarzyszenia, organizacji samorządowej, organizacji społecznej,
- 2) **data wymagalności** – data, do której zgodnie z umową ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki ubezpieczeniowej,
- 3) **dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 25 roku życia,
- 4) **karencja** – okres ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa występujący w sytuacjach wskazanych w umowie ubezpieczenia, uwzględniany w wyliczeniu składki ubezpieczeniowej,
- 5) **małżonek** – osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa albo - w przypadku niepozostawania Ubezpieczonego w związku małżeńskim - osoba pozostająca z Ubezpieczonym w faktycznym wspólnym pożyciu (osoba ta musi, w dacie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy bezpośrednio przed datą wystąpienia zdarzenia, posiadać miejsce zameldowania na pobyt stały identyczne z miejscem zameldowania Ubezpieczonego),
- 6) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, w następstwie którego osoba objęta ubezpieczeniem, niezależnie od swojej woli, doznała trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarła,
- 7) **uszkodzenie ciała** – uszkodzenie narządów lub układów narządów osoby objętej ubezpieczeniem, powstałe bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, określone w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU,
- 8) **osoba objęta ubezpieczeniem** – w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia: Ubezpieczony, jego małżonek, dzieci, rodzice lub teściowie, których życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia,
- 9) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu, powstały bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, trwający nieprzerwanie co najmniej 2 dni, przy czym do okresu pobytu w szpitalu zaliczane są w całości: dzień, w którym osoba objęta ubezpieczeniem została przyjęta do szpitala oraz dzień, w którym osoba objęta ubezpieczeniem została wypisana ze szpitala,
- 10) **polisa** - dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia między Ubezpieczającym a Towarzystwem,
- 11) **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),
- 12) **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:
 - a) żoną ojca Ubezpieczonego lub wdową po ojcu Ubezpieczonego, o ile po śmierci ojca Ubezpieczonego nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - b) mężem matki Ubezpieczonego lub wdowcem po matce Ubezpieczonego, o ile po śmierci matki Ubezpieczonego nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
- 13) **rok polisowy** – okres 12 miesięcy liczonych od dnia rocznicy polisy do dnia poprzedzającego kolejną rocznicę polisy,
- 14) **sporty wysokiego ryzyka** – sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, nurkowanie przy użyciu aparatów gazowych, surfing, windsurfing, kitesurfing, sporty motorowe i motorowodne, sporty spadochronowe, sporty balonowe, paralotniarstwo, szybownictwo, pilotowanie samolotów silnikowych, skoki bungee, sztuki walki i sporty obronne, sporty związane z użyciem broni, wspinaczka górską i skałkowa, speleologia, myślistwo, rugby, futbol amerykański, jazda konna, kolarstwo, jazda na nartach wodnych, narciarstwo zjazdowe, snowboard, bobsleje, saneczkarstwo, skoki narciarskie i akrobatyczne, narciarstwo ekstremalne, heliskiing, heliboarding, sporty, w których wykorzystywane są pojazdy poruszające się po śniegu lub lodzie, wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, góry powyżej 2500 m n.p.m., busz, obszary podbiegunowe, dżungla, tereny lodowcowe lub wiecznej zmarzliny albo udział w ekspedycjach wymagających użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego,
- 15) **szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami, zakład leczenia zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za szpital nie uważa się: ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowskiego, a także szpitala rehabilitacyjnego, oddziału rehabilitacyjnego oraz ośrodka rehabilitacji,
- 16) **świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota pieniężna, którą Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu lub osobie uprawnionej w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
- 17) **teściowie** – matka lub ojciec (w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego) osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim lub jest odwdowiały 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:
 - a) żoną teścia Ubezpieczonego lub wdową po teściu Ubezpieczonego, o ile po śmierci teścia Ubezpieczonego nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - b) mężem teściowej Ubezpieczonego lub wdowcem po teściowej Ubezpieczonego, o ile po śmierci teściowej Ubezpieczonego nie wstąpił ponownie w związek małżeński,
- 18) **ubezpieczenie grupowe** – umowa ubezpieczenia zawarta na rachunek członków grupy, którzy wyrazili zgodę na przystąpienie do umowy ubezpieczenia,
- 19) **ubezpieczenie indywidualnie kontynuowane** – umowa ubezpieczenia zawarta przez osobę fizyczną, po zakończeniu wobec tej osoby ochrony ubezpieczeniowej w ubezpieczeniu grupowym,
- 20) **Ubezpieczony** – wskazana w umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie lub zdrowie jest przedmiotem umowy ubezpieczenia, która w dniu składania deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia ukończyła 15 lat, a nie ukończyła 65 roku życia, będąca członkiem grupy,
- 21) **Uposażony** – wskazana przez Ubezpieczonego osoba uprawniona do odbioru świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek jego śmierci,
- 22) **urodzenie się dziecka Ubezpieczonego** – urodzenie się żywego dziecka, potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic dziecka,
- 23) **urodzenie się martwego noworodka** – urodzenie się martwego dziecka, potwierdzone wystawionym przez urząd stanu cywilnego aktem urodzenia, w którym Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic dziecka,
- 24) **wyczynowe uprawianie sportu** – udział w regularnych treningach, zawodach, obozach kondycyjnych, zgrupowaniach, w celu uzyskania maksymalnych wyników sportowych,
- 25) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu uległ Ubezpieczony jako:
 - a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu Ustawy prawo o ruchu drogowym, motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem morskim, promem lub pasażerskim statkiem powietrznym,
 - b) rowerzysta,
 - c) pieszy,
- 26) **zawodowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych za wynagrodzeniem.
- 27) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zaistniałe w okresie ubezpieczenia zdarzenie, powodujące śmierć, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia osoby objętej ubezpieczeniem; za zdarzenie ubezpieczeniowe uznaje się również urodzenie się dziecka w okresie ubezpieczenia.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot ubezpieczenia)

Przedmiotem ubezpieczenia zawartego na podstawie niniejszych OWU, w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia, może być życie lub zdrowie:

- 1) Ubezpieczonego,
- 2) dziecka Ubezpieczonego,
- 3) małżonka Ubezpieczonego,
- 4) rodziców lub teściów Ubezpieczonego.

§ 4 (zakres ubezpieczenia)

1. Ubezpieczenie może być zawarte w jednym z czterech wariantów:
 - 1) „SINGIEL” - w którym odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie świadczenia w przypadku:
 - a) śmierci Ubezpieczonego,
 - b) śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - c) śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego,
 - d) uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - e) pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) „SINGIEL BIS” - w którym odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie świadczenia w przypadku:
 - a) śmierci Ubezpieczonego,
 - b) śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - c) śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego,
 - d) uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - e) pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - f) śmierci dziecka Ubezpieczonego,
 - g) śmierci dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - h) uszkodzenia ciała dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - i) pobytu w szpitalu dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - j) osierocenia dziecka Ubezpieczonego,
 - k) urodzenia dziecka Ubezpieczonego,
 - l) urodzenia martwego noworodka;
 - 3) „DUO” - w którym odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie świadczenia w przypadku:
 - a) śmierci Ubezpieczonego,
 - b) śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - c) śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego,
 - d) uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - e) pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - f) śmierci małżonka Ubezpieczonego,
 - g) śmierci małżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - h) uszkodzenia ciała małżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - i) pobytu w szpitalu małżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) „FAMILIA” - w którym odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie świadczenia w przypadku:
 - a) śmierci Ubezpieczonego,
 - b) śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - c) śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego,
 - d) uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - e) pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - f) śmierci dziecka Ubezpieczonego,
 - g) śmierci dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - h) uszkodzenia ciała dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - i) pobytu w szpitalu dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - j) osierocenia dziecka Ubezpieczonego,
 - k) urodzenia dziecka Ubezpieczonego,
 - l) urodzenia martwego noworodka,
 - m) śmierci małżonka Ubezpieczonego,
 - n) śmierci małżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - o) uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - p) pobytu w szpitalu małżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - q) śmierci rodzica lub teścia Ubezpieczonego.
2. Za zgodą Towarzystwa możliwe jest obowiązywanie u jednego Ubezpieczającego, w tym samym czasie, więcej niż jednego ubezpieczenia grupowego, zawartego na podstawie niniejszych OWU.
3. Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach jednej umowy ubezpieczenia grupowego zawartego na podstawie niniejszych OWU. Ubezpieczony może przystąpić do ubezpieczenia tylko raz w tym samym czasie.
4. Zmiana ubezpieczenia grupowego przez Ubezpieczonego może nastąpić na jego wniosek nie częściej niż jeden raz w roku kalendarzowym.

5. W sytuacji opisanej w ust.4, zmiana ubezpieczenia grupowego nastąpi z początkiem najbliższego miesiąca, następującego po dniu złożenia przez Ubezpieczonego wniosku w tym zakresie. Zmiana ubezpieczenia grupowego nastąpi pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej w wysokości właściwej dla wybranego ubezpieczenia grupowego oraz pod warunkiem, że Ubezpieczony spełnia warunki do objęcia wybranym ubezpieczeniem grupowym. Po zmianie ubezpieczenia grupowego, stosowana będzie karencja w odniesieniu do świadczeń, które nie obowiązywały wobec Ubezpieczonego przed zmianą ubezpieczenia oraz w odniesieniu do części kwot dotychczasowych świadczeń, o które, w wyniku zmiany ubezpieczenia grupowego, wzrosła odpowiedzialność Towarzystwa. Karencja będzie obowiązywała od daty zmiany ubezpieczenia grupowego, przez okresy przewidziane w niniejszych OWU.

§ 5 (wyłączenia odpowiedzialności)

1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek:
 - 1) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wewnętrznych zamieszek, strajków, rozruchów oraz aktów sabotażu,
 - 2) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radiologicznym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 3) umyślnego popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 4) zatrucia się Ubezpieczonego spowodowanego spożyciem alkoholu lub środków odurzających, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 5) uszkodzenia trzustki lub wątroby spowodowanego spożyciem alkoholu lub środków odurzających, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 6) działania Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości albo działania Ubezpieczonego pod wpływem innych środków odurzających, wyłączając przypadki ich zażywania zgodnie z zaleceniami lekarza, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 7) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,
 - 8) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku będącego wynikiem:
 - 1) uprawiania przez Ubezpieczonego sportów wysokiego ryzyka, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 2) wyczynowego i zawodowego uprawiania sportów przez Ubezpieczonego, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 3) samookaleczenia się Ubezpieczonego,
 - 4) działania Ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 5) przewozu lotniczego Ubezpieczonego w charakterze innym niż pasażer samolotu pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 6) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarzy, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 7) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku nie jest należne, jeżeli pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego nie istniał związek przyczynowy.

§ 6 (karencja)

1. Okres karencji wynosi 6 miesięcy (w przypadku urodzenia się dziecka Ubezpieczonego: 9 miesięcy). Z zastrzeżeniem § 4 ust.4, okres karencji liczony jest od daty złożenia przez Ubezpieczonego deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia.
2. Karencja określona w ust.1 nie ma zastosowania jeżeli:
 - 1) Ubezpieczony był członkiem grupy w dacie początku okresu ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia, a deklarację zgody na przystąpienie do ubezpieczenia złożył przed upływem 3 miesięcy od daty początku okresu ubezpieczenia,
 - 2) osoba objęta ubezpieczeniem w okresie co najmniej 6 miesięcy (w przypadku urodzenia się dziecka Ubezpieczonego: 9 miesięcy) bezpośrednio poprzedzających objęcie jej ochroną ubezpieczeniową, była objęta ochroną ubezpieczeniową przez innego Ubezpieczyciela lub na podstawie umowy ubezpieczenia OPTIMUM lub umowy ubezpieczenia OPTIMUM PRACOWNIK - w takim przypadku karencja nie ma zastosowania jedynie w odniesieniu do zakresu ubezpieczenia i wysokości sum ubezpieczenia określonych w poprzedniej umowie ubezpieczenia (jeżeli okres obejmowania ochroną był krótszy niż 6 miesięcy, okres karencji ulega odpowiedniemu skróceniu o czas trwania poprzedniej ochrony ubezpieczeniowej).
3. Przyczyną powstania zdarzenia ubezpieczeniowego był nieszczęśliwy wypadek.
3. Postanowienia ust.2 pkt 2) mają zastosowanie pod warunkiem dostarczenia do Towarzystwa przez Ubezpieczającego, wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia, polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy, o której mowa w ust.2 pkt 2), zawierającego informacje o okresie ubezpieczenia, zakresie ubezpieczenia oraz sumach ubezpieczenia, wraz z oświadczeniem Ubezpieczonego o rozwiązaniu tej umowy i opłaceniu ostatniej składki należnej z jej tytułu.

III. SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 7 (suma ubezpieczenia)

- Sumę ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia w jednakowej wysokości dla wszystkich Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem grupowym.
- Suma ubezpieczenia stanowi podstawę do obliczenia wysokości składki oraz określenia wysokości świadczeń ubezpieczeniowych.
- Suma ubezpieczenia w roku polisowym jest niezmienna, co nie uchybia stosowaniu postanowień § 4 ust.4.
- Przed każdą rocznicą polisy, Ubezpieczający może, za zgodą Ubezpieczonych, wystąpić do Towarzystwa na piśmie o zmianę warunków ochrony ubezpieczeniowej. Wniosek o dokonanie zmiany Ubezpieczający składa Towarzystwu nie później niż na 30 dni przed rocznicą polisy. Proponowana zmiana warunków ubezpieczenia dojdzie do skutku od dnia rocznicy polisy, pod warunkiem jej zaakceptowania przez Towarzystwo.

§ 8 (składka ubezpieczeniowa)

- Towarzystwo ustala wysokość składki ubezpieczeniowej na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawierania umowy, stanowiącej integralną część umowy ubezpieczenia. Stawki taryfowe zawarte w taryfie składek określono zgodnie z zasadami matematyki aktuariałnej, w oparciu o wykorzystywane przez Towarzystwo tabele trwania życia. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od zakresu ubezpieczenia, wysokości sumy ubezpieczenia, okresu karencji, o którym mowa w § 6, stopnia ryzyka jakie poniesie Towarzystwo po rozpoczęciu odpowiedzialności ubezpieczeniowej oraz kosztów zawarcia i obsługi ubezpieczenia.
- Składka ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia grupowego jest opłacana z częstotliwością miesięczną.
- Składkę opłaca się przelewem na rachunek bankowy Towarzystwa. Warunkiem uznania wpłaty składki za dokonaną jest wpłynięcie kwoty składki na właściwy rachunek Towarzystwa.
- W przypadku odmowy objęcia danej osoby ubezpieczeniem lub zakończenia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danej osoby przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, Towarzystwo na wniosek Ubezpieczającego dokona zwrotu części składki ubezpieczeniowej przypadającej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

IV. UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 9 (zawarcie umowy ubezpieczenia)

- Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia jest złożenie wypełnionego i podpisanego przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na formularzu stosowanym przez Towarzystwo.
- Na dowód zawarcia umowy ubezpieczenia Towarzystwo wystawia polisę.
- Jeżeli strony nie umówią się inaczej, do zawarcia umowy dochodzi z chwilą akceptacji przez Towarzystwo wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust.4 – 6.
- Jeżeli polisa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego lub Ubezpieczonych od treści złożonej przez Ubezpieczającego oferty, Towarzystwo zobowiązane jest zwrócić Ubezpieczającemu uwagę na piśmie przy doręczeniu polisy, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy 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.
- W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego, o którym mowa w ust.4, uważa się, że umowa ubezpieczenia doszła do skutku zgodnie z treścią polisy, od następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
- W przypadku zgłoszenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu, o którym mowa w ust.4, 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 nie dojdęcia do skutku umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu dokonane wpłaty na poczet składek ubezpieczeniowych.

§ 10 (czas trwania umowy ubezpieczenia)

- Umowa ubezpieczenia grupowego zawierana jest na jeden rok.
- Umowa ubezpieczenia zostanie automatycznie przedłużona na okres kolejnego roku, o ile najpóźniej na 30 dni przed końcem umowy ubezpieczenia, żadna ze stron nie złoży pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu tej umowy lub o gotowości przedłużenia umowy na zmienionych warunkach.
- W przypadku złożenia przez stronę umowy ubezpieczenia oświadczenia, o którym mowa w ust.2, 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.
- W przypadku zawarcia porozumienia, o którym mowa w ust.3, zmienione warunki ubezpieczenia mają zastosowanie od dnia rocznicy polisy, chyba że strony umówią się inaczej.

§ 11 (zmiana warunków umowy ubezpieczenia)

Postanowienia niniejszych OWU mogą ulec zmianie w trakcie obowiązywania umowy w trybie określonym w art. 830 § 4 Kodeksu cywilnego.

V. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 12 (obejmowanie ubezpieczeniem)

- Ubezpieczonym może zostać osoba będąca członkiem grupy w dacie składania deklaracji zgody, a dodatkowo ochroną ubezpieczeniową mogą zostać objęci małżonek, dzieci, rodzice lub teściowie Ubezpieczonego.
- Ubezpieczeniem nie może zostać objęta osoba jednocześnie korzystająca z ubezpieczenia OPTIMUM PRACOWNIK, chyba że złożyła rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej w ramach dotychczasowego ubezpieczenia - w takiej sytuacji ochrona ubezpieczeniowa w ramach ubezpieczenia OPTIMUM MAX rozpoczyna się od dnia następnego po zakończeniu obejmowania ochroną w ramach ubezpieczenia OPTIMUM PRACOWNIK.
- Ubezpieczeniem mogą zostać objęci członkowie grupy, którzy w dniu składania deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia ukończyli 15 rok życia i nie ukończyli 65 roku życia.
- Ochroną ubezpieczeniową nie może zostać objęty członek grupy, który w dniu podpisywania deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia przebywa w szpitalu (lub na zwolnieniu lekarskim - w przypadku obejmowania ochroną ubezpieczeniową pracownika).
- Objęcie ubezpieczeniem członka grupy oraz jego małżonka, dzieci, rodziców lub teściów następuje na czas pozostały do końca okresu trwania umowy ubezpieczenia, jednak nie dłużej niż do końca miesiąca, w którym Ubezpieczony przestał być członkiem grupy.
- Informacje w sprawie nowych Ubezpieczonych, Ubezpieczający przekazuje Towarzystwu wraz z okresowym rozliczeniem składek w terminie określonym w § 17 ust.3.
- W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia zgodnie z § 10 ust.2 na okres kolejnego roku, nie jest wymagane ponowne złożenie deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia.

§ 13 (początek odpowiedzialności Towarzystwa)

Z zastrzeżeniem postanowień § 6, odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, przypadającego po dacie złożenia deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składki za pierwszy miesiąc ochrony w terminie określonym w § 17 ust.3.

§ 14 (zakończenie odpowiedzialności Towarzystwa)

- Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się:
 - z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w trybie określonym w § 15 ust.1,
 - z upływem okresu wypowiedzenia przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia względem wszystkich lub poszczególnych Ubezpieczonych w trybie określonym w § 15 ust.2,
 - z dniem wykreślenia Ubezpieczającego z właściwego rejestru bądź ewidencji - wskutek zaprzestania prowadzenia działalności przez Ubezpieczającego.
- Ponadto w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych, odpowiedzialność kończy się:
 - z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony przestał być członkiem grupy,
 - z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony złożył rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej,
 - z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - z upływem okresu wypowiedzenia, o którym mowa w § 15 ust.5.
- W przypadkach opisanych w ust. 2 pkt 1)-4), odpowiedzialność Towarzystwa kończy się zarówno w stosunku do Ubezpieczonego, jak i do jego małżonka, dzieci, rodziców i teściów, którzy wraz z nim byli objęci ochroną ubezpieczeniową.

VI. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

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

- 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 polisy, przez złożenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie; odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
- Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.
- Wypowiedzenie umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
- Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z upływem okresu na jaki została zawarta, o ile nie dojdzie do jej przedłużenia na zasadach opisanych w § 10 ust.2 i 3.
- Umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego w odniesieniu do Ubezpieczonego i osób wraz z nim objętych ubezpieczeniem, gdy składka należna za te osoby nie zostanie opłacona najpóźniej w trzecim kolejnym terminie wymagalności składki ubezpieczeniowej, płatnej za te osoby, mimo otrzymania przez Ubezpieczającego od Towarzystwa wezwania do zapłaty składki w tym terminie; okres wypowiedzenia kończy się z upływem trzeciego kolejnego terminu wymagalności składki ubezpieczeniowej, płatnej za osoby objęte ubezpieczeniem.

VII. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§ 16 (obowiązek udzielania informacji przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego)

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 bądź przystępowaniu do 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.
3. Jeżeli do zdarzenia doszło po upływie lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba osoby ubezpieczonej.
4. Postanowienia ust.1-3 stosuje się odpowiednio w przypadku przystąpienia Ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia w dacie innej niż data zawarcia tej umowy. Trzyletni okres, określony w ust.3, liczy się w tym przypadku od daty złożenia przez Ubezpieczonego deklaracji zgody na przystąpienie do umowy ubezpieczenia.

§ 17 (obowiązki Ubezpieczającego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia)

1. Ubezpieczający zobowiązany jest udostępnić Ubezpieczonemu, przed odebraniem od nich deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, treść obowiązujących OWU.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest przechowywać złożone przez Ubezpieczonych deklaracje zgody na przystąpienie do ubezpieczenia zgodnie z wymogami obowiązujących przepisów prawa, w szczególności w zakresie ochrony danych osobowych, do czasu przekazania ich Towarzystwu.
3. W czasie trwania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Towarzystwu składek ubezpieczeniowych za każdą osobę objętą ubezpieczeniem, w terminie do 10 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni, chyba że strony umowy ubezpieczenia postanowią inaczej.
4. Wraz ze składką ubezpieczeniową, Ubezpieczający zobowiązany jest do przesyłania Towarzystwu następujących dokumentów:
 - 1) miesięcznych rozliczeń wpłaconych składek ubezpieczeniowych i liczby osób objętych ubezpieczeniem,
 - 2) deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia,
 - 3) wykazu Ubezpieczonych rezygnujących z obejmowania ochroną ubezpieczeniową.
5. Ubezpieczający zobowiązany jest do pośredniczenia w przekazywaniu dokumentów kierowanych do Ubezpieczonych przez Towarzystwo i do Towarzystwa przez Ubezpieczonych.
6. W czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwu przysługuje prawo do kontrolowania obsługi ubezpieczenia wykonywanej przez Ubezpieczającego.

§ 18 (obowiązki Towarzystwa)

1. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, Towarzystwo zobowiązane jest do:
 - 1) udostępnienia Ubezpieczającemu treści obowiązujących OWU, z uwzględnieniem zmian wprowadzonych zgodnie z postanowieniem § 1 ust.3 i z zastrzeżeniem postanowień § 9 ust.4, a Ubezpieczający zobowiązany jest zapoznać się z ich treścią,
 - 2) udzielenia Ubezpieczającemu informacji o sposobie i trybie rozpatrywania reklamacji oraz o organie właściwym do ich rozpatrzenia.
2. W przypadku powstania zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia, Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego zgodnie z zawartą umową ubezpieczenia, z uwzględnieniem postanowień § 4-6.
3. Obowiązek Towarzystwa określony w ust. 1 powstaje nie wcześniej niż z datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego, określonej w § 13, z uwzględnieniem postanowień § 6.

