

WYKAZ ZMIAN						
do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego SALTUS ZDROWIE oraz Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zdrowotnego MEDYCYNĄ PRACY						
Było: sygnatura druku - OW/6/2108/NG/4		Jest: sygnatura druku - OW/6SZ/2505/NG/5				
Informacja o produkcie	Informacja o produkcie Grupowe Ubezpieczenie Zdrowotne SALTUS ZDROWIE Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego SALTUS ZDROWIE uchwalonymi przez Zarząd Towarzystwa w dniu 27 sierpnia 2021 roku. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia: §2, §3, §4, §14, §15, §16, §17. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: §2, §5.	Skorowidz SALTUS ZDROWIE Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego SALTUS ZDROWIE uchwalonymi przez Zarząd Towarzystwa w dniu 23 maja 2025 roku. <table><tr><td>1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia:</td><td>§2 §4 §18 §19 §20 §22 §23 ust. 1</td></tr><tr><td>2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia:</td><td>§2 §4 §5 §12 ust. 3 §18 ust. 8</td></tr></table>	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia:	§2 §4 §18 §19 §20 §22 §23 ust. 1	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia:	§2 §4 §5 §12 ust. 3 §18 ust. 8
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia:	§2 §4 §18 §19 §20 §22 §23 ust. 1					
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia:	§2 §4 §5 §12 ust. 3 §18 ust. 8					
§1 ust. 1	Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego SALTUS ZDROWIE, zwanych dalej OWU, SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych zwane dalej „Towarzystwem” , w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, zawiera umowy ubezpieczenia z osobami fizycznymi, osobami prawnymi lub jednostkami organizacyjnymi niebędącymi osobami prawnymi, którym ustawa przyznaje zdolność prawną, zwanymi dalej „Ubezpieczającymi”	Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia zdrowotnego SALTUS ZDROWIE, zwanych dalej OWU, my, czyli SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Sopocie, zwane dalej Towarzystwem, zawieramy z Tobą jako Ubezpieczającym umowę ubezpieczenia				
§1 ust. 2	Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWU jest umową grupową zawartą na cudzy rachunek	Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie OWU będzie umową grupową zawartą na cudzy rachunek. W takim przypadku osoba wskazana przez Ciebie będzie Ubezpieczonym				
Dotychczasowy §1 ust. 3	Umowy ubezpieczeń dodatkowych mogą być zawierane na podstawie odpowiednich Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zdrowotnego SALTUS ZDROWIE Medycyna Pracy, zwanych dalej OWDUMP	Przepis usunięty				
§1 ust. 4	Za porozumieniem stron, do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia odmienne od ustalonych w niniejszych OWU lub OWDUMP , które mają pierwszeństwo przed postanowieniami OWU lub OWDUMP	Za porozumieniem stron, do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia odmienne od ustalonych w OWU, które mają pierwszeństwo przed postanowieniami OWU				
Dotychczasowy §1 ust. 5	W przypadku określonym w ust. 4, Towarzystwo zobowiązane jest przedstawić Ubezpieczającemu różnicę między treścią umowy ubezpieczenia a treścią OWU/ OWDUMP w formie pisemnej przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W razie niedopełnienia tego obowiązku, Towarzystwo nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego. Przepisu tego nie stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji	Przepis usunięty				
§ 2 pkt 1)	badania diagnostyczne - usługi medyczne uzasadnione z medycznego punktu widzenia wymagające przedstawienia Towarzystwu skierowania. Wymóg przedstawienia skierowania został podany w Katalogu Usług Medycznych przy odpowiednim badaniu	Badania diagnostyczne/laboratoryjne/rehabilitacyjne - usługi medyczne uzasadnione z medycznego punktu widzenia, wymagające przedstawienia skierowania lub e-skierowania od lekarza, jeśli wskazano to w Katalogu Usług Medycznych przy danej usłudze				
§ 2 pkt 2)	Centrum Umawiania Wizyt - jednostka zajmująca się organizacją udzielania świadczeń zdrowotnych	Centrum Umawiania Wizyt - jednostka zajmująca się organizacją udzielania usług medycznych, umożliwiającą Ubezpieczonemu umawianie lub potwierdzanie terminu i miejsca realizacji usług medycznych objętych ubezpieczeniem				
§ 2 pkt 4)	dziecko – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które nie ukończyło 25 roku życia i w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje z Ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym	dziecko – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego Głównego , które nie ukończyło 26 roku życia i w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje z Ubezpieczonym Głównym we wspólnym gospodarstwie domowym				
Nowy § 2 pkt 5)	Brak przepisu	dzień roboczy – każdy dzień od poniedziałku do piątku z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy				

Dotychczasowy § 2 pkt 5) nowy § 2 pkt 6)	Infolinia medyczna – jednostka działająca całodobowo udzielająca Ubezpieczonemu informacji o: a) działaniu leków, ich skutkach ubocznych i interakcjach, b) przygotowaniu do zabiegów medycznych, c) przygotowaniu do badań diagnostycznych, d) podmiotach leczniczych, w których świadczenia są opłacane przez płatnika publicznego i płatników prywatnych, e) aptekach czynnych całą dobę, f) zdrowym żywieniu, g) wymaganych szczepieniach i zagrożeniach epidemiologicznych przed podróżą i umożliwiająca telefoniczną konsultację z lekarzem, który udzieli informacji co do koniecznego postępowania medycznego lub pomoże Ubezpieczonemu w interpretacji wyników badań diagnostycznych. Towarzystwo pokrywa koszty 4 telefonicznych konsultacji lekarskich w roku ochrony	[Zmiana numeracji punktu z 5) na 6)] Infolinia medyczna – jednostka assistance działająca w naszym imieniu , udzielająca Ubezpieczonemu informacji przez całą dobę na temat: a) działania leków, ich skutków ubocznych i interakcjach, b) przygotowania do zabiegów medycznych, c) przygotowania do badań diagnostycznych/ laboratoryjnych , d) podmiotach leczniczych, w których świadczenia są opłacane przez płatnika publicznego i płatników prywatnych, e) aptek czynnych całą dobę, f) zdrowego żywienia, g) wymaganych szczepień i zagrożeniach epidemiologicznych przed podróżą, i umożliwiająca telefoniczną konsultację z lekarzem, który udzieli informacji na temat koniecznego postępowania medycznego lub pomoże Ubezpieczonemu w interpretacji wyników badań diagnostycznych/ laboratoryjnych. Pokrywamy koszty 4 telefonicznych konsultacji lekarskich w ciągu roku polisowego. Udzielanie informacji Ubezpieczonemu będzie możliwe wyłącznie po zawarciu umowy ubezpieczenia rozszerzonej o tę dodatkową usługę
Dotychczasowy § 2 pkt 6) nowy § 2 pkt 7)	Katalog Usług Medycznych – lista usług medycznych i usług wspierających powrót do zdrowia, z których może korzystać Ubezpieczony w ramach wybranego wariantu ubezpieczenia, stanowiąca Załącznik nr 1 do niniejszych OWU	[Zmiana numeracji punktu z 6) na 7)] Katalog Usług Medycznych – szczegółowy wykaz usług medycznych i usług wspierających powrót do zdrowia wraz z wysokością refundacji i limitów przysługujących Ubezpieczonemu, w ramach wybranego przez Ciebie zakresu ubezpieczenia, stanowiący Załącznik nr 1 do niniejszych OWU
Dotychczasowy § 2 pkt 7) nowy § 2 pkt 8)	Konto klienta – udostępniona Ubezpieczonemu przez Towarzystwo aplikacja umożliwiająca m.in. zamawianie usług medycznych	[Zmiana numeracji punktu z 7) na 8)] Konto Klienta – aplikacja udostępniona Ubezpieczonemu, w ramach której Ubezpieczony może zamówić usługę medyczną oraz korzystać z funkcjonalności udostępnionych w tej aplikacji
Dotychczasowy § 2 pkt 9) nowy § 2 pkt 10)	leczenie operacyjne – działania medyczne związane z przeprowadzeniem operacji/zabiegu wymienionego w Katalogu Usług Medycznych, przeprowadzone w trakcie pobytu w wybranej przez Ubezpieczonego placówce medycznej, które rozpoczęły się nie wcześniej niż po 3 nieprzerwanie trwających miesiącach kalendarzowych ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego. W ciągu pierwszych 3 miesięcy kalendarzowych ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu przysługują operacje/ zabiegi będące skutkiem urazu układu kostno-stawowego, który wystąpił w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej	[Zmiana numeracji punktu z 9) na 10)] leczenie operacyjne – działania medyczne związane z przeprowadzeniem operacji lub zabiegu medycznego wymienionego w Katalogu Usług Medycznych, przeprowadzone w trakcie pobytu w wybranej przez Ubezpieczonego placówce medycznej, które rozpoczęły się po upływie 3 nieprzerwanie trwających miesięcy ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego. W ciągu pierwszych 3 miesięcy ochrony ubezpieczeniowej , Ubezpieczonemu przysługują wyłącznie operacje lub zabiegi będące skutkiem urazu układu kostno-stawowego, który wystąpił w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej
Nowy § 2 pkt 11)	Brak przepisu	leczenie stomatologiczne – usługa medyczna świadczona przez lekarza stomatologa, obejmująca leczenie zębów Ubezpieczonego zgodnie z wybranym zakresem zawartym w Katalogu Usług Medycznych
Dotychczasowy § 2 pkt 10) nowy § 2 pkt 12)	lekarz – osoba posiadająca odpowiednie, formalnie potwierdzone kwalifikacje zawodowe, wykonująca zawód lekarza na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie swoich kwalifikacji i uprawnień, niebędąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym ani osobą bliską dla Ubezpieczonego. Za osobę bliską rozumie się małżonka, osoby niespokrewnione prowadzące wspólne gospodarstwo domowe, rodzeństwo, rodziców, ojczyma, macochę, dzieci, pasierbów, teściów, zięciów, synowe, dziadków, wnuków, przysposobionych i przysposabiających	[Zmiana numeracji punktu z 10) na 12)] lekarz – osoba posiadająca odpowiednie, formalnie potwierdzone kwalifikacje zawodowe, wykonująca zawód lekarza na terenie Rzeczypospolitej Polskiej (RP) w zakresie swoich kwalifikacji i uprawnień, niebędąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym ani osobą bliską dla Ubezpieczonego. Za osobę bliską uważamy małżonka, osoby niespokrewnione prowadzące wspólne gospodarstwo domowe, rodzeństwo, rodziców, ojczyma, macochę, dzieci, pasierbów, teściów, zięciów, synowe, dziadków, wnuków, przysposobionych i przysposabiających
Dotychczasowy § 2 pkt 11) nowy § 2 pkt 13)	limit – maksymalna liczba określonych usług medycznych przysługująca Ubezpieczonemu w roku ochrony. Limity usług są określone w Katalogu Usług Medycznych	[Zmiana numeracji punktu z 11) na 13)] limit – maksymalna liczba określonych usług medycznych przysługująca Ubezpieczonemu w roku polisowym; limity tych usług są określone w Katalogu Usług Medycznych

Dotychczasowy § 2 pkt 12) nowy § 2 pkt 14)	małżonek – osoba, z którą Ubezpieczony Główny pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa albo inna osoba (partner) wskazana na deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, niespokrewniona z Ubezpieczonym w linii prostej, niebędąca rodzeństwem ani powinowatym z Ubezpieczonym, która w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przez co najmniej 12 miesięcy, wspólnie z Ubezpieczonym zamieszkiwała i prowadziła wspólne gospodarstwo domowe, a przy tym żadna z wymienionych osób nie pozostawała w związku małżeńskim	[Zmiana numeracji punktu z 12) na 14)] małżonek – osoba, która w dniu składania deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia przez Ubezpieczonego Głównego nie ukończyła 67 roku życia , z którą Ubezpieczony Główny pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia zdarzenia objętego naszą odpowiedzialnością albo inna osoba (partner) wskazana na deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, niespokrewniona z Ubezpieczonym Głównym w linii prostej, niebędąca rodzeństwem ani powinowatym z Ubezpieczonym Głównym , która w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przez co najmniej 12 miesięcy, wspólnie z Ubezpieczonym Głównym zamieszkiwała i prowadziła wspólne gospodarstwo domowe, a przy tym żadna z wymienionych osób nie pozostawała w związku małżeńskim
Dotychczasowy § 2 pkt 13) nowy § 2 pkt 15)	nieszczęśliwy wypadek – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym występujące w okresie ubezpieczenia, w następstwie którego Ubezpieczony, niezależnie od swojej woli, doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia	[Zmiana numeracji punktu z 13) na 15)] Treść punktu bez zmian
Dotychczasowy § 2 pkt 14) nowy § 2 pkt 16)	numer identyfikacyjny – indywidualny numer przypisany do Ubezpieczonego, który służy do pierwszego logowania na stronie www.saltus.pl . Numer przekazywany jest Ubezpieczonemu drogą elektroniczną (sms, e-mail) na numer telefonu komórkowego lub adres e-mail podany przez Ubezpieczonego na deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, lub po skontaktowaniu się z Centrum Umawiania Wizyt, gdzie konsultant po przeprowadzeniu weryfikacji danych przekaze numer	[Zmiana numeracji punktu z 14) na 16)] numer identyfikacyjny – indywidualny numer przypisany do Ubezpieczonego, służący do pierwszego logowania na stronie internetowej https://saltus.pl . Numer ten przekażemy Ubezpieczonemu drogą elektroniczną (SMS lub e-mail) na numer telefonu komórkowego lub adres e-mail podany w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia . Ubezpieczony będzie mógł również uzyskać numer identyfikacyjny po skontaktowaniu się z Centrum Umawiania Wizyt, po przeprowadzeniu weryfikacji jego danych przez konsultanta
Dotychczasowy § 2 pkt 15) nowy § 2 pkt 17)	okres ubezpieczenia – okres, przez który Towarzystwo ponosi odpowiedzialność związaną z udzielaną ochroną ubezpieczeniową w stosunku do danego Ubezpieczonego	[Zmiana numeracji punktu z 15) na 17)] okres ubezpieczenia – okres, w którym obejmiemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, czyli poniesiemy odpowiedzialność z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych opisanych w OWU i wskazanych w polisie
§ 2 pkt 18)	Brak przepisu	opcja ubezpieczenia - możliwość wyboru przez Ubezpieczonego Głównego konkretnego rodzaju ochrony, którą oferujemy. W ramach tego wyboru Ubezpieczony Główny będzie mógł zdecydować się na opcję: pracowniczą/standardową, partnerską lub rodzinną, jeżeli dana opcja będzie dostępna w umowie ubezpieczenia
Dotychczasowy § 2 pkt 16) nowy § 2 pkt 19)	organizacja leczenia operacyjnego – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga w okresie ochrony poddania się leczeniu operacyjnemu, Towarzystwo przekaze informację o placówkach medycznych wykonujących dany zabieg, umówi termin konsultacji wstępnej w wybranej przez Ubezpieczonego placówce medycznej i przekaze dodatkowe informacje o przygotowaniu do zabiegu	[Zmiana numeracji punktu z 16) na 19)] organizacja leczenia operacyjnego – procedura, w której Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, potrzebuje poddania się leczeniu operacyjnemu w trakcie trwania ochrony ubezpieczenia. W takiej sytuacji przekażemy Ubezpieczonemu informacje o placówkach medycznych wykonujących daną operację lub zabieg, umówimy termin konsultacji wstępnej w wybranej przez Ubezpieczonego placówce medycznej i udzielimy dodatkowych informacji na temat przygotowania do zabiegu
Dotychczasowy § 2 pkt 17) nowy § 2 pkt 20)	osoba do kontaktu – osoba wskazana przez Ubezpieczonego na dokumencie zgłoszenia roszczenia, jako osoba uprawniona do kontaktu z Towarzystwem tj. Centrum Umawiania Wizyt lub Centrum Telemedycznym w imieniu Ubezpieczonego	[Zmiana numeracji punktu z 17) na 20)] osoba do kontaktu – osoba wskazana przez Ubezpieczonego w zgłoszeniu roszczenia jako uprawniona do kontaktu z nami, w tym z Centrum Umawiania Wizyt lub innym podmiotem współpracującym, w związku ze zgłoszonym roszczeniem
Dotychczasowy § 2 pkt 18) nowy § 2 pkt 21)	Partner Medyczny – placówka medyczna, udzielająca świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonym objętym ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU	[Zmiana numeracji punktu z 18) na 21)] Partner Medyczny - podmiot leczniczy, z którym mamy zawartą umowę o współpracy w zakresie świadczenia określonych usług medycznych na rzecz Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową zgodnie z niniejszymi OWU

Dotychczasowy § 2 pkt 19) nowy § 2 pkt 22)	placówka medyczna – podmiot leczniczy będący w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa podmiotem udzielającym świadczeń zdrowotnych	[Zmiana numeracji punktu z 19) na 22)] placówka – miejsce (placówka medyczna) na terytorium RP, w której Partner Medyczny świadczy określone usługi medyczne. Lista placówek oraz zakres świadczonych w nich usług medycznych mogą ulegać zmianom w trakcie trwania umowy ubezpieczenia; aktualna lista jest dostępna na stronie internetowej https://saltus.pl/
Dotychczasowy § 2 pkt 20) nowy § 2 pkt 24)	pomoc po leczeniu operacyjnym – jeżeli Ubezpieczony wymaga po przeprowadzeniu leczenia operacyjnego transportu do miejsca zamieszkania, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty przewozu Ubezpieczonego z placówki medycznej, w której przeprowadzono leczenie operacyjne, dostosowanym do aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu. Ponadto jeżeli Ubezpieczony, wymaga po przeprowadzeniu leczenia operacyjnego zabiegów pielęgnarskich w środowisku domowym, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia i dojazdu pielęgniarki do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego. Powyższe usługi są świadczone do łącznej kwoty 2000 zł	[Zmiana numeracji punktu z 20) na 24)] pomoc po leczeniu operacyjnym – jeżeli Ubezpieczony po przeprowadzeniu leczenia operacyjnego wymaga transportu do miejsca zamieszkania, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty przewozu Ubezpieczonego z placówki medycznej, w której przeprowadzono leczenie operacyjne, dostosowanym do aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu. Ponadto, jeżeli Ubezpieczony wymaga po przeprowadzeniu leczenia operacyjnego zabiegów pielęgnarskich w środowisku domowym, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty wynagrodzenia i dojazdu pielęgniarki do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego
Dotychczasowy § 2 pkt 21) nowy § 2 pkt 23)	polisa – dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia	[Zmiana numeracji punktu z 21) na 23)] polisa – dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia między Tobą (Ubezpieczającym) a nami
Dotychczasowy § 2 pkt 22) nowy § 2 pkt 25)	pracownik – osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, mianowania, wyboru, powołania, umowy o pracę nakładczą, w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy, na podstawie umowy agencyjnej, jeżeli osoba ta jest objęta ubezpieczeniem społecznym z tego tytułu oraz osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy zawartej w wyniku powołania lub wyboru do organu reprezentującego osobę prawną, w tym kontraktu menedżerskiego	[Zmiana numeracji punktu z 22) na 25)] pracownik – osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, mianowania, wyboru, powołania, w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy, na podstawie umowy agencyjnej, jeżeli osoba ta jest objęta ubezpieczeniem społecznym z tego tytułu oraz osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy zawartej w wyniku powołania lub wyboru do organu reprezentującego osobę prawną, w tym kontraktu menedżerskiego, umowy zlecenia lub B2B zawartej na czas nie krótszy niż 6 miesięcy, której przedmiotem jest świadczenie pracy na rzecz Ubezpieczającego
Dotychczasowy § 2 pkt 23) nowy § 2 pkt 26)	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)	[Zmiana numeracji punktu z 23) na 26)] rocznica polisy – każda kolejna rocznica wskazanego w polisie dnia początku naszej odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia
Dotychczasowy § 2 pkt 24) nowy § 2 pkt 27)	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 wstąpił ponownie w związek małżeński	[Zmiana numeracji punktu z 24) na 27)] rodzice – matka lub ojciec Ubezpieczonego Głównego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego; za rodziców Ubezpieczonego Głównego uznajemy również (jeżeli matka lub ojciec Ubezpieczonego nie żyją) osoby będące w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego: a) żoną ojca Ubezpieczonego Głównego lub wdową po ojcu Ubezpieczonego Głównego , o ile po śmierci ojca Ubezpieczonego Głównego nie wstąpiła ponownie w związek małżeński, b) mężem matki Ubezpieczonego Głównego lub wdowcem po matce Ubezpieczonego Głównego , o ile po śmierci matki Ubezpieczonego Głównego nie wstąpił ponownie w związek małżeński
Dotychczasowy § 2 pkt 25)	rok ochrony – okres kolejnych 12 miesięcy nieprzerwanego objęcia ochroną ubezpieczeniową, liczonych od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu przystąpienia do ubezpieczenia	Przepis usunięty
Dotychczasowy § 2 pkt 27) nowy § 2 pkt 29)	suma ubezpieczenia z tytułu leczenia operacyjnego – określona w Katalogu Usług Medycznych maksymalna wartość świadczeń w 1 roku ochrony, wypłacanych Ubezpieczonemu w razie poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu operacyjnemu wymienionemu w Katalogu Usług Medycznych	[Zmiana numeracji punktu z 27) na 29)] suma ubezpieczenia z tytułu leczenia operacyjnego – określona w Katalogu Usług Medycznych maksymalna wysokość świadczeń dla wybranego wariantu w roku polisowym , wypłacanych Ubezpieczonemu w razie poddania się Ubezpieczonego leczeniu operacyjnemu określonemu w Katalogu Usług Medycznych

