



**Ogólne Warunki Ubezpieczenia
oraz Karta Produktu
Indywidualnego Ubezpieczenia
TWÓJ WALOR**

Informacja o produkcie
Indywidualne ubezpieczenie
TWÓJ WALOR

Stan zgodny z OWU TWÓJ WALOR uchwalonymi
przez Zarząd Towarzystwa w dniu 8 sierpnia 2017 roku

1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia: OWU §3, §12.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: OWU §4.
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych: OWU §6.

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA - TWÓJ WALOR -

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1 (postanowienia ogólne)

1. Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, zwanych dalej OWU, SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, zwane dalej „Towarzystwem”, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, zawiera umowy ubezpieczenia z osobami posiadającymi zdolność do czynności prawnych, zwanymi dalej „Ubezpieczającymi”.
2. Za porozumieniem stron, do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.

§ 2 (definicje)

Przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWU:

- 1) **całkowita niezdolność do pracy** – utrata w wyniku nieszczęśliwego wypadku zdolności Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej, ustalona na podstawie orzeczenia lekarskiego o całkowitej niezdolności do pracy, na okres nie krótszy niż 2 lata, wydanego przez podmiot uprawniony do orzekania niezdolności do pracy dla celów rentowych,
- 2) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, w następstwie którego Ubezpieczony, niezależnie od swojej woli, doznał trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł,
- 3) **okres ubezpieczenia** – okres, w którym Towarzystwo świadczy ochronę ubezpieczeniową,
- 4) **pierwotny harmonogram spłat pożyczki** – harmonogram spłat pożyczki aktualny na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 5) **pobyt w szpitalu** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt w szpitalu, powstały bezpośrednio w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, który rozpoczął się przed upływem 12 miesięcy od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku i trwał 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,
- 6) **pożyczka** – pożyczka lub kredyt, udzielona pożyczkobiorcy przez pożyczkodawcę,
- 7) **pożyczkobiorca** – osoba fizyczna, która zawarła z pożyczkodawcą umowę pożyczki,
- 8) **pożyczkodawca** – instytucja finansowa, która udzieliła pożyczki,
- 9) **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,
- 10) **szpital** – zakład opieki zdrowotnej przeznaczony do przyjmowania i leczenia osób, których stan zdrowia wymaga stałej, całodobowej obserwacji lub opieki lekarskiej i pielęgniarskiej; za szpital nie uznaje się domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, ośrodków leczenia psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarskiej, hospicjów onkologicznych, ośrodków leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych,
- 11) **świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota pieniężna, wskazana w § 12, którą Towarzystwo wypłaca osobie uprawnionej,
- 12) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna zawierająca z Towarzystwem, na podstawie niniejszych OWU, umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacenia składki; w świetle niniejszych OWU Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym,
- 13) **Ubezpieczony** – pożyczkobiorca wskazany imiennie w dokumencie ubezpieczenia, któremu Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej,
- 14) **udar mózgu** – nagłe, trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynacienienia krwi, niedokrwienia, zakrzepu lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego,
- 15) **uposażony** – wskazana przez Ubezpieczonego osoba uprawniona do świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego,
- 16) **wyczynowe uprawianie sportu** – udział w regularnych treningach, zawodach, obozach kondycyjnych, zgrupowaniach, w celu uzyskania maksymalnych wyników sportowych,
- 17) **zadłużenie** – zobowiązanie finansowe Ubezpieczonego wobec pożyczkodawcy, z tytułu zawartej umowy pożyczki, obejmujące wyłącznie kwotę niespłaconego kapitału zgodnie z pierwotnym harmonogramem spłat pożyczki,

- 18) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego, spowodowana niedokrwieniem, martwica części mięśnia sercowego w następstwie nagłego zatkania światła jednej lub kilku tętnic wieńcowych,
- 19) **zawodowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych za wynagrodzeniem,
- 20) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – nieszczęśliwy wypadek, udar mózgu, zawał serca.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3 (przedmiot i zakres ubezpieczenia)

1. Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwego wypadku, zawału serca lub udaru mózgu, zaistniałego w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (RP) lub poza jej granicami.
2. Zakres ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4 i § 4, obejmuje:
 - 1) śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu,
 - 3) całkowitą niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
3. Za opłatą dodatkowej składki ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
4. Ryzyko z tytułu śmierci w następstwie zawału serca lub udaru mózgu obejmuje swoim zakresem wyłącznie osoby, które w dniu zawierania umowy ubezpieczenia nie ukończyły 75 roku życia.

