

SIGNAL IDUNA



SIGNAL IDUNA Życie Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

Dobrze wiedzieć, że jest SIGNAL IDUNA.

**Ogólne Warunki
Terminowego
Ubezpieczenia na Życie
„Ochrona Phinance”**

Ogólne Warunki Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Ochrona Phinance”

Najważniejsze informacje dotyczące ubezpieczenia

Szanowny Kliencie,

poniżej przedstawiamy najważniejsze informacje zawarte w **Ogólnych Warunkach Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Ochrona Phinance”**

Lp.	Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej Ogólnych Warunków Terminowego Ubezpieczenia na Życie „Ochrona Phinance”
1.	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 2; § 3; § 11; § 12; § 13; § 14;
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 2; § 10; § 12; § 13; § 14;

Spis treści

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE	2	§ 11. ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO	5
§ 2. DEFINICJE	2	§ 12. POWAŻNY URAZ UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	5
§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	3	§ 13. POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO	7
§ 4. UMOWA UBEZPIECZENIA	4	§ 14. POBYT UBEZPIECZONEGO W SZPITALU	7
§ 5. UBEZPIECZONY	4	§ 15. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ	7
§ 6. OKRES UBEZPIECZENIA	4	§ 16. UPOSAŻONY	8
§ 7. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA	4	§ 17. SKARGI I ZAŻALENIA ORAZ ROZPATRYWANIE SPORÓW	8
§ 8. ZMIANY W ROCZNICĘ POLISY	4	§ 18. POSTANOWIENIA KOŃCOWE	9
§ 9. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA	4		
§ 10. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	4		

§ 1.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

Niniejsze ogólne warunki terminowego ubezpieczenia na życie, zwane dalej „ogólnymi warunkami ubezpieczenia”, stosuje się do umów terminowego ubezpieczenia na życie „Ochrona Phinance” zawieranych pomiędzy SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna a Ubezpieczającym.

§ 2.

DEFINICJE

Wymienionym poniżej terminom nadaje się następujące znaczenie:

- Ubezpieczyciel** – SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna;
- Ubezpieczający** – podmiot zawierający umowę ubezpieczenia, zobowiązujący się do opłacania składek;
- Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia;
- Uposażony** – podmiot wskazany przez Ubezpieczonego, uprawniony do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
- wiek Ubezpieczonego** – wiek ustalany jako różnica lat pomiędzy rokiem bieżącym oraz rokiem kalendarzowym urodzenia Ubezpieczonego;
- umowa ubezpieczenia** – umowa terminowego ubezpieczenia na życie zawarta na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
- polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia, określający zakres ochrony ubezpieczeniowej;
- rocznica polisy** – każda kolejna rocznica daty wskazanej w polisie jako początek okresu ubezpieczenia;
- okres ubezpieczenia** – okres, na który została zawarta umowa ubezpieczenia;
- składka** – kwota należna od Ubezpieczającego z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia;
- suma ubezpieczenia** – suma pieniężna określona w polisie dla każdego ze zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, stanowiąca podstawę do ustalenia wysokości świadczenia;
- świadczenie** – suma pieniężna, którą Ubezpieczyciel wypłaca w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia;
- choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju; za chorobę nie uważa się ciąży, porodu, połogu;
- choroba psychiczna** – to choroba zakwalifikowana jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych;
- nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, gwałtowne i nieoczekiwane zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego, które nastąpiło w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej i było wyłączną przyczyną powstania poważnego urazu, poważnego zachorowania lub pobytu w szpitalu Ubezpieczonego;
- poważny uraz** – powstałe w wyniku nieszczęśliwego wypadku uszkodzenia ciała, polegające na naruszeniu sprawności organizmu, powodujące upośledzenie jego funkcji, wskazane w § 12 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
- złamanie** – powstałe w wyniku nieszczęśliwego wypadku całkowite przerwanie ciągłości tkanki kostnej;
- złamanie otwarte** – złamanie powodujące przerwanie przez odłamy kostne ciągłości tkanek skóry;
- złamanie wieloodłamowe** – złamanie, w którym dochodzi do powstania więcej niż jednej szczeliny złamania;
- oparzenie** – proces chorobowy obejmujący zmiany miejscowe i ogólnoustrojowe powstały wskutek działania czynnika fizycznego tj.: termicznego (wysokiej temperatury), chemicznego lub prądu elektrycznego na organizm człowieka;
- odmrożenie** – proces chorobowy obejmujący zmiany miejscowe i ogólnoustrojowe wskutek działania czynnika fizycznego tj.: termicznego (niskiej temperatury) lub chemicznego na organizm człowieka;
- zwichnięcie** – trwałe i całkowite urazowe przemieszczenie powierzchni stawowych względem siebie spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem wymagające nastawienia przez lekarza w trybie pilnym sposobem zachowawczym lub operacyjnie. Za zwichnięcie nie uważa się zwichnięć nawykowych;
- szpital** – działający na terytorium Unii Europejskiej, Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (Islandii, Szwajcarii, Norwegii, Liechtensteinu), zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie przystosowanych do tego celu pomieszczeniach, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, w tym w szczególności infrastrukturą niezbędną do przeprowadzania zabiegów chirurgicznych, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną kadrę lekarską i pielęgniarską, w sposób gwarantujący zabezpieczenie w trybie ciągłym opieki ze strony przynajmniej jednej pielęgniarki i jednego lekarza oraz archiwizujący w sposób zgodny z obowiązującymi przepisami pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta; w rozumieniu ogólnych warunków ubezpieczenia szpitalem nie jest w szczególności: dom opieki, ośrodek opieki społecznej, ośrodek opieki geriatrycznej, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, ośrodek zdrowia, rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, uzdrowiskowy, prewencyjny, szpital sanatoryjny, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział lub pododdział rehabilitacyjny, szpital uzdrowiskowy, ośrodek wypoczynkowy, zakład opiekuńczo-leczniczy lub zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy;
- pobyt w szpitalu** – udokumentowany, stały i nieprzerwany pobyt w szpitalu, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie stanu zdrowia. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte są wyłącznie przypadki leczenia stacjonarnego, w przypadku których odroczenie w czasie pomocy medycznej może skutkować utratą życia lub zdrowia oraz przypadki leczenia stanów, w przypadku których nie można uzyskać celu leczniczego podczas leczenia ambulatoryjnego. Za pobyt w szpitalu nie uważa się: pobytów w szpitalu, których celem była wyłącznie rehabilitacja, diagnostyka, obserwacja lub rekonwalescencja oraz pobytów na oddziałach dziennych. Za dzień pobytu w szpitalu uważa się każdą rozpoczętą dobę pobytu w szpitalu za wyjątkiem ostatniej doby pobytu;
- poważne zachorowanie** – choroba, operacja chirurgiczna lub zabieg medyczny wymieniony poniżej spełniający warunki definicji. Za dzień wystąpienia poważnego zachorowania przyjmuje się dzień przeprowadzenia operacji chirurgicznej, zabiegu medycznego bądź postawienia przez lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny diagnozy choroby objętej zakresem ubezpieczenia;
 - nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy (rak) charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek.

Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem histopatologicznym wykonanym przez specjalistę histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje też białaczkę, chłoniaka złośliwego i ziarnicę złośliwą (choroba Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry dające przerzuty. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- wszystkie zmiany opisane histopatologicznie jako łagodne,
 - rak nieinwazyjny („in situ”), dysplazja szyjki macicy, rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne,
 - rak gruczołu krokowego (prostaty) w stopniu T-1 (w tym T1a i T1b) wg klasyfikacji TNM lub odpowiadający temu stopniowi stopień zaawansowania według innej klasyfikacji,
 - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (= <1 mm poziom II lub III bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care, 7th Edition TNM Classification),
 - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak podstawnokomórkowy skóry i kolczystokomórkowy skóry,
 - wszelkie nowotwory współistniejące z zakażeniem HIV;
- b) **zawał serca** – pierwszy w życiu epizod zawału serca w rozumieniu martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie zawału serca musi być oparte na wystąpieniu znaczącego podwyższenia stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego (troponina T, troponina I, CKMB mass) powyżej wartości referencyjnych dla danego laboratorium i jednego z poniższych:
- świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca,
 - objawów klinicznych niedokrwienia, takiego jak ból w klatce piersiowej,
 - nowego odcinkowego zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych, takich jak ECHO serca.
- Pojęcie Zawału serca nie obejmuje epizodów dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) i wszelkich zespołów wieńcowych oraz pozostałych przyczyn wzrostu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego, takich jak zator tętnicy płucnej czy zapalenie mięśnia sercowego;
- c) **udar mózgu** – nagłe naczyniopochodne, trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w wyniku zaburzeń krążenia wewnątrzmoźgowego (zator lub wynaczynienie), które powoduje stwierdzone w badaniu fizykalnym objawy neurologiczne utrzymujące się co najmniej 3 miesiące od dnia postawienia rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone obecnością charakterystycznych świeżych zmian w badaniach obrazowych (CT, NMR). Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: przebyty udar mózgu bezobjawowy, który został rozpoznany na podstawie badań obrazowych, napady przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA), krwawienia śródczaszkowe powstałe jako następstwo urazu lub wypadku, wszystkie inne objawy neurologiczne w przebiegu innych chorób niż udar mózgu;
- d) **pomostowanie naczyń wieńcowych (by-pass)** – przebiecie operacji chirurgicznej mającej na celu leczenie istotnego zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych poprzez wszczepienie omijającego pomostu naczyniowego. Wskazania do operacji muszą wynikać wprost z badania angiograficznego ujawniającego istotną patologię w obrębie naczyń wieńcowych, a kwalifikacja do zabiegu musi zostać przeprowadzona przez specjalistę kardiologa lub kardiochirurga. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są wszystkie zabiegi na tętnicach wieńcowych wykonywane od strony światła naczynia, wykonywane techniką laserową i/lub endoskopową;
- e) **operacja zastawek serca** – przebiecie operacji chirurgicznej z otwarciem klatki piersiowej na otwartym sercu w celu leczenia poprzez wymianę uszkodzonych jednej lub więcej zastawek serca. Wskazania do zabiegu muszą wynikać wprost z dodatkowych badań obrazowych (np. ECHO serca), a kwalifikacja do zabiegu musi zostać przeprowadzona przez lekarza specjalistę kardiologa lub kardiochirurga. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są zabiegi na zastawkach serca bez ich przeszczepiania oraz przeprowadzane jako leczenie wad wrodzonych serca;
- f) **chirurgiczna operacja aorty** – tylko taka operacja chirurgiczna na aorcie rozumianej jako jej odcinek piersiowy i brzuszny do poziomu odejścia tętnic biodrowych wspólnych z wykluczeniem jej odgałęzień, która polega na wymianie chorobowo zmienionego odcinka aorty i zastąpienia go protezą naczyniową. Operacja chirurgiczna wykonana jest w celu leczenia w przypadku zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym tętniaków, zwężeń, koarktacji, a także rozwarstwienia aorty. Wskazanie do wykonania operacji chirurgicznej aorty musi być poparte dokumentacją medyczną potwierdzającą jej przebiecie;
- g) **angioplastyka naczyń wieńcowych** – pierwsze w życiu Ubezpieczonego przeprowadzenie zabiegu metodą przeszkrónej angioplastyki wieńcowej,

angioplastyki balonowej lub metodami podobnymi w celu leczenia istotnego zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych. Wskazania do zabiegu muszą być potwierdzone w dodatkowych badaniach obrazowych – np. angiografia, w których przed wykonaniem zabiegu stwierdzono co najmniej 70% zwężenia światła operowanej tętnicy wieńcowej;

h) **zakażenie wirusem HIV** – tylko takie stwierdzenie zakażenia wirusem ludzkiego niedoboru odporności (HIV) lub zespołu nabytego upośledzenia odporności (AIDS), które:

- jest następstwem przetoczenia krwi, które wykonano w trakcie ochrony ubezpieczeniowej na terenie Polski u osoby nie chorującej na hemofilie, a serokonwersja nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od udokumentowanej daty przetoczenia krwi. Zabieg przetoczenia krwi musi być potwierdzony właściwą dokumentacją medyczną,
- jest następstwem wykonywania obowiązków zawodowych pracowników medycznych (lekarz, pielęgniarka, ratownik medyczny) lub funkcjonariuszy Policji lub Straży Pożarnej w drodze kontaktu Ubezpieczonego z zakażoną krwią, kontaktu z zakrwawioną skażoną igłą, w wyniku zranienia ostrymi przedmiotami, pod warunkiem zgłoszenia do Ubezpieczyciela zdarzenia jako potencjalnej przyczyny zakażenia wraz z negatywnym wynikiem testu w kierunku HIV w ciągu 14 dni od daty tego zdarzenia.

Zakażenie musi być potwierdzone pozytywnym wynikiem testu metodą ELISA oraz testem Western blot i/lub PCR. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zakażenia wirusem HIV, do którego doszło w wyniku przetoczenia krwi w przebiegu leczenia jakiegokolwiek innego poważnego zachorowania spośród poważnych zachorowań objętych niniejszą umową ubezpieczenia;

i) **schyłkowa niewydolność wątroby** – trwałe i nieodwracalne uszkodzenie mięszu powodujące niewydolność wątroby spowodowane jej marskością. Do uznania roszczenia konieczne jest łączne występowanie encefalopatii wątrobowej, trwałej żółtaczki, wodobrzusza. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są przypadki schyłkowej niewydolności wątroby jako następstwa nadużywania leków, alkoholu lub narkotyków oraz celowego zatrucia lekami lub środkami chemicznymi;

j) **niewydolność nerek (mocznica)** – tylko przewlekła choroba nerek w stadium schyłkowym tj. 5 wg K/DOQI (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) - schyłkowa i nieodwracalna niewydolność obu nerek bezwzględnie wymagająca leczenia nerkozastępczego czyli stałej dializoterapii lub przeszczepienia nerki. Rozpoznanie mocznicy lub kwalifikacja do przeszczepu musi być potwierdzone przez specjalistę nefrologa;

k) **przeszczep narządu** – dokonanie przeszczepu Ubezpieczonego lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego do przeszczepu jako biorcy jednego spośród wymienionych narządów:

- trzustki (z wyłączeniem transplantacji jedynie komórek wysp Langerhansa),
- serca (tylko pełna transplantacja),
- szpiku kostnego z zastosowaniem komórek macierzystych krwi, po uprzednim zniszczeniu (ablacji) własnego szpiku biorcy,
- wątroby (w tym jej części),
- płuca,
- nerki.

Wykonanie przeszczepu narządu jak też zarejestrowanie na Krajowej Liście Oczekujących w Centrum Organizacyjno-Koordynacyjnym Do Spraw Transplantacji POLTRANSPLANT musi być udokumentowane w sposób jednoznaczny. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przeszczepy narządów, do których schyłkowej niewydolności stanowiącej wskazanie do przeszczepu doszło przed objęciem ochroną ubezpieczeniową z tytułu poważnego zachorowania oraz przeszczepy wykorzystujące inne niż wyżej wymienione komórki macierzyste;

26. **leczenie operacyjne** – zespół zabiegów chirurgicznych polegających na naruszeniu ciągłości tkanek, wykonywany przez zespół lekarzy w warunkach szpitalnych w ramach bloku operacyjnego, podczas pobytu w szpitalu, w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym.