Dotychczasowy § 2 pkt 28) nowy § 2 pkt 30)	szpital – podmiot leczniczy udzielający zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa całodobowych świadczeń szpitalnych osobom, których stan zdrowia wymaga stałej, całodobowej obserwacji lub opieki lekarskiej i pielęgniarskiej; za szpital nie uznaje się domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarskiej, hospicjów onkologicznych, ośrodków leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych,	[Zmiana numeracji punktu z 28) na 30)] szpital – podmiot leczniczy udzielający zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa całodobowych świadczeń szpitalnych osobom, których stan zdrowia wymaga stałej, całodobowej obserwacji lub opieki lekarskiej i pielęgniarskiej; za szpital nie uznaje się domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarskiej, hospicjów , ośrodków leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych
Dotychczasowy § 2 pkt 29) nowy § 2 pkt 31)	teściowie – matka lub ojciec (w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego) osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dacie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa; za teściów Ubezpiezonego uznaje się również (jeżeli teściowa lub teść Ubezpiezonego nie żyją) osoby będące w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego: a) żoną teścia Ubezpiezonego lub wdową po teściu Ubezpiezonego, o ile po śmierci teścia Ubezpiezonego nie wstąpiła ponownie w związek małżeński, b) mężem teściowej Ubezpiezonego lub wdowcem po teściowej Ubezpiezonego, o ile po śmierci teściowej Ubezpiezonego nie wstąpił ponownie w związek małżeński	[Zmiana numeracji punktu z 29) na 31)] teściowie – matka lub ojciec (w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego) osoby, z którą Ubezpieczony Główny pozostaje w związku małżeńskim, w dacie wystąpienia zdarzenia objętego naszą odpowiedzialnością; za teściów Ubezpiezonego Głównego uznaje się również (jeżeli teściowa lub teść Ubezpiezonego Głównego nie żyją) osoby będące w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego: a) żoną teścia Ubezpiezonego Głównego lub wdową po teściu Ubezpiezonego Głównego , o ile po śmierci teścia Ubezpiezonego Głównego nie wstąpiła ponownie w związek małżeński, b) mężem teściowej Ubezpiezonego Głównego lub wdowcem po teściowej Ubezpiezonego Głównego , o ile po śmierci teściowej Ubezpiezonego Głównego nie wstąpił ponownie w związek małżeński
Dotychczasowy § 2 pkt 30) nowy § 2 pkt 32)	Ubezpieczający – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której ustawa przyznaje zdolność prawną, będąca stroną umowy ubezpieczenia	[Zmiana numeracji punktu z 30) na 32)] Ty/Ubezpieczający – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych lub osoba prawna, lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną, która zawarła z nami umowę ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU i zobowiązana jest do opłacenia składki ubezpieczeniowej
Dotychczasowy § 2 pkt 31) nowy § 2 pkt 33)	Ubezpieczony – osoba fizyczna, na rachunek której zawarto umowę ubezpieczenia: a) pracownik Ubezpieczającego (Ubezpieczony Główny), b) małżonek lub dzieci Ubezpiezonego Głównego – jeżeli umowa ubezpieczenia tak stanowi	[Zmiana numeracji punktu z 31) na 33)] Ubezpieczony – osoba fizyczna, na rachunek której zawarto umowę ubezpieczenia: a) pracownik Ubezpieczającego (Ubezpieczony Główny), b) małżonek lub dzieci Ubezpiezonego Głównego – jeżeli umowa ubezpieczenia tak stanowi, c) rodzice i teściowie Ubezpiezonego Głównego – jeżeli umowa ubezpieczenia tak stanowi
Dotychczasowy § 2 pkt 32) nowy § 2 pkt 34)	uraz układu kostno – stawowego – będące skutkiem nieszczęśliwego wypadku całkowite przerwanie ciągłości kości albo uszkodzenie, w którym dochodzi do utraty kontaktu powierzchni stawowych, przemieszczenia w torebce stawowej z towarzyszącym uszkodzeniem struktur wewnątrzstawowych (więzadeł, chrząstki, łąkotek) albo rozerwaniem torebki stawowej, potwierdzone badaniem radiologicznym, za uraz nie przyjmuje się skręcenia stawu/ów	[Zmiana numeracji punktu z 32) na 34)] uraz układu kostno - stawowego – całkowite przerwanie ciągłości kości albo uszkodzenie będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, w którym dochodzi do utraty kontaktu powierzchni stawowych, przemieszczenia w torebce stawowej z towarzyszącym uszkodzeniem struktur wewnątrzstawowych (więzadeł, chrząstki, łąkotek) albo rozerwaniem torebki stawowej, potwierdzone badaniem radiologicznym; za uraz układu kostno – stawowego nie przyjmuje się skręcenia stawu/ów
Dotychczasowy § 2 pkt 33) nowy § 2 pkt 35)	usługa medyczna – uzasadnione z medycznego punktu widzenia działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wymienione w Katalogu Usług Medycznych	[Zmiana numeracji punktu z 33) na 35)] usługa medyczna – uzasadnione z medycznego punktu widzenia działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia Ubezpiezonego oraz inne działania medyczne wymienione w Katalogu Usług Medycznych
Dotychczasowy § 2 pkt 34) nowy § 2 pkt 36)	usługi wspierające powrót do zdrowia – uzasadnione działania, których koszty i organizację ponosi Towarzystwo służące powrotowi do optymalnego stanu zdrowia Ubezpiezonego po zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego	[Zmiana numeracji punktu z 34) na 36)] usługi wspierające powrót do zdrowia – uzasadnione działania, które będziemy podejmować po zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego w celu zapewnienia optymalnego powrotu Ubezpiezonego do zdrowia, wymienione w Katalogu Usług Medycznych. W ramach tych działań ponosimy organizację i koszty, mające na celu wsparcie procesu rekonwalescencji Ubezpiezonego
Dotychczasowy § 2 pkt 35) nowy § 2 pkt 37)	wariant ubezpieczenia – wybrany przez Ubezpieczającego lub Ubezpiezonego Głównego zakres przysługujących mu w okresie ochrony świadczeń ubezpieczeniowych	[Zmiana numeracji punktu z 35) na 37)] wariant ubezpieczenia – wybrany przez Ciebie albo Ubezpiezonego Głównego zakres usług medycznych przysługujących Ubezpieczonemu w okresie ochrony ubezpieczeniowej, wymienionych w Katalogu Usług Medycznych

Dotychczasowy § 2 pkt 36) nowy § 2 pkt 38)	wizyta domowa – konsultacja lekarska udzielana przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku wystąpienia nagłego zachorowania i przy braku możliwości skorzystania z usługi medycznej u Partnera Medycznego. Wizyty domowe realizowane są w zakresie terytorialnym i w godzinach określonych przez Partnera Medycznego. Wizyty domowe nie obejmują medycznych czynności ratunkowych zgodnie z zapisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym	[Zmiana numeracji punktu z 36) na 38)] wizyta domowa – konsultacja lekarska udzielana przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku wystąpienia nagłego zachorowania Ubezpieczonego i przy braku możliwości skorzystania z usługi medycznej w placówce Partnera Medycznego . Wizyty domowe realizowane są w zakresie terytorialnym i w godzinach określonych przez Partnera Medycznego . Wizyta domowa ma na celu postawienie diagnozy i rozpoczęcie leczenia, natomiast kontynuacja leczenia, a także wizyty kontrolne odbywają się we wskazanych placówkach Partnera Medycznego. Decyzja o konieczności realizacji wizyty domowej podejmowana jest na podstawie przeprowadzonego wywiadu zdrowotnego podczas połączenia telefonicznego z Centrum Umawiania Wizyt . Wizyta domowa nie obejmuje medycznych czynności ratunkowych zgodnie z zapisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym
Dotychczasowy § 2 pkt 37) nowy § 2 pkt 39)	wizyta domowa po nieszczęśliwym wypadku – konsultacja lekarska udzielana przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku wystąpienia pogorszenia zdrowia wskutek nieszczęśliwego wypadku i przy braku możliwości skorzystania z usługi medycznej w placówce medycznej. Wizyty domowe realizowane są w zakresie terytorialnym i w godzinach określonych przez infolinię medyczną. Wizyty domowe nie obejmują medycznych czynności ratunkowych zgodnie z zapisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym	[Zmiana numeracji punktu z 37) na 39)] wizyta domowa w następstwie nieszczęśliwego wypadku – konsultacja lekarska udzielana przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku wystąpienia pogorszenia stanu zdrowia Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku i przy braku możliwości skorzystania z usługi medycznej w placówkach Partnera Medycznego . Wizyty domowe w następstwie nieszczęśliwego wypadku realizowane są w zakresie terytorialnym i w godzinach określonych przez Centrum Umawia Wizyt . Wizyty domowe nie obejmują medycznych czynności ratunkowych zgodnie z zapisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym
Dotychczasowy § 2 pkt 38)	zachowawcze leczenie stomatologiczne – usługa medyczna świadczona przez lekarza dentystę polegająca na leczeniu skutków próchnicy zębów wraz z leczeniem ubytków w zębach przez nią spowodowanych	Przepis usunięty
Dotychczasowy § 2 pkt 39)	zachorowanie – wystąpienie u Ubezpieczonego, w zależności od posiadanego wariantu ochrony: hospitalizacji kardiologicznej, udaru mózgu, choroby nowotworowej, leczenia operacyjnego	Przepis usunięty
§ 2 pkt 40)	zdarzenie ubezpieczeniowe – skorzystanie przez Ubezpieczonego z usługi medycznej lub zachorowanie zgodnie z posiadanym wariantem ubezpieczenia	zdarzenie ubezpieczeniowe – występująca w okresie ochrony ubezpieczeniowej choroba lub stan zdrowia Ubezpieczonego uzasadniające wykonanie na rzecz Ubezpieczonego usługi medycznej lub usługi wspierającej powrót do zdrowia wymienionej w Katalogu Usług Medycznych. Usługi te muszą być zgodne z zakresem ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego
§ 3 ust. 1-5	1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. 2. Towarzystwo, na podstawie niniejszych OWU, udziela Ubezpieczonym ochrony ubezpieczeniowej w zakresie: 1) organizacji, udostępnienia oraz pokrycia kosztów usług medycznych realizowanych u Partnerów Medycznych, 2) zwrotu kosztów (refundacji) usług medycznych zrealizowanych przez Ubezpieczonego poza siecią Partnerów Medycznych, 3) usług infolinii medycznej, 4) organizacji, udostępnienia oraz pokrycia kosztów usług wspierających powrót do zdrowia. 3. Szczegółowy wykaz usług medycznych i usług wspierających powrót do zdrowia przysługujących Ubezpieczonym, w ramach wybranych wariantów ubezpieczenia, wraz z maksymalną wysokością refundacji i limitami, określa Katalog Usług Medycznych. 4. Zakres ubezpieczenia wskazany w niniejszych OWU obejmuje usługi medyczne świadczone na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w okresie ubezpieczenia. 5. Zakres ubezpieczenia wskazany jest w polisie.	[W dotychczasowym ustępie nr 1 usunięto numerację] Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego. [Przepisy dotychczasowych ustępów od 2 do 5 zostały usunięte]
§ 4 ust. 1-4	1. Podstawowy zakres ubezpieczenia obejmuje leczenie ambulatoryjne. 2. Za opłatą dodatkowej składki do zakresu podstawowego mogą zostać włączone zakresy dodatkowe. 3. Dodatkowe zakresy ubezpieczenia obejmują: 1) leczenie operacyjne, 2) rehabilitację, 3) leczenie stomatologiczne, wraz z wskazanymi w Katalogu Usług Medycznych usługami wspierającymi powrót do zdrowia. 4. Ubezpieczający wskazuje we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wybrane zakresy ubezpieczenia i jego warianty.	1. Podstawowy zakres ubezpieczenia, w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, obejmuje prawo do korzystania w okresie naszej odpowiedzialności, z usług medycznych wyszczególnionych w Rozdziale I Katalogu Usług Medycznych. 2. Za opłatą dodatkowej składki ubezpieczeniowej, podstawowy zakres ubezpieczenia, z wyłączeniem wariantów PERŁOWY i PERŁOWY PLUS, może zostać rozszerzony o dodatkowy zakres ubezpieczenia określony w Rozdziale II Katalogu Usług Medycznych obejmujący: 1) leczenie operacyjne wraz z usługami wspierającymi powrót do zdrowia, 2) rehabilitację, 3) leczenie stomatologiczne, 4) zwrot kosztów usługi medycznej (refundację). 3. Zakres ubezpieczenia obejmuje teren RP. 4. Wybrany przez Ciebie zakres ubezpieczenia określony jest w polisie oraz Katalogu Usług Medycznych.
§ 5 ust.1 pkt 12), dotychczas brak przepisu w pkt 15)	Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pokrycia kosztów usług medycznych wykonanych z powodu lub w następstwie: (...) 12) stosowania leków niedopuszczonych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, (...)	Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje usług medycznych, jeżeli są one następstwem poniższych okoliczności: (...) 12) stosowania leków niedopuszczonych na terenie RP , (...) 15) kiedy wykonanie usługi medycznej nie było uzasadnione z medycznego punktu widzenia

§ 5 ust. 2-3	2. Z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone jest także udzielenie usługi medycznej i pokrycie kosztów usługi medycznej nieuzasadnionej z medycznego punktu widzenia i/lub nie wykazanej w Katalogu Usług Medycznych dla danego wariantu ubezpieczenia. 3. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci składki zgodnie z postanowieniami § 6 ust. 6 za kolejny okres ubezpieczenia Ubezpieczonym przysługują jedynie świadczenia w zakresie opisanym w § 3 ust. 2 pkt 2).	2. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje usług medycznych w sytuacjach zagrożenia życia, wymagających działań w trybie nagłym, wchodzących w zakres medycznej pomocy doraźnej realizowanej przez podstawowe i specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego, zgodnie z zapisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. 3. Mamy prawo odmówić pokrycia kosztów usługi medycznej objętej zakresem ubezpieczenia, jeśli nie została ona potwierdzona przez nas lub nie zostało przesłane nam wymagane skierowanie lub e-skierowanie.
§ 6 ust. 1	Składkę ubezpieczeniową ustala się odrębnie dla każdego wariantu ubezpieczenia w jednakowej wysokości dla wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach danego wariantu ubezpieczenia. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy od stopnia ryzyka jakie poniesie Towarzystwo po rozpoczęciu odpowiedzialności ubezpieczeniowej oraz kosztów zawarcia i obsługi ubezpieczenia. Składka ubezpieczeniowa wyliczana jest zgodnie z zasadami matematyki aktuarialnej, na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawierania umowy ubezpieczenia.	Składkę ubezpieczeniową określimy odrębnie dla każdego wariantu ubezpieczenia i opcji, w jednakowej wysokości dla wszystkich Ubezpieczonych obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w danym wariantcie i opcji ubezpieczenia.
§ 6 ust. 2 (nowy)	Brak przepisu	Wysokość składki ubezpieczeniowej uzależnimy od stopnia ryzyka jakie poniesiemy po rozpoczęciu odpowiedzialności ubezpieczeniowej oraz kosztów zawarcia i obsługi ubezpieczenia. Składkę ubezpieczeniową wyliczymy zgodnie z zasadami matematyki aktuarialnej, na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawierania umowy ubezpieczenia.
Dotychczasowy § 6 ust. 2 nowy § 6 ust. 3	Przy kalkulacji wysokości składki ubezpieczeniowej uwzględnia się: 1) zakres ochrony ubezpieczeniowej, 2) wiek Ubezpieczonych, 3) wielkość grupy, 4) częstotliwość opłacania składki, 5) dotychczasowy przebieg ubezpieczenia (w przypadku rocznicy polisy), 6) inne czynniki mające wpływ na ryzyko ponoszone przez Towarzystwo m.in. region korzystania ze świadczeń, rodzaj prowadzonej przez Ubezpieczającego działalności gospodarczej, koszty usług medycznych.	[Zmiana numeracji ustępu z 2 na 3] Wysokość składki ubezpieczeniowej obliczymy za okres, w którym poniesiemy odpowiedzialność z tytułu ochrony ubezpieczeniowej, na podstawie: 1) zakresu ochrony ubezpieczeniowej, 2) wieku Ubezpieczonych, 3) ptci Ubezpieczonych, 4) wielkości grupy, 5) dotychczasowego przebiegu ubezpieczenia (w przypadku rocznicy polisy), 6) innych wskaźników korygujących określonych w taryfie składek mających wpływ na zwiększenie ponoszonego przez nas ryzyka.
Dotychczasowy § 6 ust. 3 nowy § 6 ust. 4	Wysokość składki ubezpieczeniowej dla danej umowy ubezpieczenia stanowi suma iloczynów składki ubezpieczeniowej za dany wariant ubezpieczenia oraz liczby Ubezpieczonych Głównych objętych ochroną w ramach danego wariantu ubezpieczenia.	[Zmiana numeracji ustępu z 3 na 4] Wysokość składki ubezpieczeniowej dla danej umowy ubezpieczeniowej będzie stanowiła sumę iloczynów składki ubezpieczeniowej za dany wariant i opcję ubezpieczenia oraz liczby Ubezpieczonych Głównych objętych ochroną w ramach danego wariantu ubezpieczenia.
Dodano nowy § 7 ust. 1-6, dotychczas przepisy znajdowały się w § 6 ust.4-9	4. Składka ubezpieczeniowa opłacana jest z częstotliwością wskazaną na polisie. 5. Składkę ubezpieczeniową opłaca się przelewem na rachunek bankowy Towarzystwa. 6. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składek ubezpieczeniowych za wszystkich Ubezpieczonych w terminie do 20 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, za który składka ubezpieczeniowa jest należna, z zastrzeżeniem § 10 ust. 2. 7. Za dzień zapłaty uważa się dzień dokonania zlecenia przelewu na właściwy rachunek Towarzystwa, pod warunkiem że na rachunku Ubezpieczającego znajdowała się wystarczająca ilość środków pozwalająca na zrealizowanie zlecenia. W odmiennym przypadku za dzień zapłaty uznaje się dzień wpływu kwoty składki na rachunek Towarzystwa. 8. Wraz ze składką ubezpieczeniową, Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Towarzystwu, wykazu Pracowników obejmowanych ubezpieczeniem. 9. W przypadku ustania ochrony ubezpieczeniowej przed zakończeniem okresu ubezpieczenia, Towarzystwo na wniosek Ubezpieczającego, dokona zwrotu części składki ubezpieczeniowej przypadającej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.	1. Składka ubezpieczeniowa płatna jest z częstotliwością miesięczną. 2. Termin opłacenia składki ubezpieczeniowej wskażemy w polisie. 3. Składkę ubezpieczeniową wpłacasz przelewem na nasz rachunek bankowy wskazany w polisie. 4. Masz obowiązek opłacać składkę ubezpieczeniową za wszystkich Ubezpieczonych w terminie do 20 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, za który składka ubezpieczeniowa jest należna, z zastrzeżeniem § 16 ust. 1. 5. Za dzień zapłaty składki uznamy dzień dokonania przez Ciebie zlecenia przelewu lub złożenia polecenia zapłaty w banku lub w urzędzie pocztowym, na właściwy rachunek. Jeżeli na Twoim rachunku nie znajdowała się wystarczająca ilość środków pozwalająca na zrealizowanie zlecenia, za dzień zapłaty uznamy dzień wpływu składki na nasz rachunek. 6. Wraz ze składką jesteś zobowiązany do przekazywania nam w terminie określonym w ust. 4 wykazu Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową.
Dotychczasowy § 7 ust. 1-2 otrzymał numerację § 8 ust. 1-2	1. Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia jest złożenie przez Ubezpieczającego na formularzu Towarzystwa wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. 2. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia Towarzystwo, na podstawie danych zawartych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, dokonuje oceny poziomu ryzyka ubezpieczeniowego. Wyznaczenie poziomu ryzyka ubezpieczeniowego polega na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych objętych zakresem ubezpieczenia.	[Zmiana numeracji paragrafu z 7 na 8] 1. Umowę ubezpieczenia zawrzemy z Tobą pod warunkiem złożenia przez Ciebie, prawidłowo wypełnionego na naszym formularzu, wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. 2. Przed akceptacją wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, dokonamy oceny poziomu ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie udzielonych przez Ciebie informacji. Wyznaczenie poziomu ryzyka ubezpieczeniowego będzie polegało na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych objętych zakresem ubezpieczenia.