§ 4 (ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności)

1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy śmierć Ubezpieczonego, całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy, pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, nastąpiły 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,
 - 4) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,
 - 5) pełnienia przez Ubezpieczonego czynnej służby w siłach zbrojnych jakiegokolwiek państwa - o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 6) uczestniczenia Ubezpieczonego w bójkach, z wyjątkiem działania w obronie koniecznej,
 - 7) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na jego własną prośbę,
 - 8) niewłaściwego leczenia lub niewłaściwie wykonanych zabiegów leczniczych, chyba że leczenie lub zabiegi zostały wykonane zgodnie ze wskazaniem lekarskim w związku z leczeniem skutków nieszczęśliwego wypadku,
 - 9) 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,
 - 10) zatrucia się Ubezpieczonego spowodowanego spożyciem alkoholu lub środków odurzających – o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 11) 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 zaleceniem lekarza – o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 12) przewozu lotniczego Ubezpieczonego w charakterze innym niż pasażer samolotu pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych – o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 13) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarzy – o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 14) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganego prawem uprawnienia do prowadzenia danego pojazdu – o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 15) uczestniczenia w rajdach, wyścigach lub próbach prędkościowych – o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 16) uprawiania przez Ubezpieczonego sportów wysokiego ryzyka – o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 17) wyczynowego i zawodowego uprawiania sportów przez Ubezpieczonego - o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
2. Świadczenie ubezpieczeniowe nie jest należne, jeżeli pomiędzy: nieszczęśliwym wypadkiem, zawałem serca lub udarem mózgu a śmiercią Ubezpieczonego, nieszczęśliwym wypadkiem a pobytom Ubezpieczonego w szpitalu, nieszczęśliwym wypadkiem a całkowitą niezdolnością Ubezpieczonego do pracy, nie istniał związek przyczynowo - skutkowy.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne.

III. SUMA UBEZPIECZENIA I SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 5 (suma ubezpieczenia)

1. Suma ubezpieczenia stanowi podstawę do określenia wysokości świadczeń oraz obliczenia wysokości składki ubezpieczeniowej.
2. Suma ubezpieczenia jest równa wartości zadłużenia na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia.

§ 6 (składka ubezpieczeniowa)

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od: wysokości sumy ubezpieczenia, długości okresu ubezpieczenia, zakresu ubezpieczenia oraz taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. Stawki taryfowe zawarte w taryfie składek są uzależnione od wieku Ubezpieczonego.
2. Częstotliwość opłacania składki ubezpieczeniowej określona jest w dokumencie ubezpieczenia.
3. Składka płatna jest na rachunek bankowy wskazany w dokumencie ubezpieczenia. Za dzień zapłaty uważa się dzień dokonania zlecenia przelewu lub złożenia polecenia zapłaty w banku lub w urzędzie pocztowym na właściwy rachunek, pod warunkiem że na rachunku Ubezpieczającego znajdowała się wystarczająca ilość środków pozwalająca na zrealizowanie zlecenia; w odmiennym przypadku za dzień zapłaty uznaje się dzień wpływu składki na rachunek.