VIII. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

§ 19 (ustalenie wysokości świadczenia)

1. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci osoby objętej ubezpieczeniem wypłacane jest osobie uprawnionej.
2. Wysokość świadczenia z tytułu śmierci wynosi:
 - 1) w przypadku śmierci Ubezpieczonego: 100 % sumy ubezpieczenia,
 - 2) w przypadku śmierci małżonka Ubezpieczonego: 100 % sumy ubezpieczenia,
 - 3) w przypadku śmierci dziecka Ubezpieczonego: 15 % sumy ubezpieczenia,
 - 4) w przypadku śmierci rodzica lub teścia Ubezpieczonego: 10 % sumy ubezpieczenia.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci osoby objętej ubezpieczeniem w następstwie nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest z uwzględnieniem świadczenia z tytułu śmierci i wynosi łącznie:
 - 1) w przypadku śmierci Ubezpieczonego: 200 % sumy ubezpieczenia,

- 2) w przypadku śmierci małżonka Ubezpieczonego: 200 % sumy ubezpieczenia,
 - 3) w przypadku śmierci dziecka Ubezpieczonego: 65 % sumy ubezpieczenia.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego wypłacane jest z uwzględnieniem świadczenia z tytułu śmierci i świadczenia z tytułu śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku i wynosi łącznie 400 % sumy ubezpieczenia.
 5. W przypadku wchodzącego w zakres ubezpieczenia uszkodzenia ciała osoby objętej ochroną ubezpieczeniową, powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu sumy ubezpieczenia wskazanego w Tabeli uszkodzenia ciała stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych OWU. Prawo do świadczenia z tytułu uszkodzenia ciała ustalane jest na podstawie dokumentacji medycznej, przy czym:
 - 1) w przypadku uszkodzenia narządów lub układu narządów uszkodzonych przed nieszczęśliwym wypadkiem wskutek samoistnej choroby bądź przebytego uszkodzenia ciała, stopień uszkodzenia ciała ustala się na podstawie analizy jako różnicę stanu danego narządu lub układu narządów przed nieszczęśliwym wypadkiem a istniejącym po nim.
 - 2) suma świadczeń wypłacanych z tytułu uszkodzenia ciała danej osoby, w związku z jednym nieszczęśliwym wypadkiem, nie może przekroczyć:
 - a) 100% sumy ubezpieczenia - w przypadku uszkodzenia ciała Ubezpieczonego lub małżonka Ubezpieczonego,
 - b) 50% sumy ubezpieczenia - w przypadku uszkodzenia ciała dziecka Ubezpieczonego.
 6. Prawo do świadczenia z tytułu uszkodzenia ciała ustalane jest na podstawie dokumentacji medycznej, w uzasadnionych przypadkach - po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji, nie później niż po 18 miesiącach licząc od daty wypadku.
 7. W przypadku pobytu osoby objętej ubezpieczeniem w szpitalu w celu leczenia obrażeń ciała powstałych w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie równe 0,3% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu, przy czym wysokość łącznych świadczeń, związanych z pobytem osoby objętej ubezpieczeniem w szpitalu nie może przekroczyć 90 dni pobytu w szpitalu w danym roku polisowym. Jeżeli w jednym dniu osoba objęta ubezpieczeniem była pacjentem dwu lub większej liczby szpitali, Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za ten dzień tylko jeden raz.
 8. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu wypłacane jest po zakończeniu pobytu w szpitalu osoby objętej ubezpieczeniem.
 9. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo kierowania osoby objętej ubezpieczeniem na badania medyczne do wskazanego przez siebie lekarza, w celu ustalenia prawa do świadczenia. Koszty zleconych badań medycznych pokrywane są przez Towarzystwo.
 10. W przypadku osierocenia dziecka wskutek śmierci Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci każdemu dziecku Ubezpieczonego świadczenie w wysokości 20 % sumy ubezpieczenia.
 11. W przypadku urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 5 % sumy ubezpieczenia za każde dziecko.
 12. W przypadku urodzenia się martwego noworodka, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 10 % sumy ubezpieczenia.
 13. Jeżeli Ubezpieczony zmarł przed pobraniem świadczenia, należne przed śmiercią świadczenia wypłaca się spadkobiercom Ubezpieczonego.

§ 20 (osoba uprawniona do świadczenia)

1. Ubezpieczony może wskazać imiennie jednego lub więcej Uposażonych do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci. Wskazanie Uposażonego może nastąpić zarówno przy zawarciu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej trwania.
2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać Uposażonego. Zmiana lub odwołanie Uposażonego następuje w momencie wypłynięcia tego zawiadomienia do Towarzystwa.
3. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych, a nie oznaczył ich udziału w kwocie świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe.
4. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.
5. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma imiennie wyznaczonego Uposażonego, świadczenie ubezpieczeniowe otrzymują wskazane poniżej osoby, w następującej kolejności:
 - 1) małżonek Ubezpieczonego - otrzymuje świadczenie ubezpieczeniowe w całości,
 - 2) dzieci - świadczenie wypłacane jest w równych częściach, jeżeli Ubezpieczony w dniu śmierci nie pozostawał w związku małżeńskim lub małżonek nie żyje lub nie jest uprawniony do świadczenia,
 - 3) rodzice - świadczenie wypłacane jest w równych częściach, jeżeli Ubezpieczony w dniu śmierci nie pozostawał w związku małżeńskim i nie miał dzieci lub małżonek i dzieci nie żyją lub nie są uprawnieni do świadczenia,
 - 4) inni spadkobiercy zmarłego - świadczenie wypłacane jest w równych częściach, po przedłożeniu prawomocnego dokumentu stwierdzającego nabycie spadku - jeżeli Ubezpieczony w dniu śmierci nie pozostawał w związku małżeńskim i nie miał dzieci lub małżonek, dzieci i rodzice nie żyją lub nie są uprawnieni do świadczenia.
6. W razie braku Uposażonego lub osoby wymienionej w ust.5, przysługującego świadczenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaca, w granicach sumy ubezpieczenia, w pierwszym rzędzie udowodnione rachunkami koszty pogrzebu osobie, która te koszty poniosła, chyba że koszty te zostały pokryte z ubezpieczenia społecznego lub z innego tytułu.

§ 21 (wymagane dokumenty)

- Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, osoba uprawniona do otrzymania świadczenia winna przedłożyć Towarzystwu, za pośrednictwem Ubezpieczającego, następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy, bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo),
 - własny dokument tożsamości,
 - a ponadto:
 - w przypadku śmierci osoby objętej ubezpieczeniem:
 - skrótowy odpis aktu zgonu osoby objętej ubezpieczeniem,
 - kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu - dotyczy tylko Ubezpieczonego,
 - jeśli przyczyną śmierci był wypadek komunikacyjny - dokumentację potwierdzającą zajście wypadku komunikacyjnego,
 - jeśli przyczyną zdarzenia był nieszczęśliwy wypadek:
 - dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - dokumentację medyczną potwierdzającą rodzaj doznanego uszkodzenia ciała,
 - na pisemny wniosek Towarzystwa - orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji,
 - w przypadku pobytu w szpitalu - kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego,
 - w przypadku osierocenia dziecka - dokumenty potwierdzające opiekę prawną nad dzieckiem do lat 18,
 - w przypadku urodzenia się dziecka - skrótowy odpis aktu urodzenia dziecka,
 - w przypadku urodzenia się martwego noworodka - skrótowy odpis aktu urodzenia się martwego noworodka,
 - dokumenty stwierdzające pokrewieństwo, powinowactwo, przysposobienie, zawarcie małżeństwa.
 - W przypadku śmierci, która nastąpiła za granicą, wszelkie dokumenty, wystawione za granicą przez uprawnione podmioty, dotyczące śmierci Ubezpieczonego i składane przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego, powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
 - W przypadku pobytu w szpitalu na terytorium kraju innego niż Rzeczpospolita Polska, osoba występująca z roszczeniem powinna przedłożyć dokument, o którym mowa w ust.1 pkt 6) przetłumaczony na język polski przez tłumacza przysięgłego.

§ 22 (realizacja świadczenia ubezpieczeniowego)

- W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego, o ile nie są osobami występującymi z zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, a także informuje, w formie pisemnej lub drogą elektroniczną (jeżeli osoba występująca z roszczeniem o wypłatę świadczenia wyrazi na to zgodę), osobę występującą z roszczeniem o wypłatę świadczenia o wykazie dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz procedurze składania i rozpatrywania reklamacji (niezależnie, czy Uposażony jest osobą występującą z zawiadomieniem).
- Towarzystwo wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe na podstawie uznania roszczenia, w wyniku ustaleń dokonanych w procesie likwidacji roszczenia, zawartej ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
- Towarzystwo wypłaca należne świadczenie w ciągu 30 dni od daty zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Jeżeli w terminie określonym w ust.3 ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego jest niemożliwe, świadczenie to powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego, wypłaca się w terminie przewidzianym w ust.3.
- Jeżeli w terminie określonym w ust.3 nie zostanie wypłacone świadczenie ubezpieczeniowe, Towarzystwo zawiadamia osobę występującą z roszczeniem o wypłatę świadczenia oraz w przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek, Ubezpieczonego, o ile nie jest osobą występującą z roszczeniem o wypłatę świadczenia zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części.

IX. INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

§ 23

- Możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia przysługuje Ubezpieczonemu w ramach grupowego ubezpieczenia na życie „OPTIMUM MAX”, który przestał być członkiem grupy, pod warunkiem obejmowania ubezpieczeniem przez okres co najmniej 12 miesięcy (do okresu tego zalicza się również czas przez jaki członek grupy objęty był odpowiedzialnością Towarzystwa w ramach innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej przez Ubezpieczającego, z obejmowania którą Ubezpieczony zrezygnował, przystępując do umowy zawartej na podstawie niniejszych OWU) oraz przekazania Towarzystwu składek za ten okres, chyba że strony umowy ubezpieczenia postanowią inaczej.

- Ubezpieczający jest zobowiązany informować Ubezpieczonych, którzy nabyli prawo do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, o możliwości zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie „OPTIMUM MAX”.

§ 24

- Osoba mająca zamiar zawrzeć umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia jest zobowiązana złożyć wniosek o zawarcie takiej umowy i dokonać wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej nie później niż przed upływem 30 dni, licząc od ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została opłacona ostatnia składka ubezpieczeniowa w ramach ubezpieczenia grupowego.
- Za datę złożenia wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia uznaje się dzień wpływu wniosku do Towarzystwa.
- W przypadku spełnienia warunków określonych w ust.1-2, zachowana jest ciągłość ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwa.
- Okres ochrony ubezpieczeniowej w ramach indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia rozpoczyna się z pierwszym dniem miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym ustała ochrona ubezpieczeniowa w ramach ubezpieczenia grupowego, pod warunkiem złożenia Towarzystwu wniosku i opłacenia pierwszej składki ubezpieczeniowej w terminie określonym w ust.1.
- Po upływie terminu wskazanego w ust.1, zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia nie jest możliwe.

§ 25

- Umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zawierana jest na jeden rok.
- Umowa ubezpieczenia zostanie automatycznie przedłużona na okres kolejnego roku, o ile najpóźniej na 30 dni przed końcem umowy ubezpieczenia, żadna ze stron nie złoży pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu tej umowy lub o gotowości przedłużenia umowy na zmienionych warunkach.
- W przypadku złożenia przez stronę umowy ubezpieczenia oświadczenia, o którym mowa w ust.2, 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.
- W przypadku zawarcia porozumienia, o którym mowa w ust.3, zmienione warunki ubezpieczenia mają zastosowanie od dnia następnego po dniu rocznicy polisy, chyba że strony umówią się inaczej.

§ 26

- Ubezpieczenie indywidualnie kontynuowane zawierane jest w zakresie zgodnym z § 4 ust.1 pkt 1).
- Suma ubezpieczenia w umowie indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia jest nie wyższa od sumy ubezpieczenia określonej dla ubezpieczenia grupowego.
- Składka ubezpieczeniowa za ubezpieczenie indywidualnie kontynuowane płatna jest z częstotliwością kwartalną.
- Pierwsza składka płatna jest w terminie określonym w § 24 ust.1, kolejne - do ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego trzymiesięczny okres, za który są należne.

§ 27

- Umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego, gdy należna składka nie zostanie opłacona w terminie wskazanym w § 26 ust.4 oraz w dodatkowym terminie 14 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego od Towarzystwa wezwania do zapłaty; okres wypowiedzenia kończy się z upływem 14 dni od daty otrzymania przez Ubezpieczającego od Towarzystwa wezwania do zapłaty składki.
- Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się:
 - z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego - Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, przez złożenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej,
 - z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - z upływem okresu wypowiedzenia przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia Ubezpieczonych w trybie określonym w ust.1.

X. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 28 (zasady korespondencji)

- Wypowiedzenia, odstąpienia oraz wszelkie inne zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Towarzystwa, Ubezpieczającego i Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do odbioru świadczenia, powinny być kierowane na piśmie, pod rygorem nieważności. Strony mogą umówić się co do innej formy korespondencji.
- Towarzystwo, Ubezpieczający oraz Ubezpieczony zobowiązani są do powiadamiania się wzajemnie o zmianie swojego adresu zamieszkania lub siedziby.