Dotychczasowy § 7 ust. 3 otrzymał numerację § 8 ust. 3	W przypadku stwierdzenia podwyższonego poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, wynikającego z wyższego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia, zawarcia jej na warunkach odbiegających od wnioskowanych przez Ubezpieczającego, lub zaproponowania zawarcia umowy ubezpieczenia na zasadach odbiegających od wnioskowanych poprzez zmianę zakresu ubezpieczenia.	[Zmiana numeracji paragrafu z 7 na 8] W przypadku stwierdzenia przez nas podwyższonego poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, wynikającego z wyższego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych, zastrzegamy sobie prawo do odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia, zawarcia jej na warunkach odbiegających od wnioskowanych przez Ciebie lub zaproponowania Tobie zawarcia umowy ubezpieczenia na zasadach odbiegających od wnioskowanych poprzez zmianę zakresu ubezpieczenia lub wysokości składki ubezpieczeniowej.
Dotychczasowy § 7 ust. 4 otrzymał numerację § 8 ust. 4	Jeżeli strony nie umówią się inaczej, do zawarcia umowy dochodzi z chwilą akceptacji przez Towarzystwo wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 6–8.	[Zmiana numeracji paragrafu z 7 na 8] Jeżeli nie umówimy się z Tobą inaczej, do zawarcia umowy ubezpieczenia dojdzie z chwilą spełnienia poniższych warunków: a) akceptacji przez nas wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i b) opłacenia przez Ciebie składki ubezpieczeniowej w terminie wskazanym w § 16 ust. 1, z zastrzeżeniem postanowień ust. 6–8.
Dotychczasowy § 7 ust. 5 otrzymał numerację § 8 ust. 5	Na dowód zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wystawia polisę.	[Zmiana numeracji paragrafu z 7 na 8] Zawarcie umowy ubezpieczenia jest potwierdzane poprzez wystawienie polisy.
Dotychczasowy § 7 ust. 6 otrzymał numerację § 8 ust. 6	Jeżeli polisa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, Towarzystwo zobowiązane jest zwrócić na to Ubezpieczającemu uwagę na piśmie przy doręczeniu polisy, wyznaczając mu co najmniej siedmiodniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku przez Towarzystwo, zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego nie są skuteczne, a umowa ubezpieczenia jest zawarta zgodnie z warunkami oferty.	[Zmiana numeracji paragrafu z 7 na 8] Jeżeli polisa będzie zawierać postanowienia odbiegające na niekorzyść Twoją lub Ubezpieczonego od treści złożonej oferty, mamy obowiązek poinformować Cię o tym na piśmie, przekazać Ci polisę i wyznaczyć minimum 7-dniowy termin do zgłoszenia przez Ciebie sprzeciwu. Jeśli tego nie zrobimy, zmiany dokonane na niekorzyść Twoją lub Ubezpieczonego są nieskuteczne, a umowa ubezpieczenia zostanie zawarta zgodnie z warunkami złożonej oferty.
Dotychczasowy § 7 ust. 7 otrzymał numerację § 8 ust. 7	W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 6, uważa się, że umowa doszła do skutku zgodnie z treścią polisy, od następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.	[Zmiana numeracji paragrafu z 7 na 8] Jeśli nie zgłosisz nam sprzeciwu, o którym mowa w ust. 6, uznamy, że umowa ubezpieczenia została zawarta zgodnie z treścią polisy od dnia następnego po upływie terminu wyznaczonego Ci do złożenia sprzeciwu.
Dotychczasowy § 7 ust. 8 otrzymał numerację § 8 ust. 8	W przypadku zgłoszenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu, o którym mowa w ust. 6, uważa się że umowa ubezpieczenia nie doszła do skutku, a odpowiedzialność Towarzystwa nie rozpoczęła się, chyba że strony dojdą do porozumienia co do warunków umowy ubezpieczenia. W przypadku niedojścia do skutku umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu dokonane wpłaty na poczet składek ubezpieczeniowych.	[Zmiana numeracji paragrafu z 7 na 8] Jeśli zgłosisz nam sprzeciw, o którym mowa w ust. 6, uznamy, że umowa ubezpieczenia nie doszła do skutku, a nasza odpowiedzialność nie rozpoczęła się, chyba że porozumiemy się co do warunków umowy ubezpieczenia. Jeśli umowa ubezpieczenia nie dojdzie do skutku, zwrócimy Ci wpłatę na poczet składki ubezpieczeniowej.
Dodano nowy § 9 i 10, dotychczas przepisy znajdowały się w § 8	Brak przepisu	§ 9 Ile czasu trwa umowa ubezpieczenia? Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony. § 10 Jak postępujemy w przypadku rocznicy polisy? 1. Najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy, każda ze stron umowy ubezpieczenia może złożyć oświadczenie o rozwiązaniu umowy ubezpieczenia z końcem miesiąca poprzedzającego rocznicę polisy lub o gotowości kontynuowania umowy na zmienionych warunkach. 2. Strona, która zamierza kontynuować umowę ubezpieczenia na zmienionych warunkach, przesyła drugiej stronie, w terminie określonym w ust. 1, propozycję zmienionych warunków. 3. W przypadku wyrażenia zgody na zmianę warunków przez drugą stronę, zmienione warunki umowy ubezpieczenia będą miały zastosowanie od dnia rocznicy polisy pod warunkiem opłacenia uzgodnionej składki ubezpieczeniowej zgodnie z § 7 ust. 4, chyba że umówimy się inaczej.

		4. W przypadku złożenia przez którąkolwiek ze stron, w terminie określonym w ust. 1, oświadczenia o rozwiązaniu umowy ubezpieczenia z końcem miesiąca poprzedzającego rocznicę polisy lub o niewyrażeniu zgody na kontynuację umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach i nie dojściu do porozumienia co do warunków kontynuowania umowy ubezpieczenia, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z ostatnim dniem miesiąca poprzedzającym rocznicę polisy. 5. W przypadku braku Twojej odpowiedzi na propozycję zmiany warunków w wyznaczonym terminie, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z końcem miesiąca poprzedzającego rocznicę polisy.
Dotychczasowy § 9 ust. 1 otrzymał numerację § 11 ust. 1	Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia doręczenia mu przez Towarzystwo dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia, przez złożenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.	[Zmiana numeracji paragrafu z 9 na 11] Możesz odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia, składając nam oświadczenie na piśmie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia.
Dotychczasowy § 9 ust. 2 otrzymał numerację § 11 ust. 2	W przypadku nieopłacenia w terminie kolejnej składki ubezpieczeniowej, a także w przypadku opłacenia składki w niepełnej wysokości, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki lub jej brakującej części, wyznaczając w tym celu dodatkowy termin 7 dni. W wezwaniu do zapłaty Towarzystwo powiadomi Ubezpieczającego o skutkach, o których mowa w ust. 3.	[Zmiana numeracji paragrafu z 9 na 11] W razie ujawnienia okoliczności, która istotnie zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, obie strony, Ty, jako Ubezpieczający, i my, jako Towarzystwo, mogą żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki. Zmiany tej można żądać od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku kolejnego miesiąca ochrony ubezpieczeniowej. Jeśli jedna ze stron zgłosi takie żądanie, druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.
Dotychczasowy § 9 ust. 3 otrzymał numerację § 11 ust. 3	Jeżeli kolejna składka lub brakująca część składki nie zostaną opłacone w dodatkowym terminie wskazanym w ust. 2, umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym upłynął dodatkowy termin wskazany w ust. 2. W przypadku uiszczenia jedynie części składki, Towarzystwo zwróci część składki ubezpieczeniowej przypadającej za okres, w którym nie świadczyło ochrony ubezpieczeniowej.	[Zmiana numeracji paragrafu z 9 na 11] W przypadku, gdy warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia było przystąpienie co najmniej czterech Ubezpieczonych Głównych, a w trakcie trwania umowy liczba Ubezpieczonych Głównych spadnie poniżej czterech, przysługuje nam prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia ze skutkiem na koniec miesiąca, w którym informację tę powzięliśmy.
Dotychczasowy § 9 ust. 4 otrzymał numerację § 11 ust. 4	W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa zdarzenia, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak, niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania, druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.	[Zmiana numeracji paragrafu z 9 na 11] Jeżeli nie opłacisz kolejnej składki ubezpieczeniowej w terminie, a także gdy opłacisz ją w niepełnej wysokości, wezwiemy Ciebie do jej zapłaty. W tym celu wyznaczymy w wezwaniu do zapłaty dodatkowy termin 7 dni. Jeśli w dodatkowym terminie nie opłacisz kolejnej składki lub jej brakującej części uznamy umowę ubezpieczenia za wypowiedzianą przez Ciebie ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca, w którym upłynął dodatkowy termin 7 dni. W przypadku opłacenia jedynie części składki, zwrócimy część składki ubezpieczeniowej przypadającej za okres, w którym nie świadczyliśmy ochrony ubezpieczeniowej.
Dotychczasowy § 9 ust. 5 otrzymał numerację § 11 ust. 5	Wypowiedzenie umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej za okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa.	[Zmiana numeracji paragrafu z 9 na 11] Umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana przez Ciebie w każdym czasie jej obowiązywania, z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia, który skutkuje rozwiązaniem umowy na koniec miesiąca następującego po miesiącu, w którym otrzymaliśmy oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia.
Dotychczasowy § 9 ust. 6 otrzymał numerację § 11 ust. 6	Na wniosek Ubezpieczającego, umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana w każdym momencie trwania, z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca następującego po miesiącu, w którym doręczono Towarzystwu wniosek o rozwiązanie umowy ubezpieczenia.	[Zmiana numeracji paragrafu z 9 na 11] W razie Twojego wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, ponowne zawarcie umowy ubezpieczenia możliwe jest po upływie 6 miesięcy, liczonych od ostatniego dnia trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej, chyba że wyrazimy zgodę na wcześniejsze zawarcie umowy ubezpieczenia.
Nowy § 11 ust. 6	Brak przepisu	Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ciebie z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej należnej za okres trwania naszej odpowiedzialności.
Rozdział V	CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA	WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO UMOWY UBEZPIECZENIA

Dotychczasowe zapisy § 10 - § 13 zastąpiono § 12	§ 10. (rozpoczęcie odpowiedzialności Towarzystwa) - Odpowiedzialność Towarzystwa wobec Ubezpieczonych rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca, następującego po zawarciu umowy ubezpieczenia i opłaceniu składki należnej za pierwszy miesięczny okres ochrony za wszystkich Ubezpieczonych. - Jeżeli zawarcie umowy lub zapłacenie składki nastąpi po 25 dniu miesiąca poprzedzającego wnioskowaną datę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, ochrona ubezpieczeniowa rozpocznie się miesiąc później, chyba, że strony postanowią inaczej. § 11. (obejmowanie ubezpieczeniem) - Ubezpieczony może zostać objęty ubezpieczeniem: - w przypadku, o którym mowa w § 10, pod warunkiem złożenia deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia nie później niż do 25 dnia miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie ochrony, - w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 12 ust. 2, z początkiem każdego kolejnego miesiąca trwania ubezpieczenia pod warunkiem złożenia deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia nie później niż do 20 dnia miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie ochrony oraz opłacenia w terminie należnej składki. - Ubezpieczonym Głównym może zostać osoba będąca pracownikiem Ubezpieczającego w rozumieniu niniejszych OWU. Warunkiem objęcia ubezpieczeniem pracownika jest jego pozostawanie w stosunku pracy z Ubezpieczającym (lub pozostawanie w ramach innej umowy lub więzi wynikającej z definicji pracownika wskazanej w niniejszych OWU) w dacie składania deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia. - Towarzystwo ma prawo do weryfikacji, czy osoba zgłoszona do ubezpieczenia jako Ubezpieczony Główny jest pracownikiem w rozumieniu niniejszych OWU. W tym celu Towarzystwo może zwracać się do Ubezpieczającego o przedstawienie dokumentacji i wyjaśnień niezbędnych do potwierdzenia faktu zatrudnienia. - Ochroną ubezpieczeniową mogą zostać objęci Ubezpieczony Główny wraz z małżonkiem i dziećmi Ubezpiezonego Głównego w opcji rodzinnej lub Ubezpieczony Główny wraz z małżonkiem w opcji partnerskiej, lub Ubezpieczony Główny wraz z dzieckiem Ubezpiezonego Głównego w opcji partnerskiej, jeżeli umowa ubezpieczenia tak stanowi, pod warunkiem złożenia deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia grupowego. - Za zgodą Towarzystwa ubezpieczeniem mogą zostać objęci rodzice i teściowie Ubezpiezonego Głównego w ramach dedykowanego wariantu ubezpieczenia. - Towarzystwo ma prawo do weryfikacji, czy osoba zgłoszona do ubezpieczenia jako dziecko, małżonek, rodzic lub teść Ubezpiezonego Głównego spełnia zapisy określone odpowiednio w § 2 ust. 4, 12, 24 i 29. W tym celu Towarzystwo może zwracać się do Ubezpiezonego Głównego o przedstawienie dokumentacji i wyjaśnień niezbędnych do potwierdzenia związków rodzinnych lub wspólnego prowadzenia gospodarstwa domowego, wspólnego zamieszkiwania. - Towarzystwo może uzależnić objęcie ochroną danej osoby od udzielenia odpowiedzi na pytania dotyczące aktualnego stanu zdrowia, przebytych chorób, wykonywanego zawodu i prowadzonego stylu życia. - Ubezpieczeniem mogą zostać objęte osoby, które w dniu składania deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyły 67 roku życia. - Postanowienia ust. 8 nie dotyczą Ubezpieczonych Głównych i sytuacji gdy Towarzystwo zaoferowało wariant dedykowany rodzicom i teściom Ubezpiezonego Głównego. - W przypadku rezygnacji z ubezpieczenia przez Ubezpiezonego, ponowne objęcie ubezpieczeniem w ramach tej samej umowy ubezpieczenia będzie możliwe za zgodą Towarzystwa nie wcześniej niż po upływie 12 miesięcy od dnia złożenia rezygnacji przez Ubezpiezonego. § 12. (warianty i opcje ubezpieczenia, możliwość zmiany) - W przypadku gdy u Ubezpieczającego, w tym samym czasie, obowiązuje więcej niż jeden wariant ubezpieczenia Ubezpieczeni mogą za zgodą Ubezpieczającego dokonywać wyboru jednego z obowiązujących wariantów ubezpieczenia. - Przystąpienie do ubezpieczenia i wybór wariantu oraz opcji następuje w ciągu 2 miesięcy od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, lub 2 miesięcy od dnia rozpoczęcia pracy u danego Ubezpieczającego, lub 2 miesięcy od spełnienia warunków objęcia ochroną w danym wariantcie lub opcji określonych przez Ubezpieczającego. - Ponowna zmiana wariantu jest możliwa nie wcześniej niż po 12 miesiącach od daty wyboru wariantu. - Zmiana opcji z indywidualnej na rodzinną jest możliwa w ciągu 2 miesięcy od dnia urodzenia dziecka, lub zawarcia związku małżeńskiego. - Zmiana wariantu i/lub opcji, o której mowa w ust. 2 i 4, nastąpi z początkiem najbliższego miesiąca, następującego po dniu złożenia przez Ubezpiezonego wniosku w tym zakresie. - Zmiana wariantu nastąpi pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej w wysokości właściwej dla wybranego wariantu i opcji oraz pod warunkiem, że Ubezpieczony spełnia warunki do objęcia wybranym wariantem i opcją. § 13. (czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa) - Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpiezonego trwa przez okres jednego miesiąca kalendarzowego i automatycznie zostaje przedłużona na każdy kolejny miesiąc kalendarzowy pod warunkiem uiszczenia każdorazowo składki zgodnie z postanowieniem § 6 ust. 6, z zastrzeżeniem postanowień § 11 i ust. 2. - Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się: - z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w trybie określonym w § 9 ust. 1 - w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych, - z dniem upływu okresu wypowiedzenia w trybie określonym w § 9 ust. 3 – w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych, - z dniem rozwiązania umowy w trybie określonym w § 9 ust. 6 oraz § 8 ust. 2 - w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych,	[Przepisy dotychczasowych paragrafów od 10 do 13 zostały zastąpione przepisami ujętymi w paragrafie 12] § 12 Jakie warunki należy spełnić, aby przystąpić do ubezpieczenia i kogo obejmiemy ochroną ubezpieczeniową? - Pracownik może przystąpić do umowy ubezpieczenia: - od pierwszego dnia miesiąca następującego po zawarciu umowy ubezpieczenia albo od dnia wskazanego w polisie jako początek naszej odpowiedzialności, albo - w terminie 2 miesięcy licząc od: - dnia wskazanego w ust. 1 pkt 1), - pierwszego dnia zatrudnienia pracownika u Ciebie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, - spełnienia warunków objęcia ochroną w danym wariantcie ubezpieczenia lub opcji ubezpieczenia - określonych przez Ciebie lub przez nas. - Pracownicy, którzy nie przystąpili do ubezpieczenia w terminach określonych w ust. 1, mają możliwość przystąpienia do ubezpieczenia tylko w dacie rocznicy polisy. - Do umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba, która w dacie podpisania deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia nie przebywa w hospicjum, placówce dla przewlekłe chorych, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, nie posiada uprawnień do otrzymywania świadczeń rehabilitacyjnych oraz nie jest uznana za niezdolną do pracy lub służby orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym. - Ubezpieczonym Głównym może zostać osoba będąca Twoim pracownikiem w dacie składania deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia. - Mamy prawo do weryfikacji, czy osoba przystępująca do ubezpieczenia jako Ubezpieczony Główny jest Twoim pracownikiem. Możemy zwrócić się do Ciebie o przedstawienie nam dokumentacji i wyjaśnień potwierdzających zatrudnienie tej osoby oraz spełnienie przez nią warunków objęcia ochroną ubezpieczeniową. - Za naszą zgodą, rodzice i teściowie Ubezpiezonego Głównego mogą zostać objęci ochroną ubezpieczeniową w ramach dedykowanego dla nich wariantu ubezpieczenia, o ile umowa ubezpieczenia przewiduje taki wariant. - W przypadku naszej zgody na objęcie rodziców lub teściów Ubezpiezonego Głównego dedykowanym wariantem ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 6 mają oni możliwość przystąpienia do umowy ubezpieczenia w ciągu 2 miesięcy licząc od: - daty objęcia ochroną Ubezpiezonego Głównego, albo - daty zawarcia związku małżeńskiego przez Ubezpiezonego Głównego – w odniesieniu do teściów Ubezpiezonego Głównego. - Mamy prawo do weryfikacji, czy osoba zgłoszona do ubezpieczenia jako dziecko, małżonek, rodzice lub teściowie Ubezpiezonego Głównego spełnia warunki określone odpowiednio w § 2 pkt 4), pkt 13), pkt 26) i pkt 30). W tym celu możemy zwracać się do Ubezpiezonego Głównego o przedstawienie dokumentacji i wyjaśnień niezbędnych do potwierdzenia warunków objęcia ochroną ubezpieczeniową tych osób. - Możemy uzależnić objęcie danej osoby ochroną ubezpieczeniową od stanu jej zdrowia, przebytych chorób, wykonywanego zawodu, uprawianych sportów, hobby, na podstawie udzielonych przez nią w tym zakresie odpowiedzi. - W przypadku wystąpienia Ubezpiezonego z ubezpieczenia, ponowne przystąpienie do tej samej umowy ubezpieczenia będzie możliwe wyłącznie za naszą zgodą, nie wcześniej niż po upływie 12 miesięcy od dnia ustania ochrony ubezpieczeniowej.
--	---	---