§ 3.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakresem ubezpieczenia objęte są następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - a) śmierć Ubezpieczonego,
 - b) poważny uraz Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

- c) poważne zachorowanie Ubezpieczonego,
- d) pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby lub w wyniku nie-
szczęśliwego wypadku.

§ 4.

UMOWA UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony w polisie.
2. Ubezpieczający przed zawarciem umowy ubezpieczenia zobowiązany jest do udzielenia Ubezpieczycielowi zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania zawarte w we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz w innych dokumentach, a w szczególności do przekazania do Ubezpieczyciela na jego prośbę wypełnionych ankiet lub kwestionariuszy medycznych oraz dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia osoby wskazanej we wniosku jako Ubezpieczony.
3. Ubezpieczyciel przed zawarciem umowy, w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, może skierować osobę wskazaną we wniosku jako Ubezpieczony na badania lekarskie lub badania diagnostyczne z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Ubezpieczyciel ponosi koszty zleconych przez siebie badań.
4. Ubezpieczyciel w wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka może odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia lub zaproponować jej zawarcie na warunkach odmiennych od wnioskowanych.
5. W przypadku odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zwraca niezwłocznie Ubezpieczającemu wpłaconą składkę, nie później niż w terminie 7. dni od dnia podjęcia decyzji o odmowie.
6. Jeżeli w odpowiedzi na złożony wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel doręcza Ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego wniosku, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu uwagę na piśmie na wszelkie zachodzące różnice. W przypadku braku sprzeciwu w terminie 7. dni od daty doręczenia dokumentu ubezpieczenia, umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

§ 5.

UBEZPIECZONY

Ubezpieczonym może być osoba, która ukończyła 18. rok życia oraz osoba, która we wnioskowanej dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej nie będzie miała ukończonego 55. roku życia.

§ 6.

OKRES UBEZPIECZENIA

1. Okres ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po dniu opłacenia pierwszej składki w pełnej wysokości.
2. Okres ubezpieczenia trwa najdłużej do dnia najbliższej rocznicy polisy przypadającej bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 60 lat (data urodzin Ubezpieczonego).

§ 7.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składka ubezpieczeniowa może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Ubezpieczający ustala częstotliwość opłacania składki we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Składkę uważa się za opłaconą z chwilą jej wpływu w pełnej wysokości na właściwy rachunek bankowy Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty składki najpóźniej do pierwszego dnia okresu, za który jest należna. Jeżeli Ubezpieczający nie zapłaci składki w wymienionym terminie, Ubezpieczyciel poinformuje o tym fakcie Ubezpieczającego wyznaczając mu dodatkowy, nie krótszy niż 7. dni termin na opłacenie zaległej składki. Jeżeli Ubezpieczający pomimo uprzedniego wezwania do zapłaty nie opłaci składki w dodatkowym terminie przyjmuje się, iż umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem tego dodatkowego terminu.

4. Wysokość składki ustala się na podstawie taryfy Ubezpieczyciela. Wysokość składki może zostać podwyższona przez Ubezpieczyciela w wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w szczególności z uwagi na następujące czynniki ryzyka: tryb życia Ubezpieczonego, wykonywany zawód, uprawiany przez Ubezpieczonego sport lub hobby, czynniki medyczne związane ze stanem zdrowia Ubezpieczonego.
5. W przypadku wygaśnięcia umowy ubezpieczenia przed upływem okresu ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 8.

ZMIANY W ROCZNICĘ POLISY

Ubezpieczający, za zgodą Ubezpieczyciela, może w rocznicę polisy dokonać zmiany częstotliwości opłacania składki. Ubezpieczający zobowiązany jest złożyć Ubezpieczycielowi oświadczenie woli o dokonaniu zmian najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy od której zmiana ta ma obowiązywać.