§ 29 (tryb składania i rozpatrywania reklamacji)

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia mająca zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez Towarzystwo usług lub wykonywanej przez niego działalności ma prawo składania reklamacji do Towarzystwa:
 - a) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa, w dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów bądź przesyłką pocztową na adres: SALTUS TU ŻYCIE SA, Władysława IV 22, 81-743 Sopot,
 - b) osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów,
 - c) telefonicznie, pod numerem telefonu: 58 770 36 94.
2. Reklamacja powinna zawierać:
 - a) imię, nazwisko, adres i numer telefonu kontaktowego zgłaszającego reklamację,
 - b) numer polisy ubezpieczeniowej,
 - c) przedmiot reklamacji,
 - d) uzasadnienie reklamacji z podaniem ewentualnych dowodów.
3. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie przez Towarzystwo reklamacji chyba, że okoliczność ta nie ma wpływu na sposób procedowania 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, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia ma prawo do zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz Rzecznika Finansowego.
8. Podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 roku o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla Towarzystwa jest Rzecznik Finansowy. Informacje dotyczące podmiotu uprawnionego dostępne są na stronie <http://rf.gov.pl/>
9. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 30 (przepisy zewnętrzne)

1. Podatki i opłaty związane z płatnością składek ubezpieczeniowych obciążają Ubezpieczającego.
2. Przepisy regulujące opodatkowanie świadczeń ubezpieczeniowych określonych w niniejszych OWU, Towarzystwo wskazuje w polisie lub innym dokumencie stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia.
3. 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.
4. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi OWU, mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy polskiego prawa.

§ 31 (prawo wglądu do akt)

Towarzystwo udostępnia na wniosek Ubezpieczającego, Ubezpiezonego bądź uprawnionego do odbioru świadczenia ubezpieczeniowego, informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego. 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.

§ 32 (spory sądowe)

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

§ 33 (informacja o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa)

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

§ 34 (data wejścia w życie)

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 22 sierpnia 2017 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 grudnia 2017 roku.


ROBERT ŁOŚ
PREZES ZARZĄDU


KRZYSZTOF KOSZNIK
WICEPREZES ZARZĄDU


GRZEGORZ BUCZKOWSKI
CZŁONEK ZARZĄDU

Załącznik nr 1
do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie
OPTIMUM MAX

TABELA USZKODZENIA CIAŁA

Lp.	Rodzaj uszkodzenia ciała	Procent sumy ubezpieczenia
USZKODZENIA GŁOWY, TWARZY, NARZĄDU WZROKU, NARZĄDU SŁUCHU, NARZĄDU MOWY		
1	Wstrząśnienie mózgu	10 %
2	Stłuczenie mózgu	25 %
3	Pęknięcie kości czaszki	10 %
4	Złamanie kości twarzy (szczęki, kości jarzmowej)	15 %
5	Utrata szczęki	40 %
6	Utrata żuchwy	50 %
7	Złamanie żuchwy	10 %
8	Utrata zębów stałych - siekacze i kły (za każdy ząb)	3 %
9	Utrata zębów stałych - pozostałe zęby (za każdy ząb)	1 %
10	Utrata nosa (łącznie z kośćmi nosa)	30 %
11	Złamanie kości nosa	5 %
12	Całkowita utrata wzroku w obu oczach	100 %
13	Całkowita Utrata wzroku w jednym oku	40 %
14	Uszkodzenie gałki ocznej lub urazowe odwarstwienie siatkówki	10 %
15	Utrata małżowiny usznej	15 %
16	Całkowita obustronna utrata słuchu	50 %
17	Całkowita jednostronna utrata słuchu	20 %
18	Ubytek podniebienia	25 %
19	Częściowy ubytek języka	15 %
20	Całkowita utrata mowy / języka	50 %
USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY, PRZEŁYKU		
21	Złamanie kręgosłupa szyjnego ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości	30 %
22	Uszkodzenie krtani z zaburzeniami głosu	30 %
23	Uszkodzenie tchawicy	30 %
24	Uszkodzenie przełyku powodujące trudności w odżywianiu	30 %
USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ, TUŁOWIA, NARZĄDÓW WEWNĘTRZNYCH		
25	Złamanie kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości (z wyłączeniem kości ogonowej)	30 %
26	Złamanie łopatki	10 %
27	Złamanie obojczyka	10 %
28	Złamanie mostka	10 %
29	Złamanie żebra (za każde zebro)	3 %
30	Złamanie kości tworzących miednicę	15 %
31	Złamanie dna panewki	20 %
32	Utrata gruczołu piersiowego	25 %
33	Całkowita utrata płuca	30 %
34	Uszkodzenie płuc z niewydolnością oddechową	20 %
35	Przepukliny urazowe	10 %
36	Całkowita utrata żołądka	30 %
37	Uszkodzenie żołądka lub jelit z zaburzeniami trawienia	20 %
38	Przetoki jelitowe	50 %
39	Uszkodzenie zwieracza odbytu	60 %
40	Utrata śledziony	20 %
41	Uszkodzenie wątroby lub dróg żółciowych z zaburzeniami czynności	40 %
42	Uszkodzenie trzustki z zaburzeniami czynności	35 %
43	Utrata nerki	35 %
44	Uszkodzenie moczowodu	20 %

Lp.	Rodzaj uszkodzenia ciała	Procent sumy ubezpieczenia
45	Uszkodzenie pęcherza	15 %
46	Uszkodzenie cewki moczowej	30 %
47	Utrata macicy	20 %
48	Utrata jajnika lub jądra	20 %
49	Utrata obu jajników lub obu jąder	40 %
50	Utrata prącia	40 %
51	Uszkodzenie krocza	10 %
USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ		
52	Utrata kończyny górnej na wysokości ramienia	70 %
53	Utrata kończyny górnej powyżej stawu łokciowego	60 %
54	Utrata kończyny górnej na wysokości przedramienia	50 %
55	Utrata kończyny górnej na wysokości nadgarstka	40 %
56	Utrata kciuka (w przypadku utraty częściowej - 1/2 wartości za każdy palec)	20 %
57	Utrata palca wskazującego (w przypadku utraty częściowej - 1/3 wartości za każdy palec)	9 %
58	Utrata palca dłoni od III do V (za każdy palec, w przypadku utraty częściowej - 1/3 wartości za każdy palec)	6 %
59	Złamanie nasady bliższej kości ramiennej	12 %
60	Złamanie trzonu kości ramiennej	10 %
61	Złamanie (śródstawowe) nasady dalszej kości ramiennej lub nasady bliższej kości promieniowej lub nasady bliższej kości łokciowej	15 %
62	Zwichnięcie stawu barkowego	10 %
63	Skręcenie stawu barkowego	5 %
64	Złamanie trzonu kości łokciowej lub trzonu kości promieniowej	10 %
65	Złamanie trzonu kości łokciowej i trzonu kości promieniowej	12 %
66	Złamanie (śródstawowe) nasady dalszej kości łokciowej lub nasady dalszej kości promieniowej	10 %
67	Złamanie (śródstawowe) nasad dalszych kości promieniowej i kości łokciowej (obu kości przedramienia)	12%
68	Zwichnięcie stawu łokciowego	12%
69	Skręcenie stawu łokciowego	6%
70	Złamanie kości nadgarstka lub śródreżca	10 %
71	Złamanie w obrębie kciuka	6 %
72	Złamanie palca wskazującego	3 %
73	Złamanie w obrębie palców od III do V ręki (za każdy palec)	2 %
USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ		
74	Utrata kończyny dolnej na wysokości powyżej połowy uda	80 %
75	Utrata kończyny dolnej do wysokości połowy uda	70 %
76	Utrata kończyny dolnej na wysokości poniżej kolana	60 %
77	Utrata kończyny dolnej na wysokości do połowy łydki	50 %
78	Utrata stopy	40 %
79	Utrata palucha (w przypadku utraty częściowej - 1/2 wartości za każdy palec)	12 %
80	Utrata palców stopy od II do V (za każdy palec, w przypadku utraty częściowej - 1/3 wartości za każdy palec)	6 %
81	Zwichnięcie stawu biodrowego	20 %
82	Skręcenie stawu biodrowego	10 %
83	Złamanie kości udowej	25 %
84	Pęknięcie rzepki	20 %
85	Zwichnięcie stawu kolanowego	15 %
86	Skręcenie stawu kolanowego	7,5 %

Lp.	Rodzaj uszkodzenia ciała	Procent sumy ubezpieczenia
87	Złamanie kości piszczelowej	10 %
88	Złamanie kości strzałki	5 %
89	Złamanie kości piszczelowej i kości strzałki (obu kości podudzia)	15 %
90	Złamanie kości piętowej	15 %
91	Złamanie kości skokowej	15 %
92	Zwichnięcie w stawach skokowych	5 %
93	Skręcenie w stawach skokowych	2,5 %
94	Złamanie kości stępu	10 %
95	Złamanie kości śródstopia	5 %
96	Złamanie palucha	3 %
97	Złamanie palców stopy od II do V (za każdy palec)	1 %
USZKODZENIA UKŁADU NERWOWEGO POTWIERDZONE WYNIKAMI BADANIA NEUROLOGICZNEGO		
98	Uszkodzenie rdzenia kręgowego z całkowitym porażeniem czterech kończyn	100 %
99	Porażenie całkowite obu kończyn górnych bez porażenia kończyn dolnych	90 %
100	Niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia kończyn górnych	80 %
101	Uszkodzenie nerwów splotu barkowego	20 %
102	Uszkodzenie nerwów splotu lędźwiowo-krzyżowego	20 %
103	Uszkodzenie pozostałych nerwów obwodowych kończyn górnych	10 %
104	Uszkodzenie pozostałych nerwów obwodowych kończyn dolnych	10 %
105	Zaburzenia zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów	30 %
106	Padaczka pourazowa	50 %
107	Jednostronne uszkodzenie nerwu twarzowego	30 %
108	Dwustronne uszkodzenie nerwu twarzowego	60 %
109	Zaburzenia mowy - afazja	50 %
USZKODZENIA POWŁOK CIAŁA		
110	Uszkodzenia powłok twarzy pozostawiające trwałe blizny lub ubytki (nie dotyczy oparzeń, które oceniać należy wg punktu 111-112)	5%
111	Oparzenie II stopnia do (za każdy 1 % powierzchni ciała)	1 %
112	Oparzenie III stopnia do (za każdy 1 % powierzchni ciała)	2 %
113	Oparzenie dróg oddechowych (leczone w szpitalu)	25 %

Za uszkodzenie ciała polegające na pęknięciu kości, przyznawane jest świadczenie tej samej wysokości co za uszkodzenie ciała polegające na złamaniu tych kości.