	4) z końcem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony Główny utracił status pracownika - w stosunku do danego Ubezpieczonego i członków jego rodziny, 5) z końcem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony będący dzieckiem Ubezpieczonego Głównego ukończył 25 rok życia - w stosunku do danego Ubezpieczonego, 6) z końcem miesiąca kalendarzowego, w którym do Towarzystwa wpłynął wniosek Ubezpieczonego Głównego o rezygnacji z ubezpieczenia grupowego - w stosunku do danego Ubezpieczonego Głównego, 7) z dniem śmierci Ubezpieczonego - w stosunku do danego Ubezpieczonego. 3. Zakończenie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego Głównego jest równoznaczne z zakończeniem odpowiedzialności w stosunku do Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową wraz z Ubezpieczonym Głównym, przy czym w przypadku śmierci Ubezpieczonego Głównego, ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową wraz z Ubezpieczonym Głównym trwa do końca okresu, za który została opłacona składka.	
Rozdział VI	REALIZACJA ŚWIADCZENIA	WYBÓR WARIANTU I OPCJI UBEZPIECZENIA
Dotychczasowe zapisy § 14 - § 17 zastąpiono zapisami § 13 - § 15	§ 14. (realizacja świadczeń w placówkach Partnerów Medycznych) 1. Usługi medyczne realizowane są w placówkach Partnerów Medycznych, po wcześniejszym umówieniu usług za pośrednictwem Centrum Umawiania Wizyt - telefonicznie pod numerem +48 801 005 777 lub za pośrednictwem strony www.saltus.pl i aplikacji mobilnej. 2. Konsultant Centrum Umawiania Wizyt ustala miejsce i termin wizyty z uwzględnieniem zakresu usług medycznych oferowanych przez poszczególnych Partnerów Medycznych na wskazanym terenie, w możliwie najbliższym i dogodnym dla Ubezpieczonego terminie, który: a) w przypadku lekarza internisty, pediatry, lekarza rodzinnego nie powinien przekraczać 48 godzin, b) w przypadku lekarzy pozostałych specjalności nie powinien przekraczać 7 dni roboczych, c) w przypadku konieczności dostępu do usług medycznych z przyczyn nagłych, powinien być możliwie najkrótszy. 3. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do określenia własnych preferencji dotyczących wskazania: lokalizacji placówki, terminu konsultacji lub lekarza w ramach sieci Partnerów Medycznego. 4. W przypadku realizacji preferencji Ubezpieczonego, o których mowa w ust. 3, nie obowiązują parametry dostępności określone w ust. 2, a terminy ustalane są indywidualnie, z uwzględnieniem dostępności danej usługi medycznej. 5. Przed skorzystaniem z usługi medycznej w placówce Partnera Medycznego, Ubezpieczony zobowiązany jest okazać ważny dokument ze zdjęciem, potwierdzający tożsamość. 6. Koszt usług medycznych umówionych za pośrednictwem Centrum Umawiania Wizyt lub za pośrednictwem strony www.saltus.pl ponosi Towarzystwo. § 15. (realizacja świadczeń poza siecią Partnerów Medycznych) 1. Jeżeli wybrany wariant ubezpieczenia obejmuje zwrot kosztów usług medycznych, zrealizowanych poza siecią Partnerów Medycznych, po opłaceniu i wykonaniu usługi w celu uzyskania zwrotu poniesionych kosztów, Ubezpieczony jest zobowiązany przestać do Towarzystwa imienną fakturę lub rachunek za te usługi wystawioną na Ubezpieczonego wraz z wypełnionym formularzem zgłoszenia roszczenia, w terminie 30 dni od daty wystawienia faktury lub rachunku. 2. W przypadku opisanym w ust. 1, zwrot całości lub części kosztów usług medycznych zostanie dokonany na rachunek bankowy Ubezpieczonego, podany we wniosku o zwrot kosztów. § 16. (wymagane dokumenty) 1. W celu ustalenia rozmiarów szkody i wysokości świadczenia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo weryfikacji wszelkich dokumentów, dotyczących zaistniałego zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym zachorowania. 2. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia z tytułu zwrotu całości lub części kosztów usług medycznych, zrealizowanych poza siecią Partnerów Medycznych, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu, następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia: 1) zgłoszenie roszczenia na formularzu Towarzystwa, 2) imienną fakturę lub rachunek wystawiony na rzecz Ubezpieczonego za zrealizowaną usługę medyczną. 3. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia z tytułu leczenia operacyjnego, Ubezpieczony winien przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia: 1) zgłoszenie roszczenia na formularzu Towarzystwa, 2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową ze szpitala, wydaną przez lekarza prowadzącego, 3) imienne faktury lub rachunki wystawione na rzecz Ubezpieczonego za zrealizowane usługi medyczne. 4. W przypadku konieczności skorzystania z badania diagnostycznego Towarzystwo wymaga przestania kopii lub skanu skierowania lekarskiego na daną usługę medyczną. 5. W przypadku konieczności skorzystania z usługi medycznej wizyty domowej po nieszczęśliwym wypadku Towarzystwo może wymagać przestania kopii lub skanu dokumentacji potwierdzającej wystąpienie nieszczęśliwego wypadku. 6. Wymagane dokumenty można przesyłać rekomendowanymi kanałami komunikacji z Towarzystwem: 1) pocztą tradycyjną na adres: SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, 2) po zalogowaniu na Konto Klienta na stronie https://pacjent.saltus.pl/Account/LogIn i w aplikacji mobilnej, 3) poczty elektronicznej na adres: zdrowie@saltus.pl, 4) MMS na numer Towarzystwa, 661 005 195, podając dane umożliwiające identyfikację ubezpieczonego.	[Przepisy dotychczasowych paragrafów od 14 do 17 zostały zastąpione przepisami ujętymi w paragrafach od 13 do 15] § 13 Kto i w jakich okolicznościach może dokonać wyboru wariantu ubezpieczenia lub opcji ubezpieczenia? 1. Pracownik dokonuje wyboru wariantu ubezpieczenia oraz opcji ubezpieczenia przy składaniu deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia. 2. W przypadku, gdy w tym samym czasie umowa ubezpieczenia obejmuje więcej niż jeden wariant ubezpieczenia albo więcej niż jedną opcję ubezpieczenia, Ubezpieczony Główny może za Twoją zgodą dokonać wyboru jednego z obowiązujących wariantów ubezpieczenia oraz jednej z opcji ubezpieczenia. § 14 Jakie opcje ubezpieczenia są dostępne dla Ubezpieczonych? Jeżeli umowa ubezpieczenia przewiduje różne opcje ubezpieczenia, ochroną ubezpieczeniową mogą zostać objęte następujące osoby: a) Ubezpieczony Główny - w opcji pracowniczej/standardowej, b) Ubezpieczony Główny wraz z małżonkiem lub jednym dzieckiem Ubezpieczonego Głównego – w opcji partnerskiej, c) Ubezpieczony Główny wraz z małżonkiem i dzieckiem/dziećmi Ubezpieczonego Głównego – w opcji rodzinnej. § 15 Kiedy i jak można dokonać zmiany wariantu ubezpieczenia albo opcji ubezpieczenia? 1. Na wniosek Ubezpieczonego Głównego, możesz zgłosić nam wolę zmiany jego wariantu lub opcji ubezpieczenia w terminach określonych w § 12 ust. 1 pkt. 2, z zastrzeżeniem warunków wynikających z umowy ubezpieczenia. 2. Jeśli zmiana nie nastąpi w terminach określonych w ust. 1, możesz zgłosić wolę zmiany wariantu lub opcji ubezpieczenia, na wniosek Ubezpieczonego Głównego, nie później niż do 20-tego dnia miesiąca poprzedzającego rocznicę polisy. 3. W przypadku śmierci małżonka/partnera lub dziecka, ukończenia przez dziecko/dzieci 26 roku życia, rozwiązania związku małżeńskiego/partnerskiego, rozwiązania stosunku przysposobienia dziecka, zgłoszenie zmiany opcji ubezpieczenia (jeżeli dana opcja jest przewidziana w umowie ubezpieczenia): 1) z partnerskiej na pracowniczą/standardową lub 2) z rodzinnej na partnerską lub na pracowniczą/standardową, powinno nastąpić niezwłocznie po wystąpieniu danych okoliczności. 4. W przypadku wstąpienia Ubezpieczonego Głównego w związek małżeński/partnerski, urodzenia dziecka Ubezpieczonego Głównego lub dokonania przez niego przysposobienia dziecka, Ubezpieczony Główny może dokonać zmiany opcji ubezpieczenia (jeżeli dana opcja jest przewidziana w umowie ubezpieczenia): 1) z pracowniczej/standardowej na partnerską lub rodzinną, 2) z partnerskiej na rodzinną. Zgłoszenie zmiany opcji ubezpieczenia powinno nastąpić w ciągu 2 miesięcy od daty wystąpienia danych okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym i nie później niż do 20 dnia miesiąca poprzedzającego kolejny miesiąc ochrony ubezpieczeniowej. Brak zgłoszenia zmiany opcji w wymaganym terminie spowoduje, że zmiana ta nie zostanie uwzględniona w bieżącym roku polisowym i będzie mogła zostać zgłoszona zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2. 5. Zmiana: 1) wariantu ubezpieczenia albo opcji ubezpieczenia, o których mowa w ust. 2 będzie obowiązywała od dnia rocznicy polisy następującej po zgłoszeniu nam zmiany, 2) o której mowa w ust. 3 - 4, będzie obowiązywała od pierwszego dnia miesiąca, następującego po miesiącu, w którym została zgłoszona nam taka zmiana, pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej w wysokości właściwej dla zmienionego wariantu albo opcji ubezpieczenia. 6. W przypadku wystąpienia okoliczności określonych w ust. 3 - 4, każda zmiana w zakresie osób Ubezpieczonych wymaga zgłoszenia zmiany opcji ubezpieczenia. 7. Możemy zażądać, od Ubezpieczonego Głównego, przedstawienia do wglądu dokumentów potwierdzających wystąpienie okoliczności uprawniających do zmiany opcji ubezpieczenia. Brak przedstawienia żądanych dokumentów stanowi dla nas podstawę do odmowy dokonania zmiany opcji ubezpieczenia.

	§ 17. (wypłata świadczenia zrealizowanego poza siecią Partnerów Medycznych lub z tytułu leczenia operacyjnego) - W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym zachorowania, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczonego, o ile nie jest ona osobą występującą z zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje, w formie pisemnej lub drogą elektroniczną (jeżeli osoba występująca z roszczeniem o wypłatę świadczenia wyrazi na to zgodę), osobę występującą z roszczeniem o wypłatę świadczenia o wykazie dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz procedurze składania i rozpatrywania reklamacji. - Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia, w wyniku ustaleń dokonanych w procesie likwidacji, zawartej ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu. - Towarzystwo wypłaca należne świadczenie w ciągu 30 dni od daty zgłoszenia roszczenia. - 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. - Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 nie zostanie wypłacone świadczenie, Towarzystwo zawiadamia Ubezpieczonego występującego z roszczeniem o wypłatę świadczenia, o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części. - Jeżeli Ubezpieczony zgłosił roszczenie i przed wypłatą świadczenia zmarł, należne przed śmiercią świadczenia wypłaca się spadkobiercom Ubezpieczonego.	
Rozdział VII	PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY	CZAS TRWANIA NASZEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI
Dotychczasowe zapisy § 18 - § 20 zastąpiono zapisami § 16 - § 17	§ 18. (obowiązki Ubezpieczającego przed zawarciem umowy ubezpieczenia) - Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, które mogą mieć wpływ na podjęcie przez Towarzystwo decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia, przez udzielenie przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Towarzystwa zawarte w formularzach Towarzystwa lub przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne. - Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia postanowień ust. 1 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie przewidziane umową i jego następstwa prawne są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym. § 19. (obowiązki Ubezpieczającego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia) - Przed przystąpieniem Ubezpieczonego do ubezpieczenia lub wyrażeniem zgody na finansowanie/ współfinansowanie składki ubezpieczeniowej, Ubezpieczający zobowiązany jest doręczyć Ubezpieczonym warunki umowy w tym treść obowiązujących OWU. Ubezpieczający ponosi odpowiedzialność wobec Towarzystwa za skutki niedopełnienia obowiązku, o którym mowa w poprzedzającym zdaniu. - Ubezpieczający zobowiązany jest przechowywać złożone przez Ubezpieczonych deklaracje przystąpienia do ubezpieczenia, zgodnie z wymogami obowiązujących przepisów prawa, w szczególności w zakresie ochrony danych osobowych, do czasu przekazania ich na wezwanie Towarzystwa. - W czasie trwania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do przesyłania Towarzystwu, w terminie do 20 dnia miesiąca, poprzedzającego kolejny miesiąc kalendarzowy ochrony ubezpieczeniowej: - kopii prawidłowo wypełnionych deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia osób nowo przystępujących do ubezpieczenia, - informacji o Ubezpieczonych rezygnujących z ubezpieczenia, - należnej składki ubezpieczeniowej. - Ubezpieczający zobowiązany jest do pośredniczenia w przekazywaniu dokumentów kierowanych do Ubezpieczonych przez Towarzystwo i do Towarzystwa przez Ubezpieczonych za wyjątkiem dokumentów dotyczących świadczeń ubezpieczeniowych. - W czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwu przysługuje prawo do kontrolowania poprawności obsługi ubezpieczenia wykonywanej przez Ubezpieczającego, względem osób objętych ochroną ubezpieczeniową. § 20. (obowiązki Towarzystwa) Towarzystwo jest zobowiązane do: - doręczenia Ubezpieczającemu tekstu OWU przed zawarciem umowy ubezpieczenia, - przedstawienia Ubezpieczającemu w formie pisemnej różnic między postanowieniami umowy a OWU (zapis ten nie ma zastosowania do umów zawieranych w drodze negocjacji), - wydania Ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia, - udzielenia Ubezpieczającemu informacji o sposobie i trybie rozpatrywania reklamacji oraz o organie właściwym do ich rozpatrzenia.	[Przepisy dotychczasowych paragrafów od 18 do 20 zostały zastąpione przepisami ujętymi w paragrafach od 16 do 17] § 16 Kiedy rozpoczyna się nasza odpowiedzialność? - Nasza odpowiedzialność rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca, następującego po zawarciu umowy ubezpieczenia oraz po opłaceniu przez Ciebie pierwszej składki ubezpieczeniowej należnej za wszystkich Ubezpieczonych nie później niż do 25 dnia miesiąca poprzedzającego wnioskowaną datę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3. - Jeżeli zawarcie umowy ubezpieczenia lub opłacenie przez Ciebie składki ubezpieczeniowej nastąpi po terminie wskazanym w ust. 1, ochrona ubezpieczeniowa rozpocznie się miesiąc później, chyba że umówimy się z Tobą inaczej. - Objęcie ochroną ubezpieczeniową nastąpi pod warunkiem: - złożenia przez Ubezpieczonego Głównego deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia najpóźniej do 25 dnia miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej – jeśli pracownik przystępuje do ubezpieczenia w terminie określonym w § 12 ust. 1 pkt 1), - złożenia przez Ubezpieczonego Głównego deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia i opłacenia przez Ciebie składki najpóźniej do 20 dnia miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej – jeśli pracownik przystępuje do ubezpieczenia w terminach określonych w § 12 ust. 1 pkt 2) oraz ust 2. § 17 Kiedy kończy się nasza odpowiedzialność? - Ochrona ubezpieczeniowa wygasa: - z dniem Twojego odstąpienia od umowy ubezpieczenia w trybie określonym w § 11 ust. 1 - w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych, - z dniem upływu okresu wypowiedzenia w trybie określonym w § 11 ust. 2 lub ust. 4 - w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych, - z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia w trybie określonym w § 10 ust. 4 - 5 - w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych, - z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony Główny utracił status pracownika - w stosunku do danego Ubezpieczonego Głównego i wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową wspólnie z Ubezpieczonym Głównym, - z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony będący dzieckiem/dziećmi Ubezpieczonego Głównego ukończył/ukończyli 26 rok życia - w stosunku do dziecka/dzieci Ubezpieczonego Głównego, - z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony Główny złożył wniosek o wystąpienie z ubezpieczenia – w stosunku do danego Ubezpieczonego Głównego i wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową wspólnie z Ubezpieczonym Głównym, - z dniem śmierci Ubezpieczonego - w stosunku do danego Ubezpieczonego, z tym zastrzeżeniem, że w przypadku śmierci Ubezpieczonego Głównego, ochrona ubezpieczeniowa dla pozostałych Ubezpieczonych objętych ochroną wspólnie z Ubezpieczonym Głównym trwa do końca miesiąca, za który została opłacona za nich składka ubezpieczeniowa. - Jeśli ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie przed zakończeniem okresu ubezpieczenia, przysługuje Tobie zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
Rozdział VIII	POSTANOWIENIA KOŃCOWE	REALIZACJA ŚWIADCZENIA USŁUGI MEDYCZNEJ W PLACÓWKACH PARTNERA MEDYCZNEGO