§ 9.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, w przypadku, gdy jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od daty zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Ubezpieczyciel nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu składkę pomniejszoną o jej część odpowiadającą okresowi odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia powinno być dokonane na piśmie pod rygorem nieważności. Ubezpieczyciel zwraca składkę w terminie 30 dni od dnia otrzymania pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana przez Ubezpieczającego na piśmie w każdym czasie z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia. W przypadku złożenia przez Ubezpieczającego wypowiedzenia, Ubezpieczający ma obowiązek opłacania składki za okres wypowiedzenia.
3. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w przypadku wystąpienia którejkolwiek z wymienionych przestanków:
 - a) śmierci Ubezpieczonego – z chwilą śmierci Ubezpieczonego;
 - b) upływu okresu ubezpieczenia – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia;
 - c) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia – z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia;
 - d) nieopłacenia składki w dodatkowym terminie z ostatnim dniem tego dodatkowego terminu.

§ 10.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego, jeżeli zdarzenie to nastąpiło w wyniku działań wojennych lub stanu wojennego, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru, rozruchach bądź zamieszkach, czynnego udziału Ubezpieczonego w przestępstwie lub usiłowaniu popełnienia przestępstwa.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego urazu Ubezpieczonego oraz poważnego zachorowania Ubezpieczonego, jeżeli zdarzenia te nastąpiły wskutek zdarzeń określonych w ust. 1 lub powstały w wyniku:
 - a) uprawiania lub udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach rekreacyjnych bądź sportowych za które uważa się: sporty walki, sporty spadochronowe, sporty balonowe, szybownictwo i inne sporty lotnicze lub paralotnicze, wspinaczkę wysokogórską, skoki na linie, skoki z wysokości, speleologię, nurkowanie na głębokość pow. 40 metrów, jetskiing, hydro-speed, surfingi wszystkie jego odmiany, rafting i wszystkie jego odmiany, kanioning, wakeboarding, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, samotnych wyprawach morskich i oceanicznych, uczestnictwo w wyprawach wysokogórskich, uczestnictwo w wyprawach polarnych, paintball, gdy uczestnicy nie posiadają stroju ochronnego oraz maski paintballowej, strzelanie poza strzelnicą, heliskiing, freeskiing, mono-ski, zjazdy na nartach lub snowboard poza wyznaczonymi trasami narciarskimi, ewolucje na tyżworolkach, deskorolkach, motocyklach, quadach lub rowerze;

- b) udziału w charakterze uczestnika w wyścigach, rajdach lub pokazach pojazdów lądowych, morskich, powietrznych oraz w przygotowaniach do nich;
- c) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony był pasażerem linii lotniczych innych niż przewoźnik lotniczy w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
- d) pozostawania w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, pozostawania w stanie po użyciu narkotyków, środków odurzających, psychotropowych lub innych środków toksycznych lub farmakologicznych o podobnym działaniu za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego określony;
- e) choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV i pochodnymi (nie dotyczy poważnych zachorowań);
- f) chorób psychicznych, próby samobójczej, umyślnego samouszkodzenia, samookaleczenia, okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
- g) poddania się leczeniu farmakologicznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym lub paramedycznym przeprowadzonym poza kontrolą lekarza lub innych uprawnionych do tego celu osób;
- h) prowadzenia pojazdu bez uprawnień wymaganych do prowadzenia takiego pojazdu lub pojazdu nie posiadającego aktualnego badania technicznego i innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, albo po zażyciu leków wykluczających w okresie ich działania prowadzenie pojazdów;
- i) nawykowego zwicznienia stawów.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli zdarzenie to nastąpiło wskutek zdarzeń wymienionych w ust.1 lub ust.2 lub powstało w wyniku:
- a) operacji plastycznych, kosmetycznych, z wyjątkiem operacji leczenia ostepcei i okaleczeń będących wynikiem nieszczęśliwego wypadku;
- b) ciąży (z wyjątkiem patologii ciąży), usuwania ciąży (z wyjątkiem, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia kobiety), porodu (z wyjątkiem patologii porodu), położu (z wyjątkiem niebezpiecznych dla życia kobiety komplikacji w okresie położu);
- c) leczenia i zabiegów dentystycznych, chyba, że wynikają one z obrażeń odniesionych w nieszczęśliwym wypadku;
- d) leczenia szpitalnego, gdy Ubezpieczony uczestniczył jako dawca narządów lub tkanek;
- e) wykonywania badań rutynowych i kontrolnych, profilaktycznych badań lekarskich lub badań diagnostycznych, leczenia rehabilitacyjnego lub usprawniającego;
- f) leczenia uzależnień, padaczki, wad wrodzonych i rozwojowych oraz ich następstw;
- g) zmiany płci, leczenia związanego z bezpłodnością, sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, aborcją lub antykoncepcją.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania, zgodnie z jego definicją zawartą w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, oraz pobytu w szpitalu, jeżeli zdarzenia te powstały wskutek choroby rozpoznanej lub choroby której objawy wystąpiły lub były leczone przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku wynika z kontynuacji leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków powstałych przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
5. Ubezpieczyciel zwolniony jest z odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek popełnienia przez niego samobójstwa w okresie dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.