**Karta Produktu
GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
- OPTIMUM MAX -
wariant „Singiel”**

I. Informacje podstawowe

1.	Główny cel ubezpieczenia	
	Celem Grupowego Ubezpieczenia na Życie OPTIMUM MAX jest ochrona życia i zdrowia ubezpieczonego, poprzez zagwarantowanie świadczeń na wypadek śmierci lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.	
2.	Zakres ochrony ubezpieczeniowej	
	<p>Wariant: „SINGIEL” - w którym odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie świadczenia w przypadku:</p> <ul style="list-style-type: none"> • śmierci Ubezpieczonego, • śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego, • uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. 	
3.	Opis świadczeń przysługujących Ubezpieczonemu lub innym osobom z umowy ubezpieczenia	
	<ul style="list-style-type: none"> • 100 % sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, • 200 % sumy ubezpieczenia łącznie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • 400 % sumy ubezpieczenia łącznie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego, • procent sumy ubezpieczenia należny z tytułu uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z „Tabelą Uszkodzenia Ciała”, stanowiącą załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, • 0,3% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu z tytułu pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. 	
4.	Koszty ponoszone przez Ubezpieczonego	
	Rodzaj kosztów	Kosztem ponoszonym przez Ubezpieczonego jest opłata na poczet składki ubezpieczeniowej.
	Wysokość kosztów	Wysokość opłaty na poczet składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawierania umowy, stanowiącej integralną część umowy ubezpieczenia. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od zakresu ubezpieczenia, wysokości sumy ubezpieczenia i okresu karencji.
	Taryfa składek	Wysokość stawek w taryfie określono zgodnie z zasadami matematyki aktuarialnej, w oparciu o wykorzystywane przez Towarzystwo tabele trwania życia.
	Częstotliwość ponoszenia kosztów	Koszty ustalane i ponoszone są z częstotliwością miesięczną.
5.	Zasady ustalania wysokości świadczenia należnego z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczenia	
	Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń dokonywanych w postępowaniu likwidacyjnym. Suma ubezpieczenia stanowi podstawę do obliczania wysokości świadczeń ubezpieczeniowych.	
6.	Wysokość sumy ubezpieczenia	
	Sumę ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia w jednakowej wysokości dla wszystkich ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem grupowym.	
7.	Zasady i przesłanki ewentualnej zmiany wysokości sumy ubezpieczenia	
	Przed każdą rocznicą polisy, Ubezpieczający może, za zgodą Ubezpieczonych wystąpić do Towarzystwa na piśmie o zmianę warunków ochrony ubezpieczeniowej. Wniosek o dokonanie zmiany Ubezpieczający składa Towarzystwu nie później niż na 30 dni przed rocznicą polisy. Proponowana zmiana warunków ubezpieczenia dojdzie do skutku od dnia rocznicy polisy, pod warunkiem jej zaakceptowania przez Towarzystwo.	
8.	Okres ochrony ubezpieczeniowej	
	<p>Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, przypadającego po dacie złożenia deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składki za pierwszy miesiąc ochrony i trwa do końca czasu trwania umowy ubezpieczenia. Zakończenie ochrony ubezpieczeniowej przed końcem czasu trwania umowy ubezpieczenia może nastąpić:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wskutek odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, • wskutek upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, • z dniem wykreślenia Ubezpieczającego z właściwego rejestru bądź ewidencji - wskutek zaprzestania prowadzenia działalności przez Ubezpieczającego, • z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony przestał być członkiem grupy, • z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony złożył rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej, • z dniem śmierci Ubezpieczonego, • z upływem okresu wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego w odniesieniu do Ubezpieczonego i osób wraz z nim objętych ubezpieczeniem, gdy składka należna za te osoby nie zostanie opłacona najpóźniej w trzecim kolejnym terminie wymagalności składki ubezpieczeniowej, płatnej za te osoby, mimo otrzymania przez Ubezpieczającego od Towarzystwa wezwania do zapłaty składki w tym terminie; okres wypowiedzenia kończy się z upływem trzeciego kolejnego terminu wymagalności składki ubezpieczeniowej, płatnej za osoby objęte ubezpieczeniem. 	
9.	Zasady kontynuacji lub wznowienia ochrony ubezpieczeniowej	
	Ubezpieczony, który wcześniej zrezygnował z ubezpieczenia lub przerwał opłacanie składek wskutek czego ochrona ubezpieczeniowa zakończyła się, ma możliwość ponownego przystąpienia do ubezpieczenia, składając nową deklarację zgody na przystąpienie do ubezpieczenia i opłacając składkę ubezpieczeniową. Ubezpieczonemu, który przestał być członkiem grupy, przysługują w ramach grupowego ubezpieczenia na życie Optimum Max, możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia pod warunkiem, iż objęty był ochroną ubezpieczeniową przez co najmniej 12 miesięcy łącznie w ramach grupowego ubezpieczenia na życie, oraz przekazane zostały Towarzystwu składki za ten okres. Ubezpieczający zobowiązany jest do poinformowania Ubezpieczonego, który nabył prawo do indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na Życie o możliwości zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji.	

10.	<p>Warunki wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa</p> <p>(wyłączenie) Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło wskutek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wewnątrznych zamieszek, strajków, rozruchów oraz aktów sabotażu, • zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radiologicznym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość, • umyślnego popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, • zatrucia się Ubezpieczonego spowodowanego spożyciem alkoholu lub środków odurzających, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, • uszkodzenia trzustki lub wątroby spowodowanego spożywaniem alkoholu lub środków odurzających, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, • działania Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości albo działania Ubezpieczonego pod wpływem innych środków odurzających, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniami lekarza, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, • czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu, • samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia. <p>Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu nieszczęśliwego wypadku będącego wynikiem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uprawiania przez Ubezpieczonego sportów wysokiego ryzyka, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, • wyczynowego i zawodowego uprawiania sportów przez Ubezpieczonego, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, • samookaleczenia się Ubezpieczonego, • działania Ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, • przewozu lotniczego Ubezpieczonego w charakterze innym niż pasażer samolotu pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, • poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarzy, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, • prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego. <p>(ograniczenie) Karencja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Okres karencji wynosi 6 miesięcy. Okres karencji liczony jest od daty złożenia przez Ubezpieczonego deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia. <p>Karencja określona nie ma zastosowania jeżeli:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ubezpieczony był członkiem grupy w dacie początku okresu ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia, a deklarację zgody na przystąpienie do ubezpieczenia złożył przed upływem 3 miesięcy od daty początku okresu ubezpieczenia, • osoba objęta ubezpieczeniem w okresie co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających objęcie jej ochroną ubezpieczeniową, była objęta ochroną ubezpieczeniową przez innego Ubezpieczyciela lub na podstawie umowy ubezpieczenia OPTIMUM lub umowy ubezpieczenia OPTIMUM PRACOWNIK - w takim przypadku karencja nie ma zastosowania jedynie w odniesieniu do zakresu ubezpieczenia i wysokości sum ubezpieczenia określonych w poprzedniej umowie ubezpieczenia (jeżeli okres obejmowania ochroną był krótszy niż 6 miesięcy, okres karencji ulega odpowiedniemu skróceniu o czas trwania poprzedniej ochrony ubezpieczeniowej), • przyczyną powstania zdarzenia ubezpieczeniowego był nieszczęśliwy wypadek.
11.	<p>Możliwość i sposób rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej</p> <p>Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej jest możliwa poprzez złożenie oświadczenia przez Ubezpieczonego o wystąpieniu z ubezpieczenia.</p>
12.	<p>Skutki rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej</p> <p>Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej skutkuje brakiem dalszej odpowiedzialności Towarzystwa z końcem miesiąca, w którym złożył rezygnację, wobec Ubezpieczonego.</p>
13.	<p>Wysokość kosztów związanych z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej, ponoszonych przez Ubezpieczonego</p> <p>Nie dotyczy.</p>
14.	<p>Zasady i tryb zgłaszania zdarzenia ubezpieczeniowego</p> <p>Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, występująca z roszczeniem obowiązana jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo), • własny dokument tożsamości, <p>a ponadto: w przypadku śmierci osoby objętej ubezpieczeniem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • skrócony odpis aktu zgonu osoby objętej ubezpieczeniem, • kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu - dotyczy tylko Ubezpieczonego, jeśli przyczyną śmierci był wypadek komunikacyjny - dokumentację potwierdzającą zajście wypadku komunikacyjnego, <p>jeśli przyczyną zdarzenia był nieszczęśliwy wypadek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku, • dokumentację medyczną potwierdzającą rodzaj doznanego uszkodzenia ciała, • na piśmie wniosek Towarzystwa - orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji, • w przypadku pobytu w szpitalu - kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego, • w przypadku osierocenia dziecka - dokumenty potwierdzające opiekę prawną nad dzieckiem do lat 18, • dokumenty stwierdzające pokrewieństwo, powinowactwo, przysposobienie, zawarcie małżeństwa.
15.	<p>Tryb składania i rozpatrywania reklamacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia mająca zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez Towarzystwo usług lub wykonywanych przez niego działań ma prawo składania reklamacji do Towarzystwa: <ol style="list-style-type: none"> a) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa, w dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów bądź przesyłką pocztową na adres: SALTUS TU ŻYCIE SA, Władysława IV 22, 81-743 Sopot, b) osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów, c) telefonicznie, pod numerem telefonu: 58 770 36 94. 2. Reklamacja powinna zawierać: <ol style="list-style-type: none"> a) imię, nazwisko, adres i numer telefonu kontaktowego zgłaszającego reklamację, b) numer polisy ubezpieczeniowej, c) przedmiot reklamacji, d) uzasadnienie reklamacji z podaniem ewentualnych dowodów. 3. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie przez Towarzystwo reklamacji chyba, że okoliczność ta nie ma wpływu na sposób procedowania 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, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia ma prawo do zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz Rzecznika Finansowego. 8. Podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 roku o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla Towarzystwa jest Rzecznik Finansowy. Informacje dotyczące podmiotu uprawnionego dostępne są na stronie http://rf.gov.pl. 9. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
16.	<p>Zasady obejmowania ochroną ubezpieczeniową osób innych niż Ubezpieczony i zakres takiej ochrony</p> <p>W wariantcie SINGIEL brak możliwości obejmowania ochroną ubezpieczeniową innych osób niż Ubezpieczony.</p>

17.	Podmiot uprawniony do otrzymania świadczenia z umowy ubezpieczenia
	Uprawniony – z tytułu zgonu Ubezpieczonego - wskazany w deklaracji zgody przez ubezpieczonego, Ubezpieczony – z tytułu ryzyk dodatkowych.
18.	Prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w przypadku, gdy takie uprawnienie przysługuje klientowi
	Nie dotyczy.
19.	Przepisy regulujące ewentualne opodatkowanie świadczeń zakładu ubezpieczeń
	Nie dotyczy.
20.	Informacje o ewentualnych premiach i rabatach
	Nie dotyczy.
21.	Ryzyka związane z ubezpieczeniem
	Nie dotyczy.
22.	Główne cechy ubezpieczenia
	<ul style="list-style-type: none"> - Ubezpieczenie kierowane jest do osób, które potrzebują zabezpieczenia siebie i najbliższych na wypadek nieprzewidzianych okoliczności życiowych, - jest to dobre zabezpieczenie życia i zdrowia ubezpieczonych.

II. Zastrzeżenia i informacje prawne dotyczące Karty Produktu

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

Stan zgodny z OWU uchwalonymi w dniu 22 sierpnia 2017 roku.

Karta Produktu
GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
- OPTIMUM MAX -
wariant „Singiel Bis”

I. Informacje podstawowe

1.	Główny cel ubezpieczenia	
	Celem Grupowego Ubezpieczenia na Życie OPTIMUM MAX jest ochrona życia i zdrowia ubezpieczonego i jego dziecka, poprzez zagwarantowanie świadczeń na wypadek śmierci lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.	
2.	Zakres ochrony ubezpieczeniowej	
	<p>Wariant: „SINGIEL BIS” - w którym odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie świadczenia w przypadku:</p> <ul style="list-style-type: none"> • śmierci Ubezpieczonego, • śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego, • uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • uszkodzenia ciała dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • pobytu w szpitalu dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • osierocenia dziecka Ubezpieczonego, • urodzenia dziecka Ubezpieczonego, • urodzenia martwego noworodka, • śmierci dziecka Ubezpieczonego, • śmierci dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. 	
3.	Opis świadczeń przysługujących Ubezpieczonemu lub innym osobom z umowy ubezpieczenia	
	<ul style="list-style-type: none"> • 100 % sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, • 200 % sumy ubezpieczenia łącznie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • 400 % sumy ubezpieczenia łącznie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego, • procent sumy ubezpieczenia należny z tytułu uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z „Tabelą Uszkodzenia Ciała”, stanowiącą załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, • 0,3% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu z tytułu pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • 15 % sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci dziecka Ubezpieczonego, • 65 % sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • procent sumy ubezpieczenia należny (nie przekraczający 50% sumy ubezpieczenia) z tytułu uszkodzenia ciała dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z „Tabelą Uszkodzenia Ciała”, stanowiącą załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, • 0,3% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu z tytułu pobytu w szpitalu dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • 20 % sumy ubezpieczenia każdemu osieroczonemu dziecku Ubezpieczonego w przypadku osierocenia dziecka wskutek śmierci Ubezpieczonego, • 5 % sumy ubezpieczenia za każde dziecko w przypadku urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu, • 10 % sumy ubezpieczenia z tytułu urodzenia martwego noworodka. 	
4.	Koszty ponoszone przez Ubezpieczonego	
	Rodzaj kosztów	Kosztem ponoszonym przez Ubezpieczonego jest opłata na poczet składki ubezpieczeniowej.
	Wysokość kosztów	Wysokość opłaty na poczet składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawierania umowy, stanowiącej integralną część umowy ubezpieczenia. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od zakresu ubezpieczenia, wysokości sumy ubezpieczenia i okresu karencji.
	Taryfa składek	Wysokość stawek w taryfie określono zgodnie z zasadami matematyki aktuariałnej, w oparciu o wykorzystywane przez Towarzystwo tabele trwania życia.
	Częstotliwość ponoszenia kosztów	Koszty ustalane i ponoszone są z częstotliwością miesięczną.
5.	Zasady ustalania wysokości świadczenia należnego z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczenia	
	Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń dokonywanych w postępowaniu likwidacyjnym. Suma ubezpieczenia stanowi podstawę do obliczania wysokości świadczeń ubezpieczeniowych.	
6.	Wysokość sumy ubezpieczenia	
	Sumę ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia w jednakowej wysokości dla wszystkich ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem grupowym.	
7.	Zasady i przesłanki ewentualnej zmiany wysokości sumy ubezpieczenia	
	Przed każdą rocznicą polisy, Ubezpieczający może, za zgodą Ubezpieczonych, wystąpić do Towarzystwa na piśmie o zmianę warunków ochrony ubezpieczeniowej. Wniosek o dokonanie zmiany Ubezpieczający składa Towarzystwu nie później niż na 30 dni przed rocznicą polisy. Proponowana zmiana warunków ubezpieczenia dojdzie do skutku od dnia rocznicy polisy, pod warunkiem jej zaakceptowania przez Towarzystwo.	
8.	Okres ochrony ubezpieczeniowej	
	<p>Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, przypadającego po dacie złożenia deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składki za pierwszy miesiąc ochrony i trwa do końca czasu trwania umowy ubezpieczenia. Zakończenie ochrony ubezpieczeniowej przed końcem czasu trwania umowy ubezpieczenia może nastąpić:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wskutek odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, • wskutek upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, • z dniem wykreślenia Ubezpieczającego z właściwego rejestru bądź ewidencji - wskutek zaprzestania prowadzenia działalności przez Ubezpieczającego, • z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony przestał być członkiem grupy, • z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony złożył rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej, • z dniem śmierci Ubezpieczonego, • z upływem okresu wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego w odniesieniu do Ubezpieczonego i osób wraz z nim objętych ubezpieczeniem, gdy składka należna za te osoby nie zostanie opłacona najpóźniej w trzecim kolejnym terminie wymagalności składki ubezpieczeniowej, płatnej za te osoby, mimo otrzymania przez Ubezpieczającego od Towarzystwa wezwania do zapłaty składki w tym terminie; Okres wypowiedzenia kończy się z upływem trzeciego kolejnego terminu wymagalności składki ubezpieczeniowej, płatnej za osoby objęte ubezpieczeniem. 	