Dotychczasowe zapisy	§ 21. (zasady korespondencji) 1. Wypowiedzenia, odstąpienia oraz wszelkie inne zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Towarzystwa, Ubezpieczającego i Ubezpieczonego lub innej osoby uprawnionej do odbioru świadczenia, powinny być kierowane na piśmie albo w innej formie uzgodnionej pomiędzy stronami. 2. Towarzystwo, Ubezpieczający oraz Ubezpieczony zobowiązani są do powiadamiania się wzajemnie o zmianie swojego adresu zamieszkania lub siedziby. § 22. (przepisy zewnętrzne) 1. Wszelkie informacje związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, uzyskane przez strony zarówno w trakcie negocjacji zmierzających do podpisania umowy ubezpieczenia, jak i w trakcie realizacji tej umowy, objęte są tajemnicą i nie mogą być udostępniane osobom trzecim, poza przypadkami określonymi powszechnie obowiązującymi przepisami prawa. 2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU, mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy polskiego prawa. § 23. (prawo wglądu do akt) Towarzystwo udostępnia na wniosek Ubezpieczonego bądź uprawnionego do odbioru świadczenia, informacje i dokumenty, gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokość świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Towarzystwo udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Towarzystwo. Towarzystwo na wniosek tych osób udostępni informacje i dokumenty w postaci elektronicznej. § 24. (tryb składania i rozpatrywania reklamacji) 1. Ubezpieczający lub osoba uprawniona do świadczenia mająca zastrzeżenia dotyczące świadczonych przez Towarzystwo usług lub wykonywanej przez niego działalności ma prawo składania reklamacji do Towarzystwa: a) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa, w dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów bądź przesyłką pocztową na adres: SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, b) osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub dowolnej jednostce organizacyjnej Towarzystwa zajmującej się obsługą klientów, c) telefonicznie, pod numerem telefonu 58 770 36 90, d) za pośrednictwem formularza elektronicznego udostępnionego na stronie www.saltus.pl. 2. Reklamacja powinna zawierać: a) imię, nazwisko, adres i numer telefonu kontaktowego, zgłaszającego reklamację, b) numer dokumentu ubezpieczenia, c) przedmiot reklamacji, d) uzasadnienie reklamacji z podaniem ewentualnych dowodów. 3. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie przez Towarzystwo reklamacji chyba, że okoliczność ta nie ma wpływu na sposób procedowania reklamacją. 4. Na żądanie zgłaszającego reklamację Towarzystwo potwierdzi pisemnie, na adres wskazany w reklamacji, fakt złożenia reklamacji. Towarzystwo na wniosek zgłaszającego reklamację może potwierdzić wpływ reklamacji w postaci elektronicznej. 5. Reklamacja rozpatrywana jest przez Towarzystwo bez zbędnej zwłoki, a odpowiedź na nią powinna być udzielona nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej wpływu. Po rozpatrzeniu reklamacji, stanowisko Towarzystwa zostanie przesłane w formie pisemnej na adres wskazany w treści reklamacji. 6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 5, Towarzystwo poinformuje zgłaszającego reklamację o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia reklamacji oraz o przewidywanym terminie udzielenia odpowiedzi. Łączny czas rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi nie może być dłuższy niż 60 dni od daty wpływu reklamacji. 7. Ubezpieczający lub osoba uprawniona do świadczenia ma prawo do zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz do Rzecznika Finansowego. 8. Podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 roku o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla Towarzystwa jest Rzecznik Finansowy. Informacje dotyczące podmiotu uprawnionego dostępne są na stronie internetowej: http://rf.gov.pl/ 9. Ubezpieczający lub ubezpieczony będący konsumentem, który ma miejsce zamieszkania na terenie państwa członkowskiego Unii Europejskiej, w związku z umową ubezpieczenia zawartą przez Internet, ma prawo - w celu rozstrzygania sporów w trybie pozasądowym - skorzystać z europejskiej platformy internetowego rozstrzygania sporów o nazwie platforma ODR (ang. online dispute resolution), która jest dostępna na stronie internetowej: http://ec.europa.eu/consumers/odr/. Skargę ubezpieczającego lub ubezpieczonego będącego konsumentem w ramach platformy ODR rozpatrywać może tylko jeden z uprawnionych podmiotów (podmiot ADR) i tylko wówczas, gdy Towarzystwo i ubezpieczający lub ubezpieczony wcześniej zgodzą się na rozpatrzenie sprawy przez określony podmiot ADR, zgodnie z jego regulaminem. Wykaz podmiotów uprawnionych znajduje się na stronie internetowej platformy ODR, wskazanej powyżej. 10. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.	[Przepisy dotychczasowych paragrafów od 21 do 26 zostały zastąpione przepisami ujętymi w paragrafie 18]
§ 21 - § 26 zastąpiono zapisami	§ 18 W jaki sposób realizujemy świadczenia usług medycznych w placówkach Partnera Medycznego? 1. Ubezpieczony na prawo do korzystania z usług medycznych objętych umową ubezpieczenia w dowolnej placówce Partnera Medycznego, z wyłączeniem wariantów PERŁOWY i PERŁOWY PLUS. Koszty usług medycznych rozliczane są bezpośrednio pomiędzy nami a Partnerem Medycznym, z zastrzeżeniem § 5 ust. 3. 2. Realizacja świadczenia usługi medycznej odbywa się w placówkach Partnera Medycznego po wcześniejszym umówieniu, w sposób określony w Rozdziale I Katalogu Usług Medycznych. 3. Konsultant Centrum Umawiania Wizyt ustala miejsce oraz termin usługi medycznej, biorąc pod uwagę zakres usług medycznych dostępnych w poszczególnych placówkach Partnera Medycznego na danym terenie, w możliwie najbliższym i dogodnym dla Ubezpieczonego terminie, który w przypadku: 1) konsultacji lekarza: rodzinnego, internisty, pediatry - nie powinien przekraczać 2 dni roboczych, 2) konsultacji pozostałych lekarzy specjalistów - nie powinien przekraczać 7 dni roboczych, 3) konsultacji profesorskich - zależy od dostępności specjalisty w danej lokalizacji. 4. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do określenia własnych preferencji dotyczących wskazania: 1) lokalizacji placówek Partnerów Medycznych, 2) terminu konsultacji, 3) lekarza w ramach placówek Partnerów Medycznych. 5. W przypadku realizacji preferencji Ubezpieczonego, o których mowa w ust. 4, nie obowiązują parametry dostępności określone w ust. 3. Terminy usług medycznych ustalane są indywidualnie, z uwzględnieniem dostępności danej usługi w placówce Partnera Medycznego. 6. Ubezpieczony jest zobowiązany do odwołania lub zmiany terminu umówionej usługi medycznej najpóźniej 24 godziny przed zaplanowanym terminem jej realizacji. W przypadku braku odwołania lub zmiany wyżej wskazanego terminu, nieobecność Ubezpieczonego podczas uzgodnionego terminu skutkuje obniżeniem przysługującego limitu usług medycznych o liczbę umówionych, lecz niezrealizowanych usług, o ile zgodnie z zakresem ubezpieczenia są one limitowane. 7. Centrum Umawiania Wizyt, po zgłoszeniu przez Ubezpieczonego potrzeby zorganizowania usługi medycznej wymagającej skierowania lub e-skierowania, wystąpi do Ubezpieczonego o przestanie w terminie maksymalnie 3 dni roboczych kopii (skanu) skierowania lub e-skierowania. Nieprzestanie przez Ubezpieczonego skierowania lub e-skierowania powoduje skutek opisany w § 5 ust. 3 i anulowanie tego zgłoszenia. 8. W przypadku konieczności skorzystania przez Ubezpieczonego z wizyty domowej w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub rehabilitacji Ubezpieczonego poniżej 10 roku życia w następstwie złamania, skręcenia, zwichnięcia doznanego w następstwie nieszczęśliwego wypadku możemy zażądać przestania kopii (skanu) dokumentacji potwierdzającej wystąpienie nieszczęśliwego wypadku. 9. Przed skorzystaniem z usług medycznych w placówce Partnera Medycznego, Ubezpieczony zobowiązany jest okazać ważny dokument ze zdjęciem w celu potwierdzenia jego tożsamości.	
§ 18		

	§ 25. (spory sądowe) 1. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, lub osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia. 2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia. § 26. (postanowienia końcowe) Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 27 sierpnia 2021 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 października 2021 roku.	
Nowy rozdział IX	Brak przepisu	REALIZACJA ŚWIADCZENIA ZWROTU KOSZTÓW USŁUG MEDYCZNYCH (REFUNDACJA)
		§ 19 W jaki sposób realizujemy świadczenie zwrotu kosztów usług medycznych? 1. W przypadku, gdy Ubezpieczony skorzysta z usługi medycznej objętej zakresem ubezpieczenia bez uprzedniego uzyskania naszego potwierdzenia lub nie zostanie przesłane wymagane skierowanie lub e-skierowanie, będzie zobowiązany do pokrycia jej kosztów bezpośrednio w placówce, zgodnie z obowiązującym w niej cennikiem. 2. Ubezpieczony może ubiegać się o zwrot części poniesionych kosztów usług medycznych, o których mowa w ust. 1, o ile zostały spełnione łącznie następujące warunki: a) wykonana usługa medyczna została zawarta w grupie usług wskazanych w tabeli zwrotu kosztów (refundacji), b) jest zgodna z posiadanym zakresem ubezpieczenia. 3. Zwrot kosztów jest realizowany w granicach limitów kwotowych określonych w Tabelach zwrotu kosztów odpowiednio do posiadanego przez Ubezpieczonego zakresu ubezpieczenia. 4. Roszczenie o świadczenie zwrotu kosztów usług medycznych Ubezpieczony powinien zgłosić do nas, w terminie do 30 dni od daty wystawienia faktury lub rachunku oraz przedłożyć następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia: 1) zgłoszenie roszczenia, 2) fakturę lub rachunek wystawiony na Ubezpieczonego za wykonaną usługę medyczną, 3) skierowanie lub e-skierowanie, jeśli usługa medyczna wymieniona w Katalogu Usług Medycznych wymagała przedstawienia takiego dokumentu. 5. Wyłacone Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu zwrotu kosztów za skorzystanie z usługi medycznej nie może być wyższe niż rzeczywisty koszt poniesiony przez Ubezpieczonego. 6. Świadczenie zwrotu kosztów za skorzystanie z usługi medycznej zostanie przekazane na wskazany w zgłoszeniu roszczenia rachunek płatniczy Ubezpieczonego. 7. Odmówimy świadczenia zwrotu kosztów za skorzystanie z usługi medycznej, jeśli przekazany nam na dowód wykonania usługi medycznej dokument: 1) jest paragonem fiskalnym, który nie jest imiennym dowodem potwierdzającym skorzystanie z usługi medycznej przez Ubezpieczonego, 2) jest fakturą lub rachunkiem za wykonaną usługę medyczną wystawianym na inną osobę niż Ubezpieczony, 3) jest fakturą lub rachunkiem, który nie zawiera szczegółowego wykazu wykonanych usług medycznych lub specyfikacji, co uniemożliwia jednoznaczne ustalenie czy usługa medyczna była objęta zakresem ubezpieczenia.
Nowy rozdział X	Brak przepisu	REALIZACJA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU LECZENIA OPERACYJNEGO
		§ 20 W jaki sposób realizujemy świadczenie z tytułu leczenia operacyjnego? 1. Przy roszczeniu o wypłatę świadczenia z tytułu leczenia operacyjnego, Ubezpieczony winien nam przedłożyć następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia: 1) zgłoszenie roszczenia, 2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub kartę wypisową ze szpitala wydaną przez lekarza prowadzącego, 3) dokumentację potwierdzającą zajście nieszczęśliwego wypadku - w przypadku urazu układu kostno - stawowego, 4) faktury lub rachunki wystawione na Ubezpieczonego za zrealizowane usługi medyczne. 2. W celu ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, zastrzegamy sobie prawo weryfikacji wszelkich dokumentów, dotyczących zaistniałego zdarzenia ubezpieczeniowego.
Nowy rozdział XI	Brak przepisu	SPOSÓB PRZESYŁANIA DOKUMENTACJI
		§ 21 Jakie kanały komunikacji należy stosować do przesyłania dokumentacji? Dokumenty, o których mowa w § 18 ust. 7, § 19 ust. 4 oraz § 20 ust. 1, należy przysyłać za pośrednictwem kanałów komunikacji: 1) Konta Klienta - po zalogowaniu się na stronie internetowej: https://pacjent.saltus.pl/Account/LogIn lub w aplikacji mobilnej SALTUS ZDROWIE, 2) formularza udostępnionego na stronie internetowej: https://zgloszenie.saltus.pl/

		3) poczty tradycyjnej na adres: SALTUS TUW, ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, 4) poczty elektronicznej na adres: zdrowie@saltus.pl 5) MMS na numer: 661 005 195, podając swoje dane umożliwiające identyfikację.
Nowy rozdział XII	Brak przepisu	WYPŁATA ŚWIADCZENIA ZWROTU KOSZTÓW USŁUG MEDYCZNYCH LUB Z TYTUŁU LECZENIA OPERACYJNEGO
		§ 22 Kiedy i na jakich zasadach wypłacimy świadczenie zwrotu kosztów usług medycznych lub z tytułu leczenia operacyjnego? 1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego poinformujemy o tym Ubezpieczonego – o ile informacja o zdarzeniu ubezpieczeniowym nie pochodzi od Ubezpieczonego. Podejmiemy postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego. Poinformujemy Ubezpieczonego, na piśmie lub drogą elektroniczną (jeżeli Ubezpieczony lub osoba występująca z roszczeniem wyrazi na to zgodę), o wykazie dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności oraz procedurze składania i rozpatrywania reklamacji. 2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacimy na podstawie uznania roszczenia, w wyniku ustaleń dokonanych w procesie likwidacji, zawartej ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu. 3. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacimy w ciągu 30 dni, licząc od dnia zawiadomienia nas o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego. 4. Jeżeli w terminie 30 dni nie będziemy mogli ustalić naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, świadczenie wypłacimy w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności będzie możliwe. Jednak bezsporną część należnego świadczenia wypłacimy w terminie przewidzianym w ust. 3. 5. Jeżeli w terminie 30 dni nie wypłacimy świadczenia ubezpieczeniowego, zawiadomimy Ubezpieczonego lub osobę występującą z roszczeniem o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części. 6. Jeżeli Ubezpieczony zgłosi roszczenie i umrze przed wypłatą należnego świadczenia ubezpieczeniowego, wypłacimy je jego spadkobiercom.
Nowy rozdział XIII	Brak przepisu	PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY
		§ 23 Co należy do Twoich i Ubezpieczonego obowiązków przed zawarciem umowy ubezpieczenia? 1. Ty i Ubezpieczony macie obowiązek poinformować nas o wszystkich znanych Wam okolicznościach, które mogą mieć wpływ na podjęcie przez nas decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia, udzielając zgodnych z prawdą odpowiedzi na pytania zawarte w naszych formularzach lub innych pismach. Jeżeli zawierasz umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten spoczywa również na przedstawicielu i obejmuje znane mu okoliczności. Jeżeli zawarliśmy umowę ubezpieczenia mimo braku Twoich lub Ubezpieczonego odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uznaliśmy za nieistotne. 2. Nie ponosimy odpowiedzialności za skutki okoliczności, o których z naruszeniem ust. 1 nie zostaliśmy poinformowani przez Ciebie lub Ubezpieczonego. Jeżeli do naruszenia postanowień ust. 1 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie przewidziane umową ubezpieczenia i jego następstwa prawne są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym. § 24 Co należy do Twoich i Ubezpieczonego obowiązków w trakcie umowy ubezpieczenia? 1. Przed przystąpieniem Ubezpieczonego do ubezpieczenia lub wyrażeniem zgody na finansowanie/ współfinansowanie składki ubezpieczeniowej, jesteś zobowiązany doręczyć Ubezpieczonym warunki umowy ubezpieczenia, w tym treść obowiązujących OWU. Ty ponosisz odpowiedzialność za skutki niedopełnienia obowiązku, o którym mowa w poprzedzającym zdaniu. 2. Jesteś zobowiązany przechowywać złożone przez Ubezpieczonych deklaracje przystąpienia do ubezpieczenia, zgodnie z wymogami obowiązujących przepisów prawa, w szczególności w zakresie ochrony danych osobowych, do czasu przekazania ich na nasze wezwanie. 3. W czasie trwania umowy ubezpieczenia jesteś zobowiązany do przekazywania nam, w terminie do 20 dnia miesiąca, poprzedzającego kolejny miesiąc ochrony ubezpieczeniowej: 1) kopii prawidłowo wypełnionych deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia osób nowo przystępujących do ubezpieczenia, 2) informacji o Ubezpieczonych rezygnujących z ubezpieczenia, 3) należnej składki ubezpieczeniowej, 4) wykazu Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową - w przypadku braku aktualizacji wykazu Ubezpieczonych, za objętych ochroną uznani zostaną Ubezpieczeni uwzględnieni w wykazie z poprzedniego miesiąca. 4. Jesteś zobowiązany do pośredniczenia w przekazywaniu dokumentów kierowanych pomiędzy nami a Ubezpieczonymi za wyjątkiem dokumentów dotyczących roszczeń o wypłatę świadczenia. 5. W czasie trwania naszej odpowiedzialności, przysługuje nam prawo do kontrolowania poprawności obsługi ubezpieczenia wykonywanej przez Ciebie, względem osób objętych ochroną ubezpieczeniową. § 25 Co należy do naszych obowiązków? Zobowiązani jesteśmy do: 1) doręczenia Tobie OWU przed zawarciem umowy ubezpieczenia, 2) przedstawienia Tobie na piśmie różnic między postanowieniami umowy ubezpieczenia a OWU (zapis ten nie ma zastosowania do umów

		zawieranych w drodze negocjacji), 3) wydania Tobie polisy, 4) udzielenia Tobie informacji o sposobie i trybie rozpatrywania reklamacji oraz o organie właściwym do ich rozpatrzenia.
Nowy rozdział XIV	Brak przepisu	REKLAMACJE I SPORY SĄDOWE
		§ 26 W jakiej sytuacji można złożyć reklamację? W razie zastrzeżeń dotyczących świadczonych przez nas usług lub wykonywanej przez nas działalności, prawo do złożenia reklamacji przysługuje: 1) Tobie, 2) Ubezpieczonemu, 3) osobie uprawnionej do świadczenia, 4) spadkobiercy posiadającemu interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia. § 27 Jak można złożyć reklamację? 1. Reklamację można złożyć: 1) na piśmie – osobiście, w naszej siedzibie lub w dowolnej jednostce organizacyjnej zajmującej się obsługą klientów, bądź przesyłką pocztową na adres: SALTUS TUW, ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, albo na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-90465-87871-EUWAE-31 zgodnie z ustawą o doręczeniach elektronicznych, 2) osobiście – do protokołu podczas wizyty w naszej siedzibie lub w dowolnej jednostce organizacyjnej zajmującej się obsługą klientów, 3) telefonicznie – dzwoniąc pod numer: 58 770 36 90, 4) elektronicznie – wypełniając formularz elektroniczny znajdujący się na stronie internetowej www.saltus.pl 2. Na żądanie zgłaszającego reklamację potwierdzimy fakt jej złożenia – na piśmie, na podany adres korespondencyjny lub elektronicznie, na adres mailowy wskazany w reklamacji. § 28 Co powinna zawierać reklamacja? Reklamacja powinna zawierać: 1) imię, nazwisko, adres i numer telefonu kontaktowego osoby zgłaszającej reklamację, 2) numer polisy, 3) przedmiot reklamacji, 4) uzasadnienie reklamacji z podaniem ewentualnych dowodów. § 29 Jak i kiedy udzielimy odpowiedzi na reklamację? 1. Odpowiedzi na reklamację udzielimy nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej wpływu. Po rozpatrzeniu reklamacji nasze stanowisko przedstawimy na piśmie i prześlemy pocztą tradycyjną lub pocztą elektroniczną, o ile zawnioskuje o to składający reklamację. 2. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 1, poinformujemy Ciebie, Ubezpieczonego lub osobę zgłaszającą reklamację o przyczynie opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia reklamacji oraz o przewidywanym terminie udzielenia odpowiedzi. Łączny czas rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi nie może być dłuższy niż 60 dni od daty wpływu reklamacji. § 30 Jak odwołać się od reklamacji? 1. Jeżeli Ty, Ubezpieczony, lub spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, nie zgadzacie się z naszą odpowiedzią na reklamację, możecie zwrócić się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz Rzecznika Finansowego. 2. Właściwym dla nas podmiotem uprawnionym do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 roku o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, jest Rzecznik Finansowy. Informacje dotyczące podmiotu uprawnionego dostępne są na stronie internetowej: http://rf.gov.pl/ 3. Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego. § 31 Jak wnieść sprawę do sądu? Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby: 1) Twojego, 2) Ubezpieczonego, 3) spadkobiercy osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia lub spadkobiercy Ubezpieczonego.
Nowy rozdział XV	Brak przepisu	POSTANOWIENIA KOŃCOWE
		§ 32 Jak będziemy prowadzić korespondencję? 1. Wypowiedzenia, odstąpienia oraz wszelkie inne zawiadomienia, oświadczenia i wnioski nasze, Twoje, Ubezpieczonego lub innej osoby uprawnionej do odbioru świadczenia ubezpieczeniowego, powinny być przesyłane na piśmie albo w innej formie uzgodnionej pomiędzy stronami.