IV. UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 7 (zawarcie umowy ubezpieczenia)

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej.
2. Zawarcie umowy ubezpieczenia możliwe jest po podaniu następujących danych:
 - 1) imię, nazwisko i adres Ubezpieczonego,
 - 2) PESEL Ubezpieczonego,
 - 3) numer dowodu osobistego lub paszportu Ubezpieczonego,
 - 4) przedmiot, rodzaj i zakres ubezpieczenia,
 - 5) suma ubezpieczenia,
 - 6) okres ubezpieczenia.
3. Jeżeli dokument ubezpieczenia zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez Ubezpieczającego oferty, Towarzystwo zobowiązane jest zwrócić na to Ubezpieczającemu uwagę na piśmie przy doręczeniu dokumentu ubezpieczenia, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku przez Towarzystwo, zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa ubezpieczenia jest zawarta zgodnie z warunkami oferty.
4. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego, o którym mowa w ust.3, uważa się, że umowa doszła do skutku zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia, od następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
5. W przypadku zgłoszenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu, o którym mowa w ust.3, uważa się, że umowa ubezpieczenia nie doszła do skutku, a odpowiedzialność Towarzystwa nie rozpoczęła się, chyba że strony dojdą do porozumienia co do warunków umowy ubezpieczenia. W przypadku niedojścia do skutku umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę ubezpieczeniową w terminie 14 dni od dnia zgłoszenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu, o którym mowa w ust.3.

V. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 8 (czas trwania umowy ubezpieczenia początek odpowiedzialności Towarzystwa)

1. Umowa ubezpieczenia zawierana się na okres wskazany w dokumencie ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia wskazanego w dokumencie ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej.
3. W sytuacji odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy pożyczki na zasadach wyrażonych w Ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o kredycie konsumenckim, umowa ubezpieczenia nie dochodzi do skutku. W takim przypadku Towarzystwo dokona zwrotu składki ubezpieczeniowej niezwłocznie Ubezpieczającemu, nie później niż w terminie 14 dni od dnia zgłoszenia przez Ubezpieczającego informacji o odstąpieniu od umowy pożyczki.

§ 9

1. Umowa ubezpieczenia wygasa:
 - 1) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w trybie określonym w § 10 ust.1,
 - 2) z upływem okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w trybie określonym w § 10 ust.3, ust.5, ust. 6,
 - 3) z dniem upływu okresu ubezpieczenia,
 - 4) z dniem śmierci Ubezpieczonego.
2. W przypadku wygaśnięcia umowy ubezpieczenia przed zakończeniem okresu ubezpieczenia wskazanego w umowie ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

VI. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

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

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie

30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą - w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy, przez złożenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

2. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak, niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania, druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.
3. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, w każdym czasie, z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, o ile strony nie umówią się inaczej co do warunków wypowiedzenia.
4. Wypowiedzenie umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
5. W przypadku nieopłacenia w terminie kolejnej składki ubezpieczeniowej w całości lub w części, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty kolejnej składki lub jej brakującej części, wyznaczając w tym celu dodatkowy termin 14 dni. W wezwaniu do zapłaty Towarzystwo powiadomi Ubezpieczającego o skutkach, o których mowa w ust.6.
6. Jeżeli kolejna składka lub jej brakująca część nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie wskazanym w ust.5, umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem na dzień, w którym upływa dodatkowy termin wskazany w ust.5.

VII. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§ 11 (prawa i obowiązki stron umowy)

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, które mogą mieć wpływ na podjęcie przez Towarzystwo decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia, przez udzielenie przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Towarzystwa zawarte w formularzach Towarzystwa lub przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust.1 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia postanowień ust.1 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie przewidziane umową i jego następstwa prawne są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony lub osoba występująca z roszczeniem zobowiązany jest niezwłocznie powiadomić Towarzystwo o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
4. Towarzystwo jest zobowiązane do:
 - 1) doręczenia Ubezpieczającemu tekstu OWU przed zawarciem umowy ubezpieczenia,
 - 2) przedstawienia Ubezpieczającemu w formie pisemnej różnic między postanowieniami umowy a OWU,
 - 3) wydania Ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia,
 - 4) udzielenia Ubezpieczającemu informacji o sposobie i trybie rozpatrywania reklamacji oraz o organie właściwym do ich rozpatrzenia.