9.	<p>Zasady kontynuacji lub wznowienia ochrony ubezpieczeniowej</p> <p>Ubezpieczony, który wcześniej zrezygnował z ubezpieczenia lub przerwał opłacanie składek wskutek czego ochrona ubezpieczeniowa zakończyła się, ma możliwość ponownego przystąpienia do ubezpieczenia, składając nową deklarację zgody na przystąpienie do ubezpieczenia i opłacając składkę ubezpieczeniową. Ubezpieczonemu, który przestał być członkiem grupy, przysługuje w ramach grupowego ubezpieczenia na życie Optimum Max, możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia pod warunkiem, iż objęty był ochroną ubezpieczeniową przez co najmniej 12 miesięcy łącznie w ramach grupowego ubezpieczenia na życie, oraz przekazane zostały Towarzystwu składki za ten okres. Ubezpieczający zobowiązany jest do poinformowania Ubezpieczonego, który nabył prawo do indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na Życie o możliwości zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji.</p>
10.	<p>Warunki wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa</p> <p>(wyłączenie) Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło wskutek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wewnętrznych zamieszek, strajków, rozruchów oraz aktów sabotażu, • zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radiologicznym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość, • umyślnego popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, • zatrucia się Ubezpieczonego spowodowanego spożyciem alkoholu lub środków odurzających, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, • uszkodzenia trzustki lub wątroby spowodowanego spożywaniem alkoholu lub środków odurzających, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, • działania Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości albo działania Ubezpieczonego pod wpływem innych środków odurzających, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniami lekarza, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, • czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu, • samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia. <p>Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu nieszczęśliwego wypadku będącego wynikiem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uprawiania przez Ubezpieczonego sportów wysokiego ryzyka, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, • wyczynowego i zawodowego uprawiania sportów przez Ubezpieczonego, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, • samookaleczenia się Ubezpieczonego, • działania Ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, • przewozu lotniczego Ubezpieczonego w charakterze innym niż pasażer samolotu pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, • poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarzy, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, • prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego. <p>(wyłączenie) Karencja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Okres karencji wynosi 6 miesięcy (w przypadku urodzenia się dziecka Ubezpieczonego: 9 miesięcy). Okres karencji liczony jest od daty złożenia przez Ubezpieczonego deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia. <p>Karencja określona nie ma zastosowania jeżeli:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ubezpieczony był członkiem grupy w dacie początku okresu ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia, a deklarację zgody na przystąpienie do ubezpieczenia złożył przed upływem 3 miesięcy od daty początku okresu ubezpieczenia, • osoba objęta ubezpieczeniem w okresie co najmniej 6 miesięcy (w przypadku urodzenia się dziecka Ubezpieczonego: 9 miesięcy) bezpośrednio poprzedzających objęcie jej ochroną ubezpieczeniową, była objęta ochroną ubezpieczeniową przez innego Ubezpieczyciela lub na podstawie umowy ubezpieczenia OPTIMUM lub umowy ubezpieczenia OPTIMUM PRACOWNIK - w takim przypadku karencja nie ma zastosowania jedynie w odniesieniu do zakresu ubezpieczenia i wysokości sum ubezpieczenia określonych w poprzedniej umowie ubezpieczenia (jeżeli okres obejmowania ochroną był krótszy niż 6 miesięcy, okres karencji ulega odpowiedniemu skróceniu o czas trwania poprzedniej ochrony ubezpieczeniowej), • przyczyną powstania zdarzenia ubezpieczeniowego był nieszczęśliwy wypadek.
11.	<p>Możliwość i sposób rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej</p> <p>Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej jest możliwa poprzez złożenie oświadczenia przez Ubezpieczonego o wystąpieniu z ubezpieczenia.</p>
12.	<p>Skutki rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej</p> <p>Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej skutkuje dalszym brakiem odpowiedzialności Towarzystwa z końcem miesiąca, w którym złożył rezygnację, wobec Ubezpieczonego i tym samym wobec dziecka Ubezpieczonego.</p>
13.	<p>Wysokość kosztów związanych z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej, ponoszonych przez Ubezpieczonego</p> <p>Nie dotyczy.</p>
14.	<p>Zasady i tryb zgłaszania zdarzenia ubezpieczeniowego</p> <p>Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, występująca z roszczeniem obowiązana jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo), • własny dokument tożsamości, <p>a ponadto: w przypadku śmierci osoby objętej ubezpieczeniem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • skrócony odpis aktu zgonu osoby objętej ubezpieczeniem, • kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu - dotyczy tylko Ubezpieczonego, jeśli przyczyną śmierci był wypadek komunikacyjny - dokumentację potwierdzającą zajście wypadku komunikacyjnego, <p>jeśli przyczyną zdarzenia był nieszczęśliwy wypadek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku, • dokumentację medyczną potwierdzającą rodzaj doznanego uszkodzenia ciała, • na pisemny wniosek Towarzystwa - orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji, • w przypadku pobytu w szpitalu - kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego, • w przypadku osierocenia dziecka - dokumenty potwierdzające opiekę prawną nad dzieckiem do lat 18, • w przypadku urodzenia się dziecka - skrócony odpis aktu urodzenia dziecka, • w przypadku urodzenia się martwego noworodka - skrócony odpis aktu urodzenia się martwego noworodka, • dokumenty stwierdzające pokrewieństwo, powinowactwo, przysposobienie, zawarcie małżeństwa.

15.	Tryb składania i rozpatrywania reklamacji
	<p>1. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia mająca zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez Towarzystwo usług lub wykonywanej przez niego działalności ma prawo składania reklamacji do Towarzystwa:</p> <p>a) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa, w dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów bądź przesyłką pocztową na adres: SALTUS TU ŻYCIE SA, Władysława IV 22, 81-743 Sopot,</p> <p>b) osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów,</p> <p>c) telefonicznie, pod numerem telefonu: 58 770 36 94.</p> <p>2. Reklamacja powinna zawierać:</p> <p>a) imię, nazwisko, adres i numer telefonu kontaktowego zgłaszającego reklamację,</p> <p>b) numer polisy ubezpieczeniowej,</p> <p>c) przedmiot reklamacji,</p> <p>d) uzasadnienie reklamacji z podaniem ewentualnych dowodów.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>7. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia ma prawo do zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz Rzecznika Finansowego.</p> <p>8. Podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 roku o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla Towarzystwa jest Rzecznik Finansowy. Informacje dotyczące podmiotu uprawnionego dostępne są na stronie http://rf.gov.pl/.</p> <p>9. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.</p>
16.	Zasady obejmowania ochroną ubezpieczeniową osób innych niż Ubezpieczony i zakres takiej ochrony
	Przedmiotem ubezpieczenia zawartego na podstawie niniejszych OWU, może być również życie lub zdrowie: <ul style="list-style-type: none"> • dziecka ubezpieczonego
17.	Podmiot uprawniony do otrzymania świadczenia z umowy ubezpieczenia
	Uprawniony – z tytułu zgonu Ubezpieczonego - wskazany w deklaracji zgody przez ubezpieczonego, Ubezpieczony – z tytułu ryzyk dodatkowych.
18.	Prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w przypadku, gdy takie uprawnienie przysługuje klientowi
	Nie dotyczy.
19.	Przepisy regulujące ewentualne opodatkowanie świadczeń zakładu ubezpieczeń
	Nie dotyczy.
20.	Informacje o ewentualnych premiach i rabatach
	Nie dotyczy.
21.	Ryzyka związane z ubezpieczeniem
	Nie dotyczy.
22.	Główne cechy ubezpieczenia
	<ul style="list-style-type: none"> - Ubezpieczenie kierowane jest do osób , które potrzebują zabezpieczenia siebie i najbliższych na wypadek nieprzewidzianych okoliczności życiowych. - jest to dobre zabezpieczenie życia i zdrowia ubezpieczonego i jego dziecka.

II. Zastrzeżenia i informacje prawne dotyczące Karty Produktu

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

Stan zgodny z OWU uchwalonymi w dniu 22 sierpnia 2017 roku.