		2. Jesteśmy zobowiązani do wzajemnego powiadamiania się o zmianie naszych adresów: zamieszkania lub siedziby. § 33 Co objęte jest tajemnicą ubezpieczeniową? Wszelkie informacje związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, uzyskane przez strony zarówno w trakcie negocjacji zmierzających do zawarcia 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. § 34 Jakie przepisy zewnętrzne będziemy stosować? W sprawach nieuregulowanych tymi OWU zastosowanie mają powszechnie obowiązujące przepisy polskiego prawa. § 35 Kto i w jaki sposób może uzyskać dostęp do akt? Na wniosek osób uprawnionych do odbioru świadczenia ubezpieczeniowego udostępnimy informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez nas udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia przez nas ich zgodności z oryginałem. Na wniosek tych osób udostępnimy informacje i dokumenty w postaci elektronicznej. § 36 Od kiedy będziemy stosować niniejsze OWU? Niniejsze OWU zostały uchwalone w dniu ... 2025 roku przez Zarząd Towarzystwa z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia ... 2025 roku.
Wprowadzono zapisy dotyczące zasad przetwarzania danych osobowych przez podmioty przetwarzające	Brak przepisów	1. DEFINICJE 1.1. Dane Osobowe – (w rozumieniu art. 4 pkt 1 Rozporządzenia 2016/679) wszelkie informacje dotyczące zidentyfikowanej lub możliwej do zidentyfikowania osoby fizycznej. 1.2. Przetwarzanie Danych Osobowych – (w rozumieniu art. 4 pkt 2 Rozporządzenia 2016/679) wszelkie operacje lub zestawy operacji wykonywanych na Danych Osobowych lub zestawach Danych Osobowych w sposób zautomatyzowany lub niezautomatyzowany, takie jak: zbieranie, utrwalanie, organizowanie, porządkowanie, przechowywanie, adaptowanie lub modyfikowanie, pobieranie, przeglądanie, wykorzystywanie, ujawnianie poprzez przesłanie, rozpowszechnianie lub innego rodzaju udostępnianie, dopasowywanie lub łączenie, ograniczanie, usuwanie lub niszczenie. 1.3. Administrator – (w rozumieniu art. 4 pkt 7 Rozporządzenia 2016/679) podmiot, który samodzielnie lub wspólnie z innymi ustala cele i sposoby Przetwarzania Danych Osobowych. 1.4. Podmiot Przetwarzający – (w rozumieniu art. 4 pkt 8 Rozporządzenia 2016/679) podmiot Przetwarzający Dane Osobowe w imieniu i na rzecz Administratora. 1.5. Rozporządzenie 2016/679 – rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE. 1.6. Naruszenie Ochrony Danych Osobowych – (w rozumieniu art. 4 pkt 12 Rozporządzenia 2016/679) naruszenie bezpieczeństwa prowadzące do przypadkowego lub niezgodnego z prawem zniszczenia, utracenia, zmodyfikowania, nieuprawnionego ujawnienia lub nieuprawnionego dostępu do Danych Osobowych przesyłanych, przechowywanych lub w inny sposób Przetwarzanych. 2. ZASADY POWIERZONEGO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH 2.1. Towarzystwo, jako Administrator, Przetwarza Dane Osobowe w związku z obsługą umowy grupowego ubezpieczenia, w tym w zakresie niezbędnym dla objęcia ochroną ubezpieczeniową osób przystępujących do ubezpieczenia (osób ubezpieczanych). 2.2. Ubezpieczający, jako Podmiot Przetwarzający, będzie Przetwarzał Dane Osobowe w imieniu Towarzystwa w zakresie niezbędnym dla wykonania czynności określonych w § 24 niniejszych OWU, co obejmuje następujące operacje Przetwarzania: 2.2.1. zbieranie Danych Osobowych osób Ubezpieczanych; 2.2.2. przechowywanie Danych Osobowych Ubezpieczonych; 2.2.3. wprowadzanie Danych Osobowych osób ubezpieczanych do Systemu Obsługi Ubezpieczeń Zdrowotnych; 2.2.4. modyfikowanie Danych Osobowych Ubezpieczonych w Systemie Obsługi Ubezpieczeń Zdrowotnych; 2.2.5. niszczenie Danych Osobowych. 2.3. Ubezpieczający, w ramach wykonywania operacji Przetwarzania określonych w pkt 2.2.: 2.3.1. będzie Przetwarzał Dane Osobowe w zakresie przewidzianym w formularzu deklaracji przystąpienia do Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego SALTUS ZDROWIE. 2.3.2. będzie Przetwarzał Dane Osobowe wyłącznie w oparciu o udokumentowane polecenia Towarzystwa, przy czym za takie udokumentowane polecenie uznaje się również treść § 24 niniejszych OWU określającą obowiązki Ubezpieczającego. 2.3.3. zapewni odpowiednie środki techniczne i organizacyjne, by Przetwarzanie spełniało wymogi Rozporządzenia 2016/679 i chroniło prawa osób, których Dane Osobowe dotyczą, w szczególności zabezpieczy Dane Osobowe przed potencjalnym Naruszeniem Ochrony Danych Osobowych, uwzględniając w tym zakresie postanowienia art. 32 Rozporządzenia 2016/679.

		2.3.4. zapewni, aby dostęp do Danych Osobowych posiadały wyłącznie osoby upoważnione, które w świetle zakresu swoich zadań będą wykonywały czynności związane z administrowaniem umową ubezpieczenia po stronie Ubezpieczającego, które dają gwarancję przestrzegania zasad zgodnego z prawem Przetwarzania Danych Osobowych i które pisemnie zobowiązały się do zachowania tajemnicy Danych Osobowych. 2.3.5. nie będzie wykorzystywał usług innego (dalszego) Podmiotu Przetwarzającego, bez uprzedniego uzyskania udokumentowanej zgody ze strony Towarzystwa; 2.3.6. nie będzie dokonywał transferu Danych Osobowych do podmiotów spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego, bez uprzedniego uzyskania udokumentowanej zgody ze strony Towarzystwa; 2.3.7. z uwzględnieniem charakteru Przetwarzania, w miarę możliwości będzie pomagał Towarzystwu w wywiązaniu się z jego obowiązku odpowiadania na żądania osób, których Dane Osobowe dotyczą, w zakresie wykonywania ich praw określonych w rozdziale III Rozporządzenia 2016/679; 2.3.8. z uwzględnieniem charakteru Przetwarzania oraz dostępnych mu informacji, będzie pomagał Towarzystwu w wywiązaniu się z obowiązków określonych w art. 32 – 36 Rozporządzenia 2016/679; 2.3.9. niezwłocznie, nie później niż w czasie 24 godzin od powzięcia takiej informacji, poinformuje Towarzystwo, elektronicznie na adres info@saltus.pl, o zaistniałym Naruszeniu Ochrony Danych Osobowych oraz podejmie wszelkie uzasadnione działania w celu zabezpieczenia Danych c Osobowych i minimalizacji ryzyka naruszenia praw lub wolności osób, których Dane Osobowe stanowiły przedmiot naruszenia; 2.3.10. niezwłocznie poinformuje Towarzystwo, jeżeli jego zdaniem wydane mu polecenie stanowi naruszenie Rozporządzenia 2016/679 lub innych przepisów prawa; 2.3.11. udostępni Towarzystwu wszelkie informacje niezbędne do wykazania spełnienia obowiązków określonych w art. 28 Rozporządzenia 2016/679 oraz umożliwi Towarzystwu lub upoważnionemu przez Towarzystwo audytorowi przeprowadzenie audytu, w tym inspekcji w zakresie zgodności Przetwarzania Danych Osobowych w ramach powierzonego Przetwarzania Danych Osobowych; 2.4. Podmiot Przetwarzający będzie przechowywał deklaracje przystąpienia do umowy ubezpieczenia przez okres 10 lat od daty zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wobec poszczególnych Ubezpieczonych. Po tym okresie dokumentacja będzie podlegała procesowi brakowania w sposób uniemożliwiający odtworzenie danych.
Usunięto treść Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zdrowotnego Medycyna Pracy		
Wprowadzono nowe Ogólne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego MEDYCYNĄ PRACY – poniżej znajduje się wykaz zmian w stosunku do Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zdrowotnego Medycyna Pracy		
	Było: Sygnatura druku - DW4/6/2108/NG/4	Jest: Sygnatura druku - OW/6MP/2505/NG/1
Informacja o produkcie	Informacja o produkcie Dodatkowe Ubezpieczenie Zdrowotne SALTUS ZDROWIE MEDYCYNĄ PRACY Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia Zdrowotnego SALTUS ZDROWIE MEDYCYNĄ PRACY uchwalonymi przez Zarząd Towarzystwa w dniu 27 sierpnia 2021 roku Przestanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia: §2, §3, §6, §7. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: §2.	Skorowidz Ubezpieczenie Zdrowotne – MEDYCYNĄ PRACY Stan zgodny z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego - MEDYCYNĄ PRACY uchwalonymi przez Zarząd Towarzystwa w dniu ... 2025 roku 1. Przestanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia: §2 §4 §5 §14 §15 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia: § 2 § 4 § 5 §14 §16 §17
Tytuł OWU	Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zdrowotnego SALTUS ZDROWIE MEDYCYNĄ PRACY	OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO – MEDYCYNĄ PRACY

§ 1 ust. 1-2	§ 1. (postanowienia ogólne) 1. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zdrowotnego SALTUS ZDROWIE Medycyna Pracy (OWDUMP) mają zastosowanie do umów grupowego ubezpieczenia zdrowotnego, zawieranych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego SALTUS ZDROWIE (OWU). 2. Zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego zostanie potwierdzone dodatkowym dokumentem ubezpieczenia.	§ 1 Kto zawiera umowę ubezpieczenia? 1. Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia zdrowotnego – MEDYCYNĄ PRACY, zwanych dalej OWU, my, czyli SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Sopocie, zwane dalej Towarzystwem, zawieramy z Tobą jako Ubezpieczającym umowę ubezpieczenia. 2. Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie OWU będzie umową grupową zawartą na cudzy rachunek. W takim przypadku pracownik wskazany przez Ciebie będzie Ubezpieczonym.
§ 1 ust. 3	Brak przepisu	3. Za porozumieniem stron, do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia odmienne od ustalonych w OWU, które mają pierwszeństwo przed postanowieniami OWU.
§ 2	§ 2. (definicje) Terminy użyte w niniejszych OWDUMP przyjmują znaczenie nadane im w OWU, o ile nie nadano im innego znaczenia w treści umowy ubezpieczenia. Dodatkowo przyjmuje się następujące znaczenia terminów użytych w niniejszych OWDUMP:	§ 2 Co oznaczają pojęcia użyte w OWU? Poniżej wyjaśniamy co oznaczają pojęcia użyte w OWU:
Nowy § 2 pkt 1)	Brak przepisu	1) badania diagnostyczne/laboratoryjne/rehabilitacyjne – usługi medyczne uzasadnione z medycznego punktu widzenia, wymagające przedstawienia nam skierowania lub e-skierowania od lekarza, wymóg ten został określony w Załączniku nr 1 do OWU przy odpowiednich usługach medycznych
Nowy § 2 pkt 2)	Brak przepisu	2) Centrum Umawiania Wizyt – jednostka zajmująca się organizacją udzielania usług medycznych
Dotychczasowy § 2 pkt 3. nowy § 2 pkt 5)	3. dostarczenie leków – jeżeli po hospitalizacji kardiologicznej lub udarze mózgu, Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga leżenia, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego. Koszty dostarczonych leków pokrywa Ubezpieczony. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 150 zł w odniesieniu do jednego zachorowania	[Zmiana numeracji punktu z 3. na 5)] 5) dostarczenie leków – jeżeli po hospitalizacji kardiologicznej lub udarze mózgu, Ubezpieczony zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga leżenia, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty dostarczenia leków do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego. Koszty dostarczonych leków pokryje Ubezpieczony . Usługą o łącznej wartości do 150 zł obejmiemy jedno z powyżej wymienionych zachorowań w roku polisowym .
Dotychczasowy § 2 pkt 4. nowy § 2 pkt 6)	4. dostarczenie posiłków – jeżeli po wystąpieniu hospitalizacji kardiologicznej, Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga leżenia, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia posiłków do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Koszty dostarczonych posiłków pokrywa Ubezpieczony. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 150 zł w odniesieniu do jednego zachorowania	[Zmiana numeracji punktu z 4. na 6)] 6) dostarczenie posiłków – jeżeli po wystąpieniu hospitalizacji kardiologicznej, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, Ubezpieczony wymaga leżenia , zapewnimy organizację i pokryjemy koszty dostarczenia posiłków do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Koszty dostarczonych posiłków pokryje Ubezpieczony . Usługą o łącznej wartości do 150 zł obejmiemy, jedno zachorowanie w roku polisowym
Nowy § 2 pkt 7)	Brak przepisu	7) dzień roboczy – każdy dzień od poniedziałku do piątku z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy
Dotychczasowy § 2 pkt 5. nowy § 2 pkt 8)	5. hospitalizacja kardiologiczna – występujący w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej pobyt w szpitalu dłuższy niż 24 godziny spowodowany leczeniem choroby układu sercowo – naczyniowego. Lista chorób układu sercowo – naczyniowego objętych zakresem ubezpieczenia stanowi Załącznik nr 2 do niniejszych OWU	[Zmiana numeracji punktu z 5. na 8)] 8) hospitalizacja kardiologiczna – występujący w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej pobyt Ubezpieczonego w szpitalu dłuższy niż 24 godziny, spowodowany leczeniem choroby układu sercowo–naczyniowego. Lista chorób układu sercowo–naczyniowego objętych zakresem ubezpieczenia stanowi Załącznik nr 2 do OWU

Nowe § 2 pkt 9)–12)	Brak przepisu	9) kodeks pracy – ustawa kodeks pracy z dnia 26 czerwca 1974 roku oraz akty wykonawcze wydane na jej podstawie, 10) Konto Klienta – aplikacja udostępniona Ubezpieczonemu, w ramach której Ubezpieczony może zamówić usługę medyczną oraz korzystać z funkcjonalności udostępnionych w tej aplikacji, 11) leczenie – działanie medyczne w ramach Pracowniczych Programów Profilaktycznych, które wedle ogólnie uznanej wiedzy medycznej zostało podjęte w celu przywrócenia zdrowia, poprawienia stanu zdrowia lub zapobieżenia pogorszeniu się stanu zdrowia Ubezpieczonego, 12) lekarz – osoba posiadająca odpowiednie, formalnie potwierdzone kwalifikacje zawodowe, wykonująca zawód lekarza na terenie Rzeczypospolitej Polskiej (RP) w zakresie swoich kwalifikacji i uprawnień, niebędąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym ani osobą bliską dla Ubezpieczonego. Za osobę bliską uważamy małżonka, osoby niespokrewnione prowadzące wspólne gospodarstwo domowe, rodzeństwo, rodziców, ojczyma, macochę, dzieci, pasierbów, teściów, zięciów, synowe, dziadków, wnuków, przysposobionych i przysposabiających
Dotychczasowy § 2 pkt 6. nowy § 2 pkt 13)	6. Lekarz prowadzący – lekarz wskazany pisemnie przez Ubezpieczonego, jako uprawniony do otrzymania od Centrum Telemedycznego wyników badań Ubezpieczonego	[Zmiana numeracji punktu z 6. na 13]) 13) lekarz prowadzący – lekarz wskazany pisemnie przez Ubezpieczonego, jako osoba upoważniona do otrzymywania wyników badań Ubezpieczonego od Centrum Telemedycznego
Dotychczasowy § 2 pkt 7. nowy § 2 pkt 14)	7. medycyna pracy – działania zapobiegające powstawaniu i szerzeniu się niekorzystnych skutków zdrowotnych, które w sposób bezpośredni lub pośredni mają związek z warunkami albo charakterem pracy	[Zmiana numeracji punktu z 7. na 14]) 14) Medycyna Pracy [PODSTAWA] – działania mające na celu ochronę zdrowia pracowników przed niekorzystnym wpływem warunków środowiska pracy i sposobu jej wykonywania oraz zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami
Nowe § 2 pkt 15)–17)	Brak przepisu	15) nieszczęśliwy wypadek – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym występujące w okresie ubezpieczenia, w następstwie którego Ubezpieczony, niezależne od swojej woli, doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, 16) numer identyfikacyjny – indywidualny numer przypisany do Ubezpieczonego, służący do pierwszego logowania na stronie internetowej https://saltus.pl/ Numer ten zostanie przekazany po kontakcie Ubezpieczonego z Centrum Umawiania Wizyt oraz po przeprowadzeniu weryfikacji jego danych przez konsultanta, 17) okres ubezpieczenia – okres, w którym obejmiemy Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, czyli poniesiemy odpowiedzialność z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych opisanych w OWU i wskazanych w polisie
Dotychczasowy § 2 pkt 8. nowy § 2 pkt 18)	8. opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi – jeżeli po hospitalizacji kardiologicznej lub udarze mózgu, Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga leżenia, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia i dojazdu osób sprawujących opiekę nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi, dla których Ubezpieczony jest opiekunem. Opieka jest sprawowana w miejscu pobytu Ubezpieczonego, lub w miejscu pobytu dzieci lub osób niesamodzielnych wskazanym przez Ubezpieczonego. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 800 zł w odniesieniu do jednego zachorowania	[Zmiana numeracji punktu z 8. na 18]) 18) opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi – jeżeli po hospitalizacji kardiologicznej lub udarze mózgu, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, Ubezpieczony wymaga leżenia, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty wynagrodzenia i dojazdu osób świadczących opiekę nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi, dla których Ubezpieczony jest opiekunem. Zapewnimy opiekę w miejscu pobytu Ubezpieczonego, miejscu pobytu dzieci lub osób niesamodzielnych, wskazanym przez Ubezpieczonego. Usługą o łącznej kwocie do 800 zł obejmiemy jedno z powyżej wymienionych zachorowań w roku polisowym.
Nowe § 2 pkt 19)–22)	Brak przepisu	19) osoba do kontaktu – osoba wskazana przez Ubezpieczonego w zgłoszeniu roszczenia jako uprawniona do kontaktu z nami, w tym z Centrum Umawiania Wizyt lub innym podmiotem współpracującym, w związku ze zgłoszonym roszczeniem, 20) Partner Medyczny – podmiot leczniczy, z którym mamy zawartą umowę współpracy w zakresie świadczenia określonych usług medycznych na rzecz Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową zgodnie z niniejszymi OWU, 21) placówka – miejsce (placówka medyczna) na terenie RP, w której Partner Medyczny świadczy określone usługi medyczne. Lista placówek oraz zakres świadczonych w nich usług medycznych mogą ulegać zmianom w trakcie trwania umowy ubezpieczenia; aktualna lista jest dostępna na stronie internetowej https://saltus.pl/ 22) polisa – dokument ubezpieczenia, który potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia między Tobą (Ubezpieczającym) a nami,