VIII. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

§ 12 (ustalenie wysokości świadczenia)

Wysokość świadczenia określa się w następujący sposób:

- 1) świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – wypłacane jest osobie uprawnionej i stanowi kwotę równą zadłużeniu na dzień śmierci Ubezpieczonego wynikającą z pierwotnego harmonogramu spłat pożyczki,
- 2) świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu – wypłacane jest osobie uprawnionej i stanowi kwotę równą zadłużeniu na dzień śmierci Ubezpieczonego, wynikającą z pierwotnego harmonogramu spłat pożyczki,
- 3) świadczenie z tytułu całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku – wypłacane jest Ubezpieczonemu i stanowi kwotę równą zadłużeniu na dzień zajścia nieszczęśliwego wypadku wynikającą z pierwotnego harmonogramu spłat pożyczki,
- 4) świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku - wypłacane jest Ubezpieczonemu w formie dziennego świadczenia szpitalnego w kwocie 20,00 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu, przy czym wysokość łącznych świadczeń, związanych z pobytym Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 90 dni; jeżeli w jednym dniu Ubezpieczony był pacjentem dwu lub większej liczby szpitali, Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za ten dzień tylko jeden raz.

§ 13 (osoba uprawniona do świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego)

1. Ubezpieczony może wskazać jednego lub więcej uposażonych do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Wskazanie uposażonego może nastąpić zarówno przy zawarciu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej trwania.
3. Ubezpieczony, ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać uposażonego. Zmiana lub odwołanie uposażonego następuje w momencie wpłynięcia tego zawiadomienia do Towarzystwa.
4. Jeżeli zostało wskazanych kilku uposażonych, a nie oznaczono ich udziału w kwocie świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe.
5. Wskazanie uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.
6. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma imiennie wyznaczonego uposażonego, świadczenie ubezpieczeniowe otrzymują wskazane poniżej osoby, w następującej kolejności:
 - 1) małżonek, z którym Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa - otrzymuje świadczenie ubezpieczeniowe w całości,
 - 2) dzieci Ubezpieczonego - otrzymują świadczenie ubezpieczeniowe w równych częściach,
 - 3) rodzice Ubezpieczonego - otrzymują świadczenie ubezpieczeniowe w równych częściach,
 - 4) inni spadkobiercy Ubezpieczonego - otrzymują świadczenie ubezpieczeniowe w równych częściach, po przedłożeniu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku wraz z klauzulą prawomocności bądź zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia.
7. W razie braku uposażonego lub osoby wymienionej w ust. 6, z przysługującego świadczenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaca, w granicach sumy ubezpieczenia, w pierwszym rzędzie udowodnione rachunkami koszty pogrzebu osobie, która te koszty poniosła.

§ 14 (wymagane dokumenty)

1. Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia obowiązana jest do udokumentowania zasadności zgłoszonego roszczenia.
2. Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, winna przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:
 - 1) zgłoszenie roszczenia,
 - 2) w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku:
 - a) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - b) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - c) kartę statystyczną do zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza określający przyczynę zgonu,
 - d) dokument tożsamości osoby uprawnionej (nie dotyczy pożyczkodawcy),
 - e) zaświadczenie od pożyczkodawcy o wysokości niespłaconego kapitału z tytułu pożyczki, na dzień śmierci Ubezpieczonego;
 - 3) w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu:
 - a) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - b) dokumentację medyczną potwierdzającą rozpoznanie zawału serca lub udaru mózgu,
 - c) kartę statystyczną do zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza określający przyczynę zgonu,
 - d) dokument tożsamości osoby uprawnionej (nie dotyczy pożyczkodawcy)
 - e) zaświadczenie od pożyczkodawcy o wysokości niespłaconego kapitału z tytułu pożyczki, na dzień śmierci Ubezpieczonego;
 - 4) w przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu:
 - a) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - b) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego,
 - c) własny dokument tożsamości;
 - 5) w przypadku całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku:
 - a) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku,
 - b) dokumentację medyczną na podstawie, której zostało wydane orzeczenie lekarskie o całkowitej niezdolności do pracy,
 - c) orzeczenie lekarskie o całkowitej niezdolności do pracy wydane przez podmiot uprawniony do orzekania niezdolności do pracy,
 - d) własny dokument tożsamości.
3. W przypadku pobytu w szpitalu lub przypadku śmierci Ubezpieczonego poza granicami RP dokumenty, o których mowa w ust. 2, wystawione za granicą przez uprawnione podmioty, dotyczące pobytu w szpitalu lub śmierci Ubezpieczonego i składane przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego, powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
4. Koszty związane z uzyskaniem i przekazaniem dokumentów, o których mowa w ust. 2 ponosi Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia.