**Karta Produktu
GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
- OPTIMUM MAX -
wariant „Duo”**

I. Informacje podstawowe

1.	Główny cel ubezpieczenia	
	Celem Grupowego Ubezpieczenia na Życie OPTIMUM MAX jest ochrona życia i zdrowia ubezpieczonego i jego małżonka, poprzez zagwarantowanie świadczeń na wypadek śmierci lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.	
2.	Zakres ochrony ubezpieczeniowej	
	<p>Wariant: „DUO” - w którym odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie świadczenia w przypadku:</p> <ul style="list-style-type: none"> • śmierci Ubezpieczonego, • śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego, • uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • śmierci małżonka Ubezpieczonego, • śmierci małżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • uszkodzenia ciała małżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • pobytu w szpitalu małżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. 	
3.	Opis świadczeń przysługujących Ubezpieczonemu lub innym osobom z umowy ubezpieczenia	
	<ul style="list-style-type: none"> • 100 % sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, • 200 % sumy ubezpieczenia łącznie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • 400 % sumy ubezpieczenia łącznie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego, • procent sumy ubezpieczenia należny z tytułu uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z „Tabelą Uszkodzenia Ciała”, stanowiącą załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, • 0,3% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu z tytułu pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • 100 % sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka Ubezpieczonego, • 200 % sumy ubezpieczenia łącznie z tytułu śmierci małżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • procent sumy ubezpieczenia należny z tytułu uszkodzenia ciała małżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z „Tabelą Uszkodzenia Ciała” stanowiącą załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, • 0,3% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu z tytułu pobytu w szpitalu małżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. 	
4.	Koszty ponoszone przez Ubezpieczonego	
	Rodzaj kosztów	Kosztem ponoszonym przez Ubezpieczonego jest opłata na poczet składki ubezpieczeniowej.
	Wysokość kosztów	Wysokość opłaty na poczet składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawierania umowy, stanowiącej integralną część umowy ubezpieczenia. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od zakresu ubezpieczenia, wysokości sumy ubezpieczenia i okresu karencji.
	Taryfa składek	Wysokość stawek w taryfie określono zgodnie z zasadami matematyki aktuariałnej, w oparciu o wykorzystywane przez Towarzystwo tabele trwania życia.
	Częstotliwość ponoszenia kosztów	Koszty ustalane i ponoszone są z częstotliwością miesięczną.
5.	Zasady ustalania wysokości świadczenia należnego z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczenia	
	Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń dokonywanych w postępowaniu likwidacyjnym. Suma ubezpieczenia stanowi podstawę do obliczania wysokości świadczeń ubezpieczeniowych.	
6.	Wysokość sumy ubezpieczenia	
	Sumę ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia w jednakowej wysokości dla wszystkich ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem grupowym.	
7.	Zasady i przesłanki ewentualnej zmiany wysokości sumy ubezpieczenia	
	Przed każdą rocznicą polisy, Ubezpieczający może, za zgodą Ubezpieczonych, wystąpić do Towarzystwa na piśmie o zmianę warunków ochrony ubezpieczeniowej. Wniosek o dokonanie zmiany Ubezpieczający składa Towarzystwu nie później niż na 30 dni przed rocznicą polisy. Proponowana zmiana warunków ubezpieczenia dojdzie do skutku od dnia rocznicy polisy, pod warunkiem jej zaakceptowania przez Towarzystwo.	
8.	Okres ochrony ubezpieczeniowej	
	<p>Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, przypadającego po dacie złożenia deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składki za pierwszy miesiąc ochrony i trwa do końca czasu trwania umowy ubezpieczenia. Zakończenie ochrony ubezpieczeniowej przed końcem czasu trwania umowy ubezpieczenia może nastąpić:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wskutek odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, • wskutek upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, • z dniem wykreślenia Ubezpieczającego z właściwego rejestru bądź ewidencji - wskutek zaprzestania prowadzenia działalności przez Ubezpieczającego, • z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony przestał być członkiem grupy, • z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony złożył rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej, • z dniem śmierci Ubezpieczonego, • z upływem okresu wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego w odniesieniu do Ubezpieczonego i osób wraz z nim objętych ubezpieczeniem, gdy składka należna za te osoby nie zostanie opłaconą najpóźniej w trzecim kolejnym terminie wymagalności składki ubezpieczeniowej, płatnej za te osoby, mimo otrzymania przez Ubezpieczającego od Towarzystwa wezwania do zapłaty składki w tym terminie; okres wypowiedzenia kończy się z upływem trzeciego kolejnego terminu wymagalności składki ubezpieczeniowej, płatnej za osoby objęte ubezpieczeniem, 	
9.	Zasady kontynuacji lub wznowienia ochrony ubezpieczeniowej	
	Ubezpieczony, który wcześniej zrezygnował z ubezpieczenia lub przerwał opłacanie składek wskutek czego ochrona ubezpieczeniowa zakończyła się, ma możliwość ponownego przystąpienia do ubezpieczenia, składając nową deklarację zgody na przystąpienie do ubezpieczenia i opłacając składkę ubezpieczeniową. Ubezpieczonemu, który przestał być członkiem grupy, przysługuje w ramach grupowego ubezpieczenia na życie Optimum Max, możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia pod warunkiem, iż objęty był ochroną ubezpieczeniową przez co najmniej 12 miesięcy łącznie w ramach grupowego ubezpieczenia na życie, oraz przekazane zostały Towarzystwu składki za ten okres. Ubezpieczający zobowiązany jest do poinformowania Ubezpieczonego, który nabył prawo do indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na Życie o możliwości zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji.	

10.	<p>Warunki wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa</p> <p>(wyłączenie) Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło wskutek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wewnętrznych zamieszek, strajków, rozruchów oraz aktów sabotażu, • zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radiologicznym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość, • umyślnego popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, • zatrucia się Ubezpieczonego spowodowanego spożyciem alkoholu lub środków odurzających, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, • uszkodzenia trzustki lub wątroby spowodowanego spożywaniem alkoholu lub środków odurzających, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, • działania Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości albo działania Ubezpieczonego pod wpływem innych środków odurzających, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniami lekarza, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, • czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu, • samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia. <p>Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu nieszczęśliwego wypadku będącego wynikiem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uprawiania przez Ubezpieczonego sportów wysokiego ryzyka, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, • wyczynowego i zawodowego uprawiania sportów przez Ubezpieczonego, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, • samookaleczenia się Ubezpieczonego, • działania Ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, • przewozu lotniczego Ubezpieczonego w charakterze innym niż pasażer samolotu pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, • poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarzy, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, • prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego. <p>(ograniczenie) Karencja</p> <ul style="list-style-type: none"> • Okres karencji wynosi 6 miesięcy. Okres karencji liczony jest od daty złożenia przez Ubezpieczonego deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia. <p>Karencja określona nie ma zastosowania jeżeli:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ubezpieczony był członkiem grupy w dacie początku okresu ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia, a deklarację zgody na przystąpienie do ubezpieczenia złożył przed upływem 3 miesięcy od daty początku okresu ubezpieczenia, • osoba objęta ubezpieczeniem w okresie co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających objęcie jej ochroną ubezpieczeniową, była objęta ochroną ubezpieczeniową przez innego Ubezpieczyciela lub na podstawie umowy ubezpieczenia OPTIMUM lub umowy ubezpieczenia OPTIMUM PRACOWNIK - w takim przypadku karencja nie ma zastosowania jedynie w odniesieniu do zakresu ubezpieczenia i wysokości sum ubezpieczenia określonych w poprzedniej umowie ubezpieczenia (jeżeli okres obejmowania ochroną był krótszy niż 6 miesięcy, okres karencji ulega odpowiedniemu skróceniu o czas trwania poprzedniej ochrony ubezpieczeniowej), • przyczyną powstania zdarzenia ubezpieczeniowego był nieszczęśliwy wypadek.
11.	<p>Możliwość i sposób rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej</p> <p>Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej jest możliwa poprzez złożenie oświadczenia przez Ubezpieczonego o wystąpieniu z ubezpieczenia.</p>
12.	<p>Skutki rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej</p> <p>Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej skutkuje dalszym brakiem odpowiedzialności Towarzystwa z końcem miesiąca, w którym złożył rezygnację, wobec Ubezpieczonego i tym samym wobec małżonka Ubezpieczonego.</p>
13.	<p>Wysokość kosztów związanych z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej, ponoszonych przez Ubezpieczonego</p> <p>Nie dotyczy.</p>
14.	<p>Zasady i tryb zgłaszania zdarzenia ubezpieczeniowego</p> <p>Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, występująca z roszczeniem obowiązana jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo), • własny dokument tożsamości, <p>a ponadto: w przypadku śmierci osoby objętej ubezpieczeniem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • skrócony odpis aktu zgonu osoby objętej ubezpieczeniem, • kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu - dotyczy tylko Ubezpieczonego, jeśli przyczyną śmierci był wypadek komunikacyjny - dokumentację potwierdzającą zajście wypadku komunikacyjnego, <p>jeśli przyczyną zdarzenia był nieszczęśliwy wypadek:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku, • dokumentację medyczną potwierdzającą rodzaj doznanego uszkodzenia ciała, • na pisemny wniosek Towarzystwa - orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji, • w przypadku pobytu w szpitalu - kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego, • w przypadku osierocenia dziecka - dokumenty potwierdzające opiekę prawną nad dzieckiem do lat 18, • dokumenty stwierdzające pokrewieństwo, powinowactwo, przysposobienie, zawarcie małżeństwa.
15.	<p>Tryb składania i rozpatrywania reklamacji</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia mająca zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez Towarzystwo usług lub wykonywanej przez niego działalności ma prawo składania reklamacji do Towarzystwa: <ol style="list-style-type: none"> a) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa, w dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów bądź przesyłką pocztową na adres: SALTUS TU ŻYCIE SA, Władysława IV 22, 81-743 Sopot, b) osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów, c) telefonicznie, pod numerem telefonu: 58 770 36 94. 2. Reklamacja powinna zawierać: <ol style="list-style-type: none"> a) imię, nazwisko, adres i numer telefonu kontaktowego zgłaszającego reklamację, b) numer polisy ubezpieczeniowej, c) przedmiot reklamacji, d) uzasadnienie reklamacji z podaniem ewentualnych dowodów. 3. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie przez Towarzystwo reklamacji chyba, że okoliczność ta nie ma wpływu na sposób procedowania 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 szczególności skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 5, Towarzystwo poinformuje zgłaszającego reklamację o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia reklamacji oraz o przewidywanym terminie udzielenia odpowiedzi. Łączny czas rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi nie może być dłuższy niż 60 dni od daty wpływu reklamacji. 7. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia ma prawo do zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz Rzecznika Finansowego. 8. Podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 roku o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla Towarzystwa jest Rzecznik Finansowy. Informacje dotyczące podmiotu uprawnionego dostępne są na stronie http://rf.gov.pl/. 9. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
16.	<p>Zasady obejmowania ochroną ubezpieczeniową osób innych niż Ubezpieczony i zakres takiej ochrony</p> <p>Przedmiotem ubezpieczenia zawartego na podstawie niniejszych OWU, może być również życie lub zdrowie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • małżonka Ubezpieczonego,

17.	Podmiot uprawniony do otrzymania świadczenia z umowy ubezpieczenia
	Uprawniony – z tytułu zgonu Ubezpieczonego - wskazany w deklaracji zgody przez ubezpieczonego, Ubezpieczony – z tytułu ryzyk dodatkowych.
18.	Prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w przypadku, gdy takie uprawnienie przysługuje klientowi
	Nie dotyczy.
19.	Przepisy regulujące ewentualne opodatkowanie świadczeń zakładu ubezpieczeń
	Nie dotyczy.
20.	Informacje o ewentualnych premiach i rabatach
	Nie dotyczy.
21.	Ryzyka związane z ubezpieczeniem
	Nie dotyczy.
22.	Główne cechy ubezpieczenia
	<ul style="list-style-type: none"> - Ubezpieczenie kierowane jest do osób , które potrzebują zabezpieczenia siebie i najbliższych na wypadek nieprzewidzianych okoliczności życiowych, - jest to dobre zabezpieczenie życia i zdrowia ubezpieczonego i jego małżonka.

II. Zastrzeżenia i informacje prawne dotyczące Karty Produktu

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

Stan zgodny z OWU uchwalonymi w dniu 22 sierpnia 2017 roku.

**Karta Produktu
GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
- OPTIMUM MAX -
wariant „Familia”**

I. Informacje podstawowe

1.	Główny cel ubezpieczenia	
	Celem Grupowego Ubezpieczenia na Życie OPTIMUM MAX jest ochrona życia i zdrowia ubezpieczonego i jego małżonka, dziecka, rodziców i teściów, poprzez zagwarantowanie świadczeń na wypadek śmierci lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.	
2.	Zakres ochrony ubezpieczeniowej	
	<p>Wariant: „FAMILIA” - w którym odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie świadczenia w przypadku:</p> <ul style="list-style-type: none"> • śmierci Ubezpieczonego, • śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego, • uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • śmierci dziecka Ubezpieczonego, • śmierci dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • uszkodzenia ciała dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • pobytu w szpitalu dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • osierocenia dziecka Ubezpieczonego, • urodzenia dziecka Ubezpieczonego, • urodzenia martwego noworodka, • śmierci małżonka Ubezpieczonego, • śmierci małżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • uszkodzenia ciała małżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • pobytu w szpitalu małżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • śmierci rodzica lub teścia Ubezpieczonego. 	
3.	Opis świadczeń przysługujących Ubezpieczonemu lub innym osobom z umowy ubezpieczenia	
	<ul style="list-style-type: none"> • 100 % sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, • 100 % sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, • 200 % sumy ubezpieczenia łącznie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • 400 % sumy ubezpieczenia łącznie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego, • procent sumy ubezpieczenia należny z tytułu uszkodzenia ciała Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z „Tabelą Uszkodzenia Ciała”, stanowiącą załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, • 0,3% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu z tytułu pobytu w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • 15 % sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci dziecka Ubezpieczonego, • 65 % sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • 20 % sumy ubezpieczenia każdego osieroconemu dziecku Ubezpieczonego w przypadku osierocenia dziecka wskutek śmierci Ubezpieczonego, zgodnie z „Tabelą Uszkodzenia Ciała”, stanowiącą załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, • 0,3% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu z tytułu pobytu w szpitalu dziecka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • 5 % sumy ubezpieczenia za każde dziecko w przypadku urodzenia się dziecka Ubezpieczonego, • 10 % sumy ubezpieczenia z tytułu urodzenia martwego noworodka, • 100 % sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci małżonka Ubezpieczonego, • 200 % sumy ubezpieczenia łącznie z tytułu śmierci małżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • procent sumy ubezpieczenia należny z tytułu uszkodzenia ciała małżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z „Tabelą Uszkodzenia Ciała”, stanowiącą załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, • 0,3% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu z tytułu pobytu w szpitalu małżonka Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • 10 % sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci rodzica lub teścia Ubezpieczonego, 	
4.	Koszty ponoszone przez Ubezpieczonego	
	Rodzaj kosztów	Kosztem ponoszonym przez Ubezpieczonego jest opłata na poczet składki ubezpieczeniowej.
	Wysokość kosztów	Wysokość opłaty na poczet składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawierania umowy, stanowiącej integralną część umowy ubezpieczenia. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od zakresu ubezpieczenia, wysokości sumy ubezpieczenia i okresu karencji.
	Taryfa składek	Wysokość stawek w taryfie określono zgodnie z zasadami matematyki aktuariałnej, w oparciu o wykorzystywane przez Towarzystwo tabele trwania życia.
	Częstotliwość ponoszenia kosztów	Koszty ustalane i ponoszone są z częstotliwością miesięczną.
5.	Zasady ustalania wysokości świadczenia należnego z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczenia	
	Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń dokonywanych w postępowaniu likwidacyjnym. Suma ubezpieczenia stanowi podstawę do obliczania wysokości świadczeń ubezpieczeniowych.	
6.	Wysokość sumy ubezpieczenia	
	Sumę ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia w jednakowej wysokości dla wszystkich ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem grupowym.	
7.	Zasady i przesłanki ewentualnej zmiany wysokości sumy ubezpieczenia	
	Przed każdą rocznicą polisy, Ubezpieczający może, za zgodą Ubezpieczonych, wystąpić do Towarzystwa na piśmie o zmianę warunków ochrony ubezpieczeniowej. Wniosek o dokonanie zmiany Ubezpieczający składa Towarzystwu nie później niż na 30 dni przed rocznicą polisy. Proponowana zmiana warunków ubezpieczenia dojdzie do skutku od dnia rocznicy polisy, pod warunkiem jej zaakceptowania przez Towarzystwo.	