Dotychczasowy § 2 pkt 9. nowy § 2 pkt 23)	9. pomoc domowa – jeżeli po hospitalizacji kardiologicznej, udarze mózgu lub po rozpoznaniu choroby nowotworowej, Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga leżenia i/lub pomocy osób trzecich, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia i dojazdu osób pomagających Ubezpieczonemu w powrocie do zdrowia w miejscu zamieszkania. Usługa obejmuje zakresem: pomoc domową w przygotowaniu posiłku, zrobienie drobnych zakupów, utrzymanie czystości w domu: sprzątanie podłóg na sucho i na mokro, ścieranie kurzy z mebli i parapetów, odkurzanie dywanów i wykładzin, sprzątanie łazienki, zmywanie naczyń, czyszczenie zlewu, czyszczenie płyty kuchennej, wyrzucanie śmieci, podlewanie kwiatów przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez Ubezpieczonego. Koszty zakupów realizowanych na zlecenie Ubezpieczonego pokrywa Ubezpieczony. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 800 zł w odniesieniu do jednego zachorowania	[Zmiana numeracji punktu z 9. na 23)] 23) pomoc domowa – jeżeli po hospitalizacji kardiologicznej, udarze mózgu lub po zdiagnozowaniu choroby nowotworowej, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, Ubezpieczony wymaga leżenia albo pomocy osób trzecich , zapewnimy organizację i pokryjemy koszty wynagrodzenia i dojazdu osób pomagających Ubezpieczonemu w powrocie do zdrowia w miejscu zamieszkania. Będziemy świadczyć tę usługę w zakresie: a) przygotowanie posiłku, b) zrobienie drobnych zakupów, c) utrzymania czystości w domu (w tym m.in. sprzątanie podłóg, odkurzanie, ścieranie kurzy, zmywanie naczyń, czyszczenie łazienki, płyty kuchennej, wyrzucanie śmieci, podlewanie kwiatów). Pokryjemy koszty zleconych nam przez Ubezpieczonego zakupów oraz ich realizację. Usługą o łącznej kwocie do 800 zł obejmiemy jedno z powyżej wymienionych zachorowań w roku polisowym
Dotychczasowy § 2 pkt 10. nowy § 2 pkt 24)	10. pomoc onkopsychologiczna – jeżeli Ubezpieczony, po postawieniu rozpoznania choroby nowotworowej wymaga pomocy psychologicznej, Towarzystwo zapewnia w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej organizację i pokrywa koszty telekonsultacji lub, w przypadku ich dostępności w pobliżu miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, bezpośrednich konsultacji onkopsychologicznych. Usługa jest świadczona w okresie ubezpieczenia do łącznej kwoty, w zależności od wybranego wariantu ubezpieczenia, 2000 zł lub 4000 zł przez okres 3 miesięcy od daty postawienia rozpoznania choroby nowotworowej	[Zmiana numeracji punktu z 10. na 24)] 24) pomoc onkopsychologiczna – jeśli Ubezpieczony po zdiagnozowaniu choroby nowotworowej wymaga pomocy psychologicznej , zapewnimy organizację oraz pokryjemy koszty telekonsultacji onkopsychologa lub pokryjemy koszty bezpośrednich konsultacji u onkopsychologa , jeśli będzie taka możliwość w pobliżu miejsca zamieszkania Ubezpieczonego. Usługą będziemy świadczyć w okresie ubezpieczenia do łącznej kwoty 2 000 zł lub 4 000 zł , w zależności od wybranego przez Ciebie wariantu ubezpieczenia, przez okres 3 miesięcy od daty zdiagnozowania choroby nowotworowej .
Dotychczasowy § 2 pkt 11. nowy § 2 pkt 25)	11. pomoc pielęgniarstwa po hospitalizacji – jeżeli po hospitalizacji kardiologicznej, udarze mózgu lub po rozpoznaniu choroby nowotworowej, Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po pobycie w szpitalu dłuższym niż 24 godziny zabiegów pielęgniarstwa w środowisku domowym, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia i dojazdu pielęgniarstwa do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 800 zł w odniesieniu do jednego zachorowania	[Zmiana numeracji punktu z 11. na 25)] 25) pomoc pielęgniarstwa po hospitalizacji – jeżeli po hospitalizacji kardiologicznej, udarze mózgu lub po zdiagnozowaniu choroby nowotworowej, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, Ubezpieczony po hospitalizacji dłuższej niż 24 godziny wymaga zabiegów pielęgniarstwa w środowisku domowym, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty wynagrodzenia i dojazdu pielęgniarstwa do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Usługą o łącznej kwocie do 800 zł obejmiemy jedno z powyżej wymienionych zachorowań w roku polisowym
Dotychczasowy § 2 pkt 12. nowy § 2 pkt 26)	12. pracownik – wszystkie osoby zatrudnione przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę. Za pracownika przyjmuje się kandydata do pracy kierowanego przez Pracodawcę na badania wstępne	[Zmiana numeracji punktu z 12. na 26)] 26) pracownik – wszystkie osoby zatrudnione przez Ciebie na podstawie umowy o pracę. Za pracownika przyjmuje się kandydata do pracy kierowanego przez Ciebie na badania wstępne w ramach Medycyny Pracy [PODSTAWA]
Dotychczasowy § 2 pkt 13. nowy § 2 pkt 27)	13. Pracownicze Programy Profilaktyczne – udzielana w ramach medycyny pracy, profilaktyczna opieka zdrowotna, niezbędna z uwagi na warunki pracy, dostosowana do potrzeb związanych z warunkami pracy, pozwalająca na wczesną diagnostykę, leczenie i powstrzymanie niekorzystnych skutków zdrowotnych zmian chorobowych bezpośrednio lub pośrednio związanych z wykonywaną pracą	[Zmiana numeracji punktu z 13. na 27)] 27) Pracownicze Programy Profilaktyczne/PPP – usługi medyczne udzielane w ramach medycyny pracy , obejmujące profilaktyczną opiekę zdrowotną, niezbędną z uwagi na warunki pracy . Programy te są dostosowane do potrzeb wynikających z charakterystyki wykonywanej pracy, umożliwiając wczesną diagnostykę, leczenie oraz zapobieganie niekorzystnym skutkom zdrowotnym związanym z wykonywaną pracą, zgodnie z ustawą o służbie medycyny pracy. Szczegółowy wykaz usług medycznych oraz usług wspierających powrót do zdrowia, przysługujących Ubezpieczonym w ramach wybranych wariantów Pracowniczych Programów Profilaktycznych, wraz z maksymalną wysokością refundacji oraz limitami, określony został w Załączniku nr 1 do OWU
Nowy § 2 pkt 28)	Brak przepisu	28) profilaktyczna opieka zdrowotna – działania zapobiegające powstawaniu i szerzeniu się niekorzystnych skutków zdrowotnych, które mają związek z warunkami lub charakterem wykonywanej pracy, zakres profilaktycznej opieki zdrowotnej określa § 4 ust. 2
Dotychczasowy § 2 pkt 14. nowy § 2 pkt 29)	14. refundacja zabiegów z dziedziny chirurgii naprawczej skutków leczenia onkologicznego – jeżeli Ubezpieczony, wskutek następstw leczenia chirurgicznego choroby nowotworowej, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga wykonania zabiegu chirurgii naprawczej, Towarzystwo zwraca koszty przeprowadzonego zabiegu chirurgii naprawczej do kwoty 3000 zł z tytułu jednej choroby nowotworowej	[Zmiana numeracji punktu z 14. na 29)] 29) refundacja zabiegów z dziedziny chirurgii naprawczej skutków leczenia onkologicznego – jeżeli Ubezpieczony, wskutek następstw leczenia chirurgicznego choroby nowotworowej, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga wykonania zabiegu chirurgii naprawczej, zwrócimy koszty przeprowadzonego zabiegu chirurgii naprawczej do kwoty 3 000 zł w odniesieniu do jednej choroby nowotworowej zdiagnozowanej w roku polisowym
Dotychczasowy § 2 pkt 15. nowy	15. rehabilitacja poudarowa – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po wystąpieniu udaru mózgu specjalistycznej rehabilitacji neuropsychologicznej, logopedycznej, ruchowej, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty maksymalnie 30 takich zabiegów w odniesieniu do jednego zachorowania	[Zmiana numeracji punktu z 15. na 30)] 30) rehabilitacja poudarowa – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po wystąpieniu udaru mózgu specjalistycznej rehabilitacji neuropsychologicznej, logopedycznej, ruchowej, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty maksymalnie za 30 wymienionych zabiegów rehabilitacyjnych łącznie, w odniesieniu do jednego zachorowania w roku polisowym

§ 2 pkt 30)		
Nowy § 2 pkt 31)	Brak przepisu	31) rocznica polisy – każda kolejna rocznica wskazanego w polisie dnia początku naszej odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia
Nowy § 2 pkt 32)	Brak przepisu	32) rok polisowy – każdy okres 12 miesięcy trwania umowy ubezpieczenia licząc od pierwszego dnia ochrony ubezpieczeniowej lub od dnia rocznicy polisy do dnia poprzedzającego rocznicę polisy
Dotychczasowy § 2 pkt 16. nowy § 2 pkt 33)	16. Teleopieka Kardiologiczna – (...) Usługa jest świadczona w okresie ubezpieczenia przez okres 5 miesięcy od daty wypisu ze szpitala po hospitalizacji kardiologicznej	[Zmiana numeracji punktu z 16. na 33]] 33) Teleopieka Kardiologiczna – (...) Usługę będziemy świadczyć w okresie ubezpieczenia, po hospitalizacji kardiologicznej, przez okres 5 miesięcy od daty wypisu Ubezpieczonego ze szpitala
Dotychczasowy § 2 pkt 17. nowy § 2 pkt 34)	17. transport medyczny na badania kontrolne – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po hospitalizacji kardiologicznej badań kontrolnych, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu Ubezpieczonego do i z szpitala lub innej placówki medycznej przeprowadzającej badania kontrolne dostosowanym do aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 1000 zł w odniesieniu do jednego zachorowania	[Zmiana numeracji punktu z 17. na 34]] 34) Transport medyczny na badania kontrolne – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga badań kontrolnych po hospitalizacji kardiologicznej, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty transportu Ubezpieczonego, do i ze szpitala lub innej placówki medycznej przeprowadzającej badania kontrolne, dostosowanym do aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu. Usługą o łącznej kwocie do 1 000 zł obejmiemy jedno zachorowanie w roku polisowym
Dotychczasowy § 2 pkt 18. nowy § 2 pkt 35)	18. transport na badania lekarskie lub zabiegi rehabilitacyjne – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po wystąpieniu udaru mózgu badań kontrolnych, zabiegów rehabilitacyjnych Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu Ubezpieczonego do i z placówki medycznej przeprowadzającej badania lub zabiegi rehabilitacyjne dostosowanym do aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu. Usługa jest świadczona, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przez okres 5 miesięcy od daty wystąpienia udaru mózgu, do łącznej kwoty 5000 zł i maksymalnie 50 przewozów Ubezpieczonego w odniesieniu do jednego zachorowania	[Zmiana numeracji punktu z 18. na 35]] 35) transport na badania lekarskie lub zabiegi rehabilitacyjne – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga badań kontrolnych albo zabiegów rehabilitacyjnych, po wystąpieniu udaru mózgu, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty transportu Ubezpieczonego do i z placówki medycznej przeprowadzającej badania lub zabiegi rehabilitacyjne, dostosowanym do aktualnego stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu. Usługę będziemy świadczyć do łącznej kwoty 5 000 zł i maksymalnie za 50 przewozów Ubezpieczonego w trakcie trwania roku polisowego , przez okres 5 miesięcy od daty wystąpienia udaru mózgu, w odniesieniu do wystąpienia jednego udaru mózgu
Nowy § 2 pkt 36)	Brak przepisu	36) Ty/Ubezpieczający – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna posiadająca zdolność prawną, będąca równocześnie pracodawcą w rozumieniu kodeksu pracy, zatrudniającą pracowników, która zawarła z nami umowę ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU i zobowiązana jest do opłacenia składki ubezpieczeniowej
Dotychczasowy § 2 pkt 19. nowy § 2 pkt 37)	19. Ubezpieczony – pracownik Ubezpieczającego	[Zmiana numeracji punktu z 19. na 37]] 37) Ubezpieczony – Twój pracownik
Dotychczasowy § 2 pkt 20. nowy § 2 pkt 38)	20. udar mózgu – występujące w okresie ubezpieczenia nagłe, trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące nagłym ogniskowym, a niekiedy uogólnionym zaburzeniem czynności mózgu, którego objawy utrzymują się dłużej niż 24 godziny i nie mają przyczyny innej niż naczyniowa, potwierdzone w badaniu obrazowym	[Zmiana numeracji punktu z 20. na 38]] [Treść punktu bez zmian]
Nowy § 2 pkt 39)	Brak przepisu	39) ustawa o służbie medycyny pracy – ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy oraz akty wykonawcze wydane na jej podstawie
Nowy § 2 pkt 40)	Brak przepisu	40) uraz układu kostno - stawowego – całkowite przerwanie ciągłości kości albo uszkodzenie będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, w którym dochodzi do utraty kontaktu powierzchni stawowych, przemieszczenia w torebce stawowej z towarzyszącym uszkodzeniem struktur wewnątrzstawowych (więzadeł, chrząstki, łąkotek) albo rozerwaniem torebki stawowej, potwierdzone badaniem radiologicznym; za uraz układu kostno – stawowego nie przyjmuje się skręcenia stawu/ów

Nowy § 2 pkt 41)	Brak przepisu	41) usługa medyczna – uzasadnione z medycznego punktu widzenia działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego oraz inne działania medyczne wymienione w PPP
Dotychczasowy § 2 pkt 21. nowy § 2 pkt 42)	21. usługa medyczna z zakresu medycyny pracy – udzielana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu, usługa medyczna z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej określona w Katalogu Usług Medycznych, wymagana i zgodna z obowiązującymi przepisami prawa na danym stanowisku pracy	[Zmiana numeracji punktu z 21. na 42)] 42) usługa medyczna z zakresu medycyny pracy – usługa medyczna udzielana Ubezpieczonemu w okresie ochrony ubezpieczeniowej, obejmująca profilaktyczną opiekę zdrowotną w wariantcie Medycyna Pracy [PODSTAWA], wymaganą i zgodną z obowiązującymi przepisami prawa dla danego stanowiska pracy
Dotychczasowe zapisy § 2 pkt 22) – 25)	22. Walka dla Serca – przysługujące Ubezpieczonemu z tytułu choroby serca usługi medyczne i usługi wspierające powrót do zdrowia określone w Katalogu Usług Medycznych, 1. Walka z Boreliozą – jeżeli Ubezpieczony, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zostanie ukąszony przez kleszcza, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrycie lub zwrot kosztów usługi medycznej zapobiegającej zachorowaniu na choroby przenoszone przez kleszcze. Usługa medyczna zapobiegająca zachorowaniu na choroby przenoszone przez kleszcze obejmuje: a) wizytę lekarską przeprowadzoną w celu usunięcia kleszcza zagnieżdżonego w ciele Ubezpieczonego, b) transport kleszcza do odpowiedniego laboratorium w celu wykonania badania kleszcza pod kątem nosicielstwa patogenów borrelia burgdorferi lub babesia divergens; c) antybiotykoterapię jeżeli w wyniku badania okaże się, że kleszcz jest nosicielem patogenów borrelia burgdorferi lub babesia divergens, a lekarz prowadzący leczenie zlecił Ubezpieczonemu poddanie się leczeniu antybiotykami, Towarzystwo zwraca koszty antybiotyków na podstawie imiennych rachunków. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, do limitu dwóch takich zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, 2. Walka z Rakiem – przysługujące Ubezpieczonemu z tytułu choroby nowotworowej, usługi medyczne i usługi wspierające powrót do zdrowia określone w Katalogu Usług Medycznych, 3. Walka z Udarem – przysługujące Ubezpieczonemu z tytułu udaru mózgu, usługi medyczne i usługi wspierające powrót do zdrowia określone w Katalogu Usług Medycznych	Przepis usunięty
Nowy § 2 pkt 43)	Brak przepisu	43) usługi wspierające powrót do zdrowia – uzasadnione działania, które będziemy podejmować po zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego w celu zapewnienia optymalnego powrotu Ubezpieczonego do zdrowia, wymienione w PPP. W ramach tych działań ponosimy organizację i koszty, mające na celu wsparcie procesu rekonwalescencji Ubezpieczonego
Dotychczasowy § 2 pkt 26. nowy § 2 pkt 44)	4. wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po hospitalizacji kardiologicznej sprzętu rehabilitacyjnego, wykorzystywanego w celu przyspieszenia powrotu do zdrowia, Towarzystwo zapewnia organizację i pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia tego sprzętu i dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Usługa jest świadczona do łącznej kwoty 1000 zł w odniesieniu do jednego zachorowania	[Zmiana numeracji punktu z 26. na 44)] 44) wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga po hospitalizacji kardiologicznej sprzętu rehabilitacyjnego, wykorzystywanego w celu przyspieszenia powrotu do zdrowia, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty zakupu lub wypożyczenia tego sprzętu i dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Usługą o łącznej kwocie do 1 000 zł obejmiemy jedno zdarzenie ubezpieczeniowe w roku polisowym
Nowe zapisy § 2 pkt 45) – 46)	Brak przepisu	45) zachorowanie – wystąpienie u Ubezpieczonego, w zależności od posiadanego zakresu ochrony ubezpieczeniowej: hospitalizacji kardiologicznej, udaru mózgu, choroby nowotworowej, 46) zdarzenie ubezpieczeniowe – występujące w okresie ochrony ubezpieczeniowej zachorowanie, stan zdrowia Ubezpieczonego lub konieczność wykonania świadczeń z zakresu medycyny pracy [PODSTAWA], uzasadniające realizację na jego rzecz usług medycznych lub usług wspierających powrót do zdrowia, o ile są one zgodne z zakresem ochrony ubezpieczeniowej i zostały wymienione w Załączniku nr 1 do OWU
§ 3	§ 3. (przedmiot i zakres ubezpieczenia) 1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie pracowników Ubezpieczającego . 2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pokrycie kosztów usług medycznych z zakresu medycyny pracy, przewidzianych w ustawie z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks Pracy. 3. Zakresem ubezpieczenia objęte są koszty: 1) badań wstępnych, kontrolnych i okresowych, 2) wizytacji stanowisk pracy, 3) analizy stanu zdrowia pracowników, 4) wystawiania zaświadczeń o stanie zdrowia Ubezpieczonych lub niezdolności do pracy, 5) aktywnego poradnictwa w stosunku do Ubezpieczonych, którzy cierpią na choroby zawodowe lub inne choroby związane z wykonywanym zawodem, 6) delegowania lekarza do zakładowej komisji BHP w przypadkach obowiązkowych, i /lub 7) Pracowniczych Programów Profilaktycznych.	§ 3 Co jest przedmiotem ubezpieczenia? [W dotychczasowym ustępie nr 1 usunięto numerację] Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Twoich pracowników . [Przepisy dotychczasowych ustępów od 2 do 4 zostały usunięte]