§ 15 (wypłata świadczenia)

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo informuje o tym osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia, o ile nie jest osobą występującą z zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia,

zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia. Towarzystwo 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 procedurę składania i rozpatrywania reklamacji.

2. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia, w wyniku ustaleń dokonanych w procesie likwidacji, zawartej ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
3. Towarzystwo wypłaca należne świadczenie w ciągu 30 dni od daty zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Jeżeli w terminie określonym w ust.3 ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia jest niemożliwe, świadczenie to powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia wypłaca się w terminie przewidzianym w ust.3.
5. Jeżeli w terminie określonym w ust.3 nie zostanie wypłacone świadczenie, Towarzystwo zawiadamia 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, o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części.
6. Jeżeli Ubezpieczony zgłosił roszczenie i przed wypłatą świadczenia zmarł, należne przed śmiercią świadczenia wypłaca się spadkobiercom Ubezpieczonego.
7. W przypadku gdy osoba uprawniona do wypłaty świadczenia, odstąpi od dochodzenia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia, Ubezpieczony lub jego spadkobiercy mogą dochodzić roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia bezpośrednio od Towarzystwa. Ubezpieczony lub jego spadkobiercy powinni przedłożyć Towarzystwu oświadczenie osoby uprawnionej o odstąpieniu od dochodzenia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia.

IX. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 16 (zasady korespondencji)

1. Wypowiedzenia, odstąpienia oraz wszelkie inne zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Towarzystwa, Ubezpieczającego i Ubezpieczonego lub innej osoby uprawnionej do odbioru świadczenia, powinny być kierowane na piśmie, pod rygorem nieważności, z zastrzeżeniem § 17 ust.1 pkt 3). Strony mogą umówić się co do innej formy korespondencji.
2. Towarzystwo, Ubezpieczający oraz Ubezpieczony zobowiązani są do powiadamiania się wzajemnie o zmianie swojego adresu zamieszkania lub siedziby.

§ 17 (tryb składania i rozpatrywania reklamacji)

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

§ 18 (przepisy zewnętrzne)

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

§ 19 (prawo wglądu do akt)

Towarzystwo udostępni na wniosek Ubezpieczającego, Ubezpieczonego bądź uprawnionego do odbioru świadczenia, informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa i wysokość świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Towarzystwo udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Towarzystwo. Towarzystwo na wniosek tych osób udostępni informacje i dokumenty w postaci elektronicznej.

§ 20 (spory sądowe)

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

§ 21

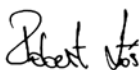
Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 8 sierpnia 2017 roku przez Zarząd Towarzystwa z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów zawieranych od dnia 1 grudnia 2017 roku.