8.	<p>Okres ochrony ubezpieczeniowej</p> <p>Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, przypadającego po dacie złożenia deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składki za pierwszy miesiąc ochrony i trwa do końca czasu trwania umowy ubezpieczenia. Zakończenie ochrony ubezpieczeniowej przed końcem czasu trwania umowy ubezpieczenia może nastąpić:</p> <ul style="list-style-type: none"> wskutek odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, wskutek upływu okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, z dniem wykreślenia Ubezpieczającego z właściwego rejestru bądź ewidencji - wskutek zaprzestania prowadzenia działalności przez Ubezpieczającego, z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony przestał być członkiem grupy, z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony złożył rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej, z dniem śmierci Ubezpieczonego, z upływem okresu wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego w odniesieniu do Ubezpieczonego i osób wraz z nim objętych ubezpieczeniem, gdy składka należąca za te osoby nie zostanie opłacona najpóźniej w trzecim kolejnym terminie wymagalności składki ubezpieczeniowej, płatnej za te osoby, mimo otrzymania przez Ubezpieczającego od Towarzystwa wezwania do zapłaty składki w tym terminie; okres wypowiedzenia kończy się z upływem trzeciego kolejnego terminu wymagalności składki ubezpieczeniowej, płatnej za osoby objęte ubezpieczeniem.
9.	<p>Zasady kontynuacji lub wznowienia ochrony ubezpieczeniowej</p> <p>Ubezpieczony, który wcześniej zrezygnował z ubezpieczenia lub przerwał opłacanie składek wskutek czego ochrona ubezpieczeniowa zakończyła się, ma możliwość ponownego przystąpienia do ubezpieczenia, składając nową deklarację zgody na przystąpienie do ubezpieczenia i opłacając składkę ubezpieczeniową. Ubezpieczonemu, który przestał być członkiem grupy, przysługuje w ramach grupowego ubezpieczenia na życie Optimum Max, możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia pod warunkiem, iż objęty był ochroną ubezpieczeniową przez co najmniej 12 miesięcy łącznie w ramach grupowego ubezpieczenia na życie, oraz przekazane zostały Towarzystwu składki za ten okres. Ubezpieczający zobowiązany jest do poinformowania Ubezpieczonego, który nabył prawo do indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na Życie o możliwości zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji.</p>
10.	<p>Warunki wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa</p> <p>(wyłączenie) Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło wskutek:</p> <ul style="list-style-type: none"> działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wewnętrznych zamieszek, strajków, rozruchów oraz aktów sabotażu, zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radiologicznym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość, umyślnego popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, zatrucia się Ubezpieczonego spowodowanego spożyciem alkoholu lub środków odurzających, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, uszkodzenia trzustki lub wątroby spowodowanego spożywaniem alkoholu lub środków odurzających, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, działania Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości albo działania Ubezpieczonego pod wpływem innych środków odurzających, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniami lekarza, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu, samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia. <p>Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu nieszczęśliwego wypadku będącego wynikiem:</p> <ul style="list-style-type: none"> uprawiania przez Ubezpieczonego sportów wysokiego ryzyka, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, wyczynowego i zawodowego uprawiania sportów przez Ubezpieczonego, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, samookaleczenia się Ubezpieczonego, działania Ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, przewozu lotniczego Ubezpieczonego w charakterze innym niż pasażer samolotu pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarzy, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego. <p>(ograniczenie) Karencja</p> <ul style="list-style-type: none"> Okres karencji wynosi 6 miesięcy (w przypadku urodzenia się dziecka Ubezpieczonego: 9 miesięcy). Okres karencji liczony jest od daty złożenia przez Ubezpieczonego deklaracji zgody na przystąpienie do ubezpieczenia. <p>Karencja określona nie ma zastosowania jeżeli:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ubezpieczony był członkiem grupy w dacie początku okresu ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia, a deklarację zgody na przystąpienie do ubezpieczenia złożył przed upływem 3 miesięcy od daty początku okresu ubezpieczenia, osoba objęta ubezpieczeniem w okresie co najmniej 6 miesięcy (w przypadku urodzenia się dziecka Ubezpieczonego: 9 miesięcy) bezpośrednio poprzedzających objęcie jej ochroną ubezpieczeniową, była objęta ochroną ubezpieczeniową przez innego Ubezpieczyciela lub na podstawie umowy ubezpieczenia OPTIMUM lub umowy ubezpieczenia OPTIMUM PRACOWNIK - w takim przypadku karencja nie ma zastosowania jedynie w odniesieniu do zakresu ubezpieczenia i wysokości sum ubezpieczenia określonych w poprzedniej umowie ubezpieczenia (jeżeli okres obejmowania ochroną był krótszy niż 6 miesięcy, okres karencji ulega odpowiedniemu skróceniu o czas trwania poprzedniej ochrony ubezpieczeniowej). przyczyną powstania zdarzenia ubezpieczeniowego był nieszczęśliwy wypadek.
11.	<p>Możliwość i sposób rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej</p> <p>Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej jest możliwa poprzez złożenie oświadczenia przez Ubezpieczonego o wystąpieniu z ubezpieczenia.</p>
12.	<p>Skutki rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej</p> <p>Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej skutkuje dalszym brakiem odpowiedzialności Towarzystwa z końcem miesiąca, w którym złożył rezygnację, wobec Ubezpieczonego, i tym samym wobec małżonka, dziecka, rodziców i teściów Ubezpieczonego,</p>
13.	<p>Wysokość kosztów związanych z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej, ponoszonych przez Ubezpieczonego</p> <p>Nie dotyczy.</p>
14.	<p>Zasady i tryb zgłaszania zdarzenia ubezpieczeniowego</p> <p>Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, występująca z roszczeniem obowiązana jest przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> zgłoszenie roszczenia (na piśmie z oznaczeniem czego wniosek dotyczy bądź na formularzu stosowanym przez Towarzystwo), własny dokument tożsamości, <p>a ponadto: w przypadku śmierci osoby objętej ubezpieczeniem:</p> <ul style="list-style-type: none"> skrócony odpis aktu zgonu osoby objętej ubezpieczeniem, kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu - dotyczy tylko Ubezpieczonego, jeśli przyczyną śmierci był wypadek komunikacyjny - dokumentację potwierdzającą zajście wypadku komunikacyjnego, <p>jeśli przyczyną zdarzenia był nieszczęśliwy wypadek:</p> <ul style="list-style-type: none"> dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku, dokumentację medyczną potwierdzającą rodzaj doznanego uszkodzenia ciała, na pisemny wniosek Towarzystwa - orzeczenie lekarskie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji, w przypadku pobytu w szpitalu - kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego, w przypadku osierocenia dziecka - dokumenty potwierdzające opiekę prawną nad dzieckiem do lat 18, w przypadku urodzenia się dziecka - skrócony odpis aktu urodzenia dziecka, w przypadku urodzenia się martwego noworodka - skrócony odpis aktu urodzenia się martwego noworodka, dokumenty stwierdzające pokrewieństwo, powinowactwo, przysposobienie, zawarcie małżeństwa.

15.	Tryb składania i rozpatrywania reklamacji
	<p>1. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia mająca zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez Towarzystwo usług lub wykonywanej przez niego działalności ma prawo składania reklamacji do Towarzystwa:</p> <p>a) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa, w dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów bądź przesyłką pocztową na adres: SALTUS TU ŻYCIE SA, Władysława IV 22, 81-743 Sopot,</p> <p>b) osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów,</p> <p>c) telefonicznie, pod numerem telefonu: 58 770 36 94.</p> <p>2. Reklamacja powinna zawierać:</p> <p>a) imię, nazwisko, adres i numer telefonu kontaktowego zgłaszającego reklamację,</p> <p>b) numer polisy ubezpieczeniowej,</p> <p>c) przedmiot reklamacji,</p> <p>d) uzasadnienie reklamacji z podaniem ewentualnych dowodów.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>7. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia ma prawo do zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz Rzecznika Finansowego.</p> <p>8. Podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 roku o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla Towarzystwa jest Rzecznik Finansowy. Informacje dotyczące podmiotu uprawnionego dostępne są na stronie http://rf.gov.pl/.</p> <p>9. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.</p>
16.	Zasady obejmowania ochroną ubezpieczeniową osób innych niż Ubezpieczony i zakres takiej ochrony
	<p>Przedmiotem ubezpieczenia zawartego na podstawie niniejszych OWU, może być również życie lub zdrowie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • małżonka Ubezpieczonego, • dziecka ubezpieczonego, • rodziców lub teściów Ubezpieczonego.
17.	Podmiot uprawniony do otrzymania świadczenia z umowy ubezpieczenia
	<p>Uprawniony – z tytułu zgonu Ubezpieczonego - wskazany w deklaracji zgody przez ubezpieczonego,</p> <p>Ubezpieczony – z tytułu ryzyk dodatkowych.</p>
18.	Prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w przypadku, gdy takie uprawnienie przysługuje klientowi
	Nie dotyczy.
19.	Przepisy regulujące ewentualne opodatkowanie świadczeń zakładu ubezpieczeń
	Nie dotyczy.
20.	Informacje o ewentualnych premiach i rabatach
	Nie dotyczy.
21.	Ryzyka związane z ubezpieczeniem
	Nie dotyczy.
22.	Główne cechy ubezpieczenia
	<ul style="list-style-type: none"> - Ubezpieczenie kierowane jest do osób, które potrzebują zabezpieczenia siebie i najbliższych na wypadek nieprzewidzianych okoliczności życiowych. - jest to dobre zabezpieczenie życia i zdrowia ubezpieczonego i jego rodziny.

II. Zastrzeżenia i informacje prawne dotyczące Karty Produktu

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

Stan zgodny z OWU uchwalonymi w dniu 22 sierpnia 2017 roku.

SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna

81-743 Sopot, ul. Władysława IV 22, tel.: 801 888 666, fax: 58 550 97 29, e-mail: info@saltus.pl, www.saltus.pl

SALTUS TU ŻYCIE SA zarejestrowane w Sądzie Rejonowym Gdańsk-Północ w Gdańsku,

VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS: 0000014478, NIP: 525-21-50-753, REGON: 016228050

Zarząd SALTUS TU ŻYCIE SA: Robert Łoś, Grzegorz Buczkowski, Krzysztof Kosznik; kapitał zakładowy: 21 030 000,00 zł wpłacony w całości.