	4. Szczegółowy wykaz usług medycznych i usług wspierających powrót do zdrowia przysługujących Ubezpieczonym, w ramach wybranych wariantów ubezpieczenia, wraz w maksymalną wysokością refundacji i limitami, określa Katalog Usług Medycznych.	
Nowy § 4 - § 5	Brak przepisu	§ 4 Jaki jest zakres ubezpieczenia? 1. Zakres ubezpieczenia, obejmuje prawo do korzystania w okresie naszej odpowiedzialności z usług medycznych z zakresu medycyny pracy. Usługi te zostały określone w Załączniku nr 1 do OWU, w wariancie Medycyna Pracy [PODSTAWA]. 2. Za opłatą dodatkowej składki, zakres ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 może zostać rozszerzony o wybrane Pracownicze Programy Profilaktyczne wskazane w Załączniku nr 1 do OWU wraz z określonym zakresem zwrotu kosztów usług medycznych (refundacją). 3. Zakres ubezpieczenia obejmuje teren RP. 4. Wybrany przez Ciebie zakres ubezpieczenia określony jest w polisie oraz Załączniku nr 1 do OWU. § 5 Jakie są wyłączenia ochrony ubezpieczeniowej? 1. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje usług medycznych, jeżeli są one następstwem poniższych okoliczności: 1) wojny, najazdu, wrogiego działania innego państwa, agresji zbrojnej lub działań wojennych bez względu na fakt, czy wojna została wypowiedziana czy też nie, wojny domowej, przewrotu (w tym przewrotu wojskowego), rewolucji, powstania, zagarnięcia władzy wbrew prawu, wprowadzenia stanu wojennego lub stanu wyjątkowego, 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach terroryzmu, strajkach, zamieszkach i rozruchach, lokautach, niepokojach społecznych, sabotażu, 3) reakcji jądrowej, skażenia radioaktywnego, skażenia lub zanieczyszczenia odpadami przemysłowymi, działania broni biologicznej lub chemicznej, promieni laserowych i maserowych, pola magnetycznego lub elektromagnetycznego, oddziaływania azbestu lub formaldehydu, 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu, 5) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa i jego skutków, 6) celowego spowodowania przez Ubezpieczonego rozstroju zdrowia lub zagrożenia życia, 7) leczenia wad wrodzonych lub uszkodzeń powstałych w okresie okołoporodowym, 8) zabiegów lub kuracji odwykowych lub leczenia odwykowego, 9) diagnozowania lub leczenia niepłodności, 10) zabiegów związanych ze zmianą płci, 11) poddania się Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarzy, 12) stosowania leków niedopuszczonych na terenie RP, 13) leczenia lub zabiegów z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej lub kosmetyki, nie dotyczy zabiegów chirurgii naprawczej skutków leczenia onkologicznego, o której mowa w § 2 pkt 29, 14) leczenia kuracyjnego, sanatoryjnego lub uzdrowiskowego, 15) kiedy wykonanie usługi medycznej nie było uzasadnione z medycznego punktu widzenia. 2. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje: 1) pokrycia kosztów usług medycznych z zakresu medycyny sportowej w tym wystawiania przez lekarza medycyny sportowej zaświadczeń na potrzeby uczestnictwa w: a) zawodach sportowych, b) obozach sportowych, c) studiach na kierunku wychowanie fizyczne, 2) usług medycznych w sytuacjach zagrożenia życia, wymagających działań w trybie nagłym, wchodzących w zakres medycznej pomocy doraźnej realizowanej przez podstawowe i specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego, zgodnie z zapisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym. 3. Mamy prawo odmówić pokrycia kosztów usługi medycznej objętej zakresem ubezpieczenia, jeśli nie została ona potwierdzona przez nas lub nie zostało przesłane nam wymagane skierowanie lub e-skierowanie.
Dotychczasowy § 4 nowy § 6	§ 4 (składka ubezpieczeniowa) 1. Przy kalkulacji wysokości składki ubezpieczeniowej uwzględnia się: 1) charakter wykonywanej przez Ubezpieczonych pracy, 2) rodzaj zagrożeń występujących na stanowiskach pracy Ubezpieczonych, 3) strukturę wiekową pracowników, 4) historyczną i planowaną strukturę wykonywanych badań wstępnych, okresowych i kontrolnych, 5) inne czynniki mające wpływ na ryzyko ponoszone przez Towarzystwo m.in. region korzystania ze świadczeń, rodzaj prowadzonej przez Ubezpieczającego działalności gospodarczej. 2. Składka ubezpieczeniowa płatna jest z częstotliwością miesięczną. 3. W ramach jednej umowy ubezpieczenia po analizie zagrożeń występujących na stanowiskach pracy mogą występować różne warianty ubezpieczenia różniące się zakresem Pracowniczych Programów Profilaktycznych. 4. Wysokość składki ubezpieczeniowej dla danej umowy ubezpieczenia stanowi suma iloczynów składki ubezpieczeniowej za dany wariant ubezpieczenia oraz liczby Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach danego wariantu. 5. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składek ubezpieczeniowych należnych za wszystkich Ubezpieczonych, w terminie do 5 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni.	§ 6 Jak ustalamy wysokość składki ubezpieczeniowej? 1. Wysokość składki ubezpieczeniowej uzależnimy od stopnia ryzyka jakie poniesiemy po rozpoczęciu odpowiedzialności ubezpieczeniowej oraz kosztów zawarcia i obsługi ubezpieczenia. Składkę ubezpieczeniową wyliczymy zgodnie z zasadami matematyki aktuarialnej, na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawierania umowy ubezpieczenia. 2. Wysokość składki ubezpieczeniowej obliczymy za okres, w którym poniesiemy odpowiedzialność na podstawie: 1) zakresu ochrony ubezpieczeniowej, 2) charakteru wykonywanej przez Ubezpieczonego pracy, 3) rodzaju zagrożeń występujących na stanowiskach pracy Ubezpieczonego, 4) struktury wiekowej Twoich pracowników, 5) historycznej i planowanej struktury wykonywanych badań wstępnych, kontrolnych i okresowych, 6) dotychczasowego przebiegu ubezpieczenia (w przypadku rocznicy polisy), 7) innych wskaźników korygujących określonych w taryfie składek mających wpływ na zwiększenie ryzyka ponoszonego przez nas.

	6. Wraz ze składką ubezpieczeniową, Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Towarzystwu, w terminie do 5 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni, wykazu Pracowników objętych ubezpieczeniem.	
Nowy § 7	Brak przepisu	§ 7 Jak i kiedy należy opłacić składkę ubezpieczeniową? 1. Składka ubezpieczeniowa płatna jest z częstotliwością miesięczną. 2. Termin opłacenia składki ubezpieczeniowej wskażemy w polisie. 3. Wysokość składki ubezpieczeniowej dla danej umowy ubezpieczenia stanowi iloczyn składki ubezpieczeniowej za dany zakres ubezpieczenia oraz liczby Ubezpieczonych objętych ochroną. 4. Składkę ubezpieczeniową wpłacasz przelewem na nasz rachunek bankowy wskazany w polisie. 5. Masz obowiązek opłacać składkę ubezpieczeniową za wszystkich Ubezpieczonych w terminie do 5 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni, za który składka ubezpieczeniowa jest należna, chyba że umówimy się z Tobą inaczej. 6. Za dzień zapłaty składki uznamy dzień dokonania przez Ciebie zlecenia przelewu lub złożenia polecenia zapłaty w banku lub w urzędzie pocztowym, na właściwy rachunek. Jeżeli na Twoim rachunku nie znajdowała się wystarczająca ilość środków pozwalająca na zrealizowanie zlecenia, za dzień zapłaty uznamy dzień wpływu składki na nasz rachunek. 7. Wraz ze składką jesteś zobowiązany do przekazywania nam w terminie określonym w ust. 5 wykazu Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową.
Dotychczasowy § 4 nowy § 6	§ 5 (zawarcie umowy ubezpieczenia) Podstawą zawarcia umowy ubezpieczenia jest złożenie przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia zdrowotnego - medycyna pracy wraz z ankietą medycyny pracy badającą ryzyka związane bezpośrednio lub pośrednio z wykonywaną pracą.	§ 8 Na jakich warunkach zawrzesz umowę ubezpieczenia? 1. Umowę ubezpieczenia zawrzesz z Tobą pod warunkiem złożenia przez Ciebie, prawidłowo wypełnionego na naszym formularzu, wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wraz z ankietą medycyny pracy badającą ryzyka związane z wykonywaną pracą. 2. Możemy zawrzeć umowę ubezpieczenia pod warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową wszystkich pracowników. 3. W ramach jednej umowy ubezpieczenia, po przeprowadzonej analizie zagrożeń występujących na stanowiskach pracy, mają zastosowanie jednakowe warianty PPP dla wszystkich pracowników. 4. Przed akceptacją wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dokonamy oceny poziomu ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie udzielonych przez Ciebie informacji. Wyznaczenie poziomu ryzyka ubezpieczeniowego będzie polegało na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych objętych zakresem ubezpieczenia. 5. W przypadku stwierdzenia przez nas podwyższonego poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, wynikającego z wyższego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych, zastrzegamy sobie prawo do odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia, zawarcia jej na warunkach odbiegających od wnioskowanych przez Ciebie, lub zaproponowania Tobie zawarcia umowy ubezpieczenia na zasadach odbiegających od wnioskowanych poprzez zmianę zakresu ubezpieczenia lub wysokości składki ubezpieczeniowej. 6. Jeżeli nie umówimy się z Tobą inaczej, do zawarcia umowy ubezpieczenia dojdzie z chwilą spełnienia poniższych warunków: a) akceptacji przez nas wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i b) opłacenia przez Ciebie składki ubezpieczeniowej w terminie wskazanym w § 7 ust. 5, z zastrzeżeniem postanowień ust. 8 – 10. 7. Zawarcie umowy ubezpieczenia jest potwierdzane poprzez wystawienie polisy. 8. Jeżeli polisa będzie zawierać postanowienia odbiegające na niekorzyść Twoją lub Ubezpieczonego od treści złożonej oferty, mamy obowiązek poinformować Cię o tym na piśmie, przekazać Ci polisę i wyznaczyć minimum 7-dniowy termin do zgłoszenia przez Ciebie sprzeciwu. Jeśli tego nie zrobimy, zmiany dokonane na niekorzyść Twoją lub Ubezpieczonego są nieskuteczne, a umowa ubezpieczenia zostanie zawarta zgodnie z warunkami złożonej oferty. 9. Jeśli nie zgłosisz nam sprzeciwu, o którym mowa w ust. 8, uznamy, że umowa ubezpieczenia została zawarta zgodnie z treścią polisy, od dnia następnego po upływie terminu wyznaczonego Ci do złożenia sprzeciwu. 10. Jeśli zgłosisz nam sprzeciw, o którym mowa w ust. 8 uznamy, że umowa ubezpieczenia nie doszła do skutku, a nasza odpowiedzialność nie rozpoczęła się, chyba że porozumiemy się co do warunków umowy ubezpieczenia. Jeśli umowa ubezpieczenia nie dojdzie do skutku, zwrócimy Ci wpłatę na poczet składki ubezpieczeniowej.
Dotychczasowy § 6 nowy § 9	§ 6 (czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa) 1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego trwa przez okres jednego miesiąca kalendarzowego i automatycznie zostaje przedłużona na każdy kolejny miesiąc kalendarzowy, pod warunkiem uiszczenia każdorazowo składki zgodnie z postanowieniem § 4 ust. 5 i 6 OWDUMP, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2. i ust. 3 niniejszego paragrafu. 2. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się: 1) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w trybie określonym w § 9 ust. 1 OWU - w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych, 2) z dniem upływu okresu wypowiedzenia w trybie określonym w § 9 ust. 3 OWU - w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych, 3) z dniem rozwiązania umowy w trybie określonym w § 9 ust. 6 oraz § 8 ust. 2 OWU - w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych, 4) z końcem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony Główny utracił status pracownika, 5) z dniem śmierci Ubezpieczonego - w stosunku do danego Ubezpieczonego. 3. Za zgłoszenie pracownika kierowanego przez Pracodawcę na badania wstępne przewidziane w Kodeksie pracy, przyjmuje się przesłanie do Towarzystwa prawidłowo wypełnionego skierowania. 4. Przyjmuje się, że okres ochrony wobec tego Ubezpieczonego rozpoczyna się 1-szego dnia miesiąca, w którym Towarzystwo otrzymało prawidłowo wypełnione skierowanie.	§ 9 Ile czasu trwa umowa ubezpieczenia? Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.

Dotychczasowy § 7 nowy § 10	§ 7 (realizacja świadczeń) - Usługi medyczne z zakresu medycyny pracy wskazane w § 3 ust. 3 pkt 1) - 6) realizowane są na podstawie indywidualnego skierowania, wystawionego przez Ubezpieczającego. - Usługi medyczne realizowane są w placówkach Partnerów Medycznych, po wcześniejszym umówieniu usług za pośrednictwem Centrum Umawiania Wizyt - telefonicznie pod numerem +48 801 005 777 lub za pośrednictwem strony www.saltus.pl. - Konsultant Centrum Umawiania Wizyt ustala miejsce i termin wykonania usług medycznych z uwzględnieniem preferencji Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego oraz zakresu usług medycznych oferowanych przez poszczególnych Partnerów Medycznych na wskazanym terenie, w możliwie najbliższym i dogodnym dla Ubezpieczonego terminie. - Jeżeli na określonym przez Ubezpieczającego/Ubezpieczonego terenie lub w wymaganym terminie nie ma możliwości wykonania całości lub części usług medycznych opisanych w § 3 ust. 3 pkt 1, w placówkach Partnerów Medycznych, Ubezpieczony może zrealizować usługi poza siecią Partnerów Medycznych po uzyskaniu zgody Towarzystwa na pokrycie kosztów tych usług.	§ 10 Jak postępujemy w przypadku rocznicy polisy? - Najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy, każda ze stron umowy ubezpieczenia może złożyć oświadczenie o rozwiązaniu umowy ubezpieczenia z końcem miesiąca poprzedzającego rocznicę polisy lub o gotowości kontynuowania umowy na zmienionych warunkach. - Strona, która zamierza kontynuować umowę ubezpieczenia na zmienionych warunkach, przesyła drugiej stronie, w terminie określonym w ust. 1, propozycję zmienionych warunków. - W przypadku wyrażenia zgody na zmianę warunków przez drugą stronę, zmienione warunki umowy ubezpieczenia będą miały zastosowanie od dnia rocznicy polisy pod warunkiem opłacenia uzgodnionej składki ubezpieczeniowej zgodnie z § 7 ust. 5, chyba że umówimy się inaczej. - W przypadku złożenia przez którąkolwiek ze stron, oświadczenia o rozwiązaniu umowy ubezpieczenia z końcem miesiąca poprzedzającego rocznicę polisy lub o niewyrażeniu zgody na kontynuację umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach i nie dojściu do porozumienia co do warunków kontynuowania umowy ubezpieczenia, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z ostatnim dniem miesiąca poprzedzającym rocznicę polisy. - W przypadku braku odpowiedzi na propozycję zmiany warunków w wyznaczonym terminie, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z końcem miesiąca poprzedzającego rocznicę polisy.
Dotychczasowy § 8 nowy § 11	§ 8 (wymagane dokumenty) - Osoba występująca z roszczeniem o zwrot kosztów usług medycznych opisanych w § 3 ust. 3 pkt 1, wykonanych poza siecią Partnerów Medycznych, winna przedłożyć Towarzystwu następujące dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości roszczenia: - zgłoszenie roszczenia na formularzu Towarzystwa, - rachunek / fakturę VAT za usługę medyczną, wystawiony na pracodawcę/Ubezpieczającego, - kopię skierowania na badania medycyny pracy. - W przypadku konieczności świadczenia badań diagnostycznych w ramach Pracowniczej Opieki Profilaktycznej Towarzystwo wymaga przesłania kopii skierowania lekarskiego na dane badanie. - Wymagane dokumenty można przysyłać rekomendowanymi kanałami komunikacji z Towarzystwem: - pocztą tradycyjną na adres: SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych, ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, - po zalogowaniu na Konto Klienta na stronie https://pacjent.saltus.pl/Account/LogIn i w aplikacji mobilnej, lub zgodnie z decyzją Ubezpieczonego za pośrednictwem: - poczty elektronicznej na adres: zdrowie@saltus.pl, - MMS na numer Towarzystwa, 661 005 195, podając dane umożliwiające identyfikację ubezpieczonego.	§ 11 Jak odstąpić od umowy, wypowiedzieć lub rozwiązać umowę ubezpieczenia? - Możesz odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia, składając nam oświadczenie na piśmie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia. - W razie ujawnienia okoliczności, która istotnie zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, obie strony – Ty, jako Ubezpieczający, i my, jako Towarzystwo – mogą żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki. Zmiany tej można żądać od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku kolejnego miesiąca ochrony ubezpieczeniowej. Jeśli jedna ze stron zgłosi takie żądanie, druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym. - W przypadku, gdy warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia było przystąpienie co najmniej czterech Ubezpieczonych Głównych, a w trakcie trwania umowy liczba Ubezpieczonych Głównych spadnie poniżej czterech, przysługuje nam prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia ze skutkiem na koniec miesiąca, w którym informację tę powzięliśmy. - Jeżeli nie opłacisz kolejnej składki ubezpieczeniowej w terminie, a także gdy opłacisz ją w niepełnej wysokości wezwimy Ciebie do jej zapłaty. W tym celu wyznaczmy w wezwaniu do zapłaty dodatkowy termin 7 dni. Jeśli po tym terminie nie opłacisz kolejnej składki lub jej brakującej części uznamy umowę ubezpieczenia za wypowiedzianą przez Ciebie ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca, w którym upłynął dodatkowy termin 7 dni. W przypadku opłacenia jedynie części składki, zwrócimy część składki ubezpieczeniowej przypadającej za okres, w którym nie świadczyliśmy ochrony ubezpieczeniowej. - Umowa ubezpieczenia może zostać rozwiązana przez Ciebie w każdym czasie jej obowiązywania, z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia, który skutkuje rozwiązaniem umowy na koniec miesiąca następującego po miesiącu, w którym otrzymaliśmy oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia. - W razie Twojego wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, ponowne zawarcie umowy ubezpieczenia możliwe jest po upływie 6 miesięcy, liczonych od ostatniego dnia trwania naszej ochrony ubezpieczeniowej, chyba że wyrazimy zgodę na wcześniejsze zawarcie umowy ubezpieczenia. - Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ciebie z obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej należnej za okres trwania naszej odpowiedzialności.
Dotychczasowy § 9 nowy § 12	§ 9 (postanowienia końcowe) - Do umów ubezpieczenia dodatkowego, zawieranych na podstawie niniejszych OWDUMP, mają zastosowanie postanowienia OWU, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych OWDUMP. - Niniejsze ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia zostały uchwalone w dniu 27 sierpnia 2021 roku przez Zarząd SALTUS Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Sopocie i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 października 2021 roku.	§ 12 Kiedy rozpoczyna się nasza odpowiedzialność? - W przypadku pracowników zatrudnionych przed datą zawarcia umowy ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca, następującego po akceptacji przez nas wniosku o zawarcie umowy. - Okres ochrony ubezpieczenia wobec nowo przyjmowanego pracownika w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, rozpoczyna się 1-szego dnia miesiąca, w którym otrzymaliśmy od Ciebie prawidłowo wystawione indywidualne skierowanie na badanie wstępne z zakresu Medycyny Pracy [PODSTAWA]. - Za zgłoszenie pracownika kierowanego przez Ciebie na badania wstępne z zakresu Medycyny Pracy [PODSTAWA] przewidziane w kodeksie pracy, przyjmujemy przekazanie do nas prawidłowo wypełnionego skierowania na badania wstępne, na adres poczty elektronicznej: zdrowie@saltus.pl lub poprzez udostępniony Tobie Panel Pracodawcy, po zalogowaniu się na: https://saltus.pl/strefa-partnera/dla-pracodawcow/ - W przypadku PPP okres ochrony ubezpieczenia wobec nowo przyjmowanego pracownika w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, rozpoczyna się 1-szego dnia miesiąca następującego po dniu, w którym pracownik został zatrudniony, chyba że umówimy się z Tobą inaczej.
	Brak przepisów	Nowe przepisy od § 13 do § 33
Do OWU GUZ – MEDYCYNA PRACY wprowadzono nowy Załącznik nr 1.	brak	Jest: sygnatura druku - OWZ1/6MP/2505/NG/1

Dotychczasowy Załącznik nr 2 do OWU GUZ SALTUS ZDROWIE został włączony jako Załącznik nr 2 do OWU GUZ – MEDYCYNĄ PRACY.	Było: sygnatura druku - OWZ2/6/2108/NG/4	Jest: sygnatura druku - OWZ2/6MP/2505/NG/1
Ustandaryzowane dokumenty zawierające informacje o produkcje ubezpieczeniowym (KARTA IPID)	Zaktualizowano Karty IPID, dostosowując ich treści do zaktualizowanych postanowień OWU GUZ SALTUS ZDROWIE i OWU GUZ MEDYCYNĄ PRACY (dalej: OWU). Aktualizacja miała na celu zapewnienie zgodności pomiędzy informacjami przedstawionymi w Karcie IPID a postanowieniami zawartymi w OWU.	