KRZYSZTOF KOSZNIK
WICEPREZES ZARZĄDU



GRZEGORZ BUCZKOWSKI
CZŁONEK ZARZĄDU



ROBERT ŁOŚ
CZŁONEK ZARZĄDU

**Karta Produktu
INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA
- TWÓJ WALOR -**

I. Informacje podstawowe

1.	Główny cel ubezpieczenia	
	Indywidualne Ubezpieczenie TWÓJ WALOR ma charakter ochronny.	
2.	Zakres ochrony ubezpieczeniowej	
	<ul style="list-style-type: none"> • śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, • śmierć Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu, • całkowitą niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku. <p>Za opłatą dodatkowej składki ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Ryzyko z tytułu śmierci w następstwie zawału serca lub udaru mózgu obejmuje swoim zakresem wyłącznie osoby, które w dniu zawierania umowy ubezpieczenia nie ukończyły 75 roku życia.</p>	
3.	Opis świadczeń przysługujących klientowi lub innym osobom z umowy ubezpieczenia	
	<ul style="list-style-type: none"> • świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego - wypłacane jest osobie uprawnionej, • świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu - wypłacane jest osobie uprawnionej, • świadczenie z tytułu całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy - wypłacane jest Ubezpieczonemu, • świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku - wypłacane jest Ubezpieczonemu. 	
4.	Koszty ponoszone przez Ubezpieczającego	
	Rodzaj kosztów	Kosztem ponoszonym przez Ubezpieczonego jest koszt składki ubezpieczeniowej.
	Wysokość kosztów	Wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawierania umowy ubezpieczenia.
	Taryfa składek	Wysokość składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od: wysokości sumy ubezpieczenia, długości okresu ubezpieczenia, zakresu ubezpieczenia oraz taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. Stawki taryfowe zawarte w taryfie składek są uzależnione od wieku Ubezpieczonego.
	Częstotliwość ponoszenia kosztów	Częstotliwość opłacania składki ubezpieczeniowej określona jest w dokumencie ubezpieczenia.
5.	Zasady ustalania wysokości świadczenia należnego z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczenia	
	<p>Wysokość świadczenia określa się w następujący sposób:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku – wypłacane jest osobie uprawnionej i stanowi kwotę równą zadłużeniu na dzień śmierci Ubezpieczonego wynikającą z pierwotnego harmonogramu spłat pożyczki, 2) świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu – wypłacane jest osobie uprawnionej i stanowi kwotę równą zadłużeniu na dzień śmierci Ubezpieczonego, wynikającą z pierwotnego harmonogramu spłat pożyczki, 3) świadczenie z tytułu całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku – wypłacane jest Ubezpieczonemu i stanowi kwotę równą zadłużeniu na dzień zajścia nieszczęśliwego wypadku wynikającą z pierwotnego harmonogramu spłat pożyczki, 4) świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku - wypłacane jest Ubezpieczonemu w formie dziennego świadczenia szpitalnego w kwocie 20,00 zł za każdy dzień pobytu w szpitalu, przy czym wysokość łącznych świadczeń, związanych z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie jednego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 90 dni; jeżeli w jednym dniu Ubezpieczony był pacjentem dwu lub większej liczby szpitali, Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe za ten dzień tylko jeden raz. 	
6.	Wysokość sumy ubezpieczenia	
	Suma ubezpieczenia jest równa wartości zadłużenia na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia.	
7.	Zasady i przesłanki ewentualnej zmiany wysokości sumy ubezpieczenia	
	Nie dotyczy.	
8.	Okres ochrony ubezpieczeniowej	
	Okres ubezpieczenia wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia.	
9.	Zasady kontynuacji lub wznowienia ochrony ubezpieczeniowej	
	Brak możliwości.	
10.	Warunki wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń	
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, gdy śmierć Ubezpieczonego, całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy, pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, nastąpiły wskutek: <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, • czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu, • pełnienia przez Ubezpieczonego czynnej służby w siłach zbrojnych jakiegokolwiek państwa - o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, • uczestniczenia Ubezpieczonego w bójkach, z wyjątkiem działania w obronie koniecznej, • samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na jego własną prośbę, • niewłaściwego leczenia lub niewłaściwie wykonanych zabiegów leczniczych, chyba że leczenie lub zabiegi zostały wykonane zgodnie ze wskazaniem lekarskim w związku z leczeniem skutków nieszczęśliwego wypadku, • 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, • zatrucia się Ubezpieczonego spowodowanego spożyciem 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 zaleceniem lekarza - 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, • uczestniczenia w rajdach, wyścigach lub próbach prędkościowych - o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, • 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, 2. Świadczenie ubezpieczeniowe nie jest należne, jeżeli pomiędzy: nieszczęśliwym wypadkiem, zawałem serca lub udarem mózgu a śmiercią Ubezpieczonego, nieszczęśliwym wypadkiem a pobytem Ubezpieczonego w szpitalu, nieszczęśliwym wypadkiem a całkowitą niezdolnością Ubezpieczonego do pracy, nie istniał związek przyczynowo - skutkowy. 3. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne. 	

11.	Możliwość i sposób rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej Umowa ubezpieczenia wygasa: <ul style="list-style-type: none"> • z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w trybie określonym w § 10 ust.1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Twój Walor (dalej: OWU), • z upływem okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w trybie określonym w § 10 ust.2, ust.3, ust. 4 OWU,
12.	Skutki rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej skutkuje brakiem dalszej odpowiedzialności Towarzystwa wobec Ubezpieczonego.
13.	Wysokość kosztów związanych z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej, ponoszonych przez klienta Brak kosztów.
14.	Zasady i tryb zgłaszania zdarzenia ubezpieczeniowego <ol style="list-style-type: none"> 1. Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia obowiązana jest do udokumentowania zasadności zgłoszonego roszczenia. 2. Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, winna przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia: <ul style="list-style-type: none"> • zgłoszenie roszczenia, • w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku: <ol style="list-style-type: none"> a) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego, b) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku, c) kartę statystyczną do zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza określający przyczynę zgonu, d) dokument tożsamości osoby uprawnionej (nie dotyczy pożyczkodawcy), e) zaświadczenie od pożyczkodawcy o wysokości niespłaconego kapitału z tytułu pożyczki, na dzień śmierci Ubezpieczonego; • w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie zawału serca lub udaru mózgu: <ol style="list-style-type: none"> a) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego, b) dokumentację medyczną potwierdzającą rozpoznanie zawału serca lub udaru mózgu, c) kartę statystyczną do zgonu z podaną przyczyną zgonu lub protokół sekcyjny lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza określający przyczynę zgonu, d) dokument tożsamości osoby uprawnionej (nie dotyczy pożyczkodawcy) e) zaświadczenie od pożyczkodawcy o wysokości niespłaconego kapitału z tytułu pożyczki, na dzień śmierci Ubezpieczonego; • w przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu: <ol style="list-style-type: none"> a) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku, b) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego, c) własny dokument tożsamości; • w przypadku całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku: <ol style="list-style-type: none"> a) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku, b) dokumentację medyczną na podstawie, której zostało wydane orzeczenie lekarskie o całkowitej niezdolności do pracy, c) orzeczenie lekarskie o całkowitej niezdolności do pracy wydane przez podmiot uprawniony do orzekania niezdolności do pracy, d) własny dokument tożsamości. 3. W przypadku pobytu w szpitalu lub przypadku śmierci Ubezpieczonego poza granicami RP dokumenty, o których mowa w pkt 2, wystawione za granicą przez uprawnione podmioty, dotyczące pobytu w szpitalu lub śmierci Ubezpieczonego i składane przez osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego, powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego. 4. Koszty związane z uzyskaniem i przekazaniem dokumentów, o których mowa w pkt 2 ponosi Ubezpieczony lub osoba uprawniona do świadczenia.
15.	Tryb składania i rozpatrywania reklamacji <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 Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, b) osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów, c) telefonicznie, pod numerem telefonu: 58 770 36 90. 2. Reklamacja powinna zawierać: <ol style="list-style-type: none"> a) imię, nazwisko, adres i numer telefonu kontaktowego zgłaszającego reklamację, b) numer dokumentu ubezpieczenia, c) przedmiot reklamacji, d) uzasadnienie reklamacji z podaniem ewentualnych dowodów. 3. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie przez Towarzystwo reklamacji chyba, że okoliczność ta nie ma wpływu na sposób procedowania reklamacją. 4. Na żądanie zgłaszającego reklamację Towarzystwo potwierdzi pisemnie na adres wskazany w reklamacji fakt złożenia reklamacji. Towarzystwo na wniosek zgłaszającego reklamację może potwierdzić wpływ reklamacji w postaci elektronicznej. 5. Reklamacja rozpatrywana jest przez Towarzystwo bez zbędnej zwłoki, a odpowiedź na nią powinna być udzielona nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej wpływu. Po rozpatrzeniu reklamacji, stanowisko Towarzystwa zostanie przesłane w formie pisemnej na adres wskazany w treści reklamacji. 6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w pkt 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 do Rzecznika Finansowego. 8. Podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 roku o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla Towarzystwa jest Rzecznik Finansowy. Informacje dotyczące podmiotu uprawnionego dostępne są na stronie internetowej: http://rf.gov.pl/. 9. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
16.	Zasady obejmowania ochroną ubezpieczeniową osób innych niż klient i zakres takiej ochrony Nie dotyczy.
17.	Podmiot uprawniony do otrzymania świadczenia z umowy ubezpieczenia <ol style="list-style-type: none"> 1. Ubezpieczony może wskazać jednego lub więcej uposażonych do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego. 2. Wskazanie uposażonego może nastąpić zarówno przy zawarciu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej trwania. 3. Ubezpieczony, ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać uposażonego. Zmiana lub odwołanie uposażonego następuje w momencie wpłynięcia tego zawiadomienia do Towarzystwa. 4. Jeżeli zostało wskazanych kilku uposażonych, a nie oznaczono ich udziału w kwocie świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe. 5. Wskazanie uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci. 6. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma imiennie wyznaczonego uposażonego, świadczenie ubezpieczeniowe otrzymują wskazane poniżej osoby, w następującej kolejności: <ol style="list-style-type: none"> 1) małżonek, z którym Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa - otrzymuje świadczenie ubezpieczeniowe w całości, 2) dzieci Ubezpieczonego - otrzymują świadczenie ubezpieczeniowe w równych częściach, 3) rodzice Ubezpieczonego - otrzymują świadczenie ubezpieczeniowe w równych częściach, 4) inni spadkobiercy Ubezpieczonego - otrzymują świadczenie ubezpieczeniowe w równych częściach, po przedłożeniu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku wraz z klauzulą prawomocności bądź zarejestrowanego aktu poświadczenia dziedziczenia. 7. W razie braku uposażonego lub osoby wymienionej w pkt 6, z przysługującego świadczenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaca, w granicach sumy ubezpieczenia, w pierwszym rzędzie udowodnione rachunkami koszty pogrzebu osobie, która te koszty poniosła. Ubezpieczający, za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, może wskazać imiennie jednego lub więcej uposażonych do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku śmierci Ubezpieczonego.

18.	Prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w przypadku, gdy takie uprawnienie przysługuje klientowi
	Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą - w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy, przez złożenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
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
	<p>Ubezpieczenie TWÓJ WALOR to propozycja dla Członków SKOK, którzy zaciągnęli lub zamierzają zaciągnąć pożyczkę.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ubezpieczenie chroni przez cały okres spłaty pożyczki, • W przypadku śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub zawału serca czy udaru mózgu, świadczenie pokryje niespłacone zadłużenie z tytułu zawartej umowy pożyczki, a pozostałą kwotę otrzyma osoba uposażona. • Składka ustalana jest indywidualnie i zależy od czasu trwania umowy ubezpieczeniowej. • Nie są wymagane badania lekarskie przed przystąpieniem do ubezpieczenia.

II. Zastrzeżenia i informacje prawne dotyczące Karty Produktu

1. Karta Produktu została opracowana zgodnie z wytycznymi określonymi w Rekomendacji U dotyczącej dobrych praktyk w zakresie bancassurance opracowanej przez Komisję Nadzoru Finansowego w czerwcu 2014 r. i ma za zadanie pokazać kluczowe informacje o produkcie ubezpieczeniowym i pomóc zrozumieć cechy produktu.
2. Przedstawionych powyżej informacji nie należy odczytywać jako oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego, ani rekomendacji do złożenia wniosku ubezpieczeniowego.
3. Powyższy dokument nie stanowi wzorca umownego ani też części umowy uzgodnionej indywidualnie. Dokument jest prezentowany w celach informacyjnych i nie powinien być wyłączną podstawą podejmowania decyzji dotyczących ubezpieczenia.
4. Klient powinien rozważyć ryzyka związane z zakupem produktu, potencjalne korzyści oraz straty, charakterystykę produktu oraz konsekwencje prawne związane z zakupem 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 8 sierpnia 2017 roku.

SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych

81-743 Sopot, ul. Władysława IV 22, tel.: 801 888 666, fax: 58 550 97 31, e-mail: info@saltus.pl, www.saltus.pl

SALTUS TUV zarejestrowane w Sądzie Rejonowym Gdańsk-Północ w Gdańsku

VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS: 0000117377, NIP: 118-01-30-637, REGON: 011132747

Zarząd SALTUS TUV: Grzegorz Buczkowski, Krzysztof Kosznik, Robert Łoś; kapitał zakładowy: 19 000 000,00 zł