§ 11.

ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO

Z tytułu śmierci Ubezpieczonego, która miała miejsce w okresie ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Uposażonemu świadczenia w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu śmierci Ubezpieczonego.

§ 12.

POWAŻNY URAZ UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Z tytułu poważnego urazu Ubezpieczonego, które wystąpił na skutek nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zobowiązany jest wypłacić Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości odpowiadającej określonemu na podstawie poniższej tabeli urazów procentu sumy ubezpieczenia:

Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu	Wskaźnik procentowy
URAZ GŁOWY:	
stłuczenie mózgu	10
wstrząśnienie mózgu – pobyt w szpitalu minimum 3 dni	5
CAŁKOWITA UTRATA WZROKU:	
w obu oczach	100
w jednym oku – jeżeli przed nieszczęśliwym wypadkiem stwierdzono ślepotę drugiego oka	65
w jednym oku	35
UTRATA OSTROŚCI WZROKU:	
utrata ostrości wzroku – od 0,3	50
utrata ostrości wzroku w jednym oku poniżej 0,3 – przy niezaburzonym widzeniu drugiego oka	20
CAŁKOWITA UTRATA SŁUCHU:	
w obu uszach	50
w jednym uchu – jeżeli przed nieszczęśliwym wypadkiem stwierdzono głuchotę drugiego ucha	35
w jednym uchu	15
USZKODZENIE MAŁŻOWINY USZNEJ:	
całkowita utrata małżowiny	6
UTRATA JĘZYKA:	
całkowita utrata języka	50
częściowa utrata języka – z zaburzeniami funkcji	10
UTRATA SZCZĘKI LUB ŻUCHWY:	
całkowita utrata szczęki lub żuchwy	60
częściowa utrata szczęki lub żuchwy	40
UTRATA NOSA:	
całkowita utrata nosa wraz z kośćmi nosa	20
częściowa utrata nosa wraz z fragmentem kości nosa	10
USZKODZENIE KRTANI:	
wymagające stosowania na stałe rurki tchawiczej	35
nie wymagające stosowania na stałe rurki tchawiczej	10
USZKODZENIE PRZEŁYKU:	
wymagające odżywiania przez stałą przetokę do żołądka	80
umożliwiające odżywianie jedynie poprzez przyjmowanie płynów – bez przetoki	40
UTRATA GRUCZOŁU SUTKOWEGO:	
całkowita utrata	20
UTRATA PŁUCA:	
całkowita utrata płuca	35
częściowa utrata płuca – obejmująca co najmniej jeden płat	15
USZKODZENIE PŁUCA I OPŁUCNEJ:	
niewydolnością oddechową	25
bez niewydolności oddechowej	5
USZKODZENIE SERCA:	
z niewydolnością krążenia (potwierdzoną badaniem ECHO – EF<40%)	40
z wydolnym układem krążenia	10
USZKODZENIE ŻOŁĄDKA:	
całkowita utrata	40
częściowe wycięcie	10
USZKODZENIE PRZEPONY:	
uszkodzenie mechaniczne lub uszkodzenie nerwu przeponowego	10
USZKODZENIE JELITA CIENKIEGO LUB GRUBEGO:	
częściowe wycięcie	10
PRZETOKI JELITOWE LUB KAŁOWE ORAZ SZTUCZNY ODBYT:	
jelita cienkiego	60

Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu	Wskaźnik procentowy
jelita grubego	40
USZKODZENIE ZWIERACZA ODBYTU:	
uszkodzenia powodujące stałe całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
PRZETOKI OKOŁOODBYTNICZE:	
przetoka okołoodbytnicza	10
UTRATA ŚLEDZIONY:	
całkowita utrata	15
USZKODZENIE WĄTROBY:	
utrata płata wątroby	40
utrata segmentu wątroby – za każdy segment	10
USZKODZENIE TRZUSTKI:	
powodujące konieczność jej częściowego usunięcia	30
UTRATA NERKI:	
całkowita utrata – przy drugiej nerce niewydolnej	30
całkowita utrata obu nerek	60
UTRATA PRĄCIA:	
całkowita utrata	40
częściowa utrata prącia – nie obejmuje utraty napletka	20
UTRATA MACICY:	
całkowita utrata	40
UTRATA JAJNIKA LUB JĄDRA:	
całkowita utrata	20
USZKODZENIE PĘCHERZA MOCZOWEGO LUB CEWKI MOCZOWEJ:	
powodujące stałe nietrzymanie moczu	30
CAŁKOWITA FIZYCZNA UTRATA KOŃCZYNY GÓRNEJ:	
w stawie barkowym	75
powyżej lub na poziomie stawu łokciowego	65
w obrębie przedramienia	55
na poziomie nadgarstka	50
kciuk – w całości	20
kciuk – paleczek paznokciowy i część paliczka podstawnego (do 2/3 długości)	10
kciuk – paleczek paznokciowy	5
palec wskazujący – w całości	10
palec wskazujący – całkowita utrata paliczka dystalnego lub środkowego (za każdy palec)	3
inny palec ręki – w całości	5
inny palec ręki – całkowita utrata paliczka dystalnego lub środkowego (za każdy palec)	2
CAŁKOWITA FIZYCZNA UTRATA KOŃCZYNY DOLNEJ:	
w stawie biodrowym	75
powyżej lub na poziomie stawu kolanowego	60
w obrębie podudzia	50
stopa – w całości	40
stopa – z wyłączeniem pięty	30
paluch – w całości	5
paluch – paleczek paznokciowy	2
inny palec u stopy – w całości	2
NIEDOWŁĄD LUB PORAŻENIE KOŃCZYN BĄDŹ NERWÓW:	
porażenie czterokończynowe	100
porażenie połowicze utrwalone	90
porażenie dwóch kończyn górnych lub dolnych	80
porażenie całej kończyny górnej	60
porażenie całej kończyny dolnej	60
utrwalone niedowład czterokończynowy lub dwóch kończyn górnych lub dolnych	90
niedowład połowiczy utrwalone z afazją	80
niedowład połowiczy utrwalone	50
niedowład jednej kończyny górnej	25

Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu	Wskaźnik procentowy
niedowład jednej kończyny dolnej	15
całkowite porażenie nerwu pachowego	20
całkowite porażenie nerwu pośrodkowego w obrębie ramienia	25
całkowite porażenie nerwu promieniowego w okolicy ramienia	35
całkowite porażenie nerwu promieniowego w okolicy przedramienia	10
całkowite porażenie nerwu łokciowego	20
całkowite porażenie nerwu udowego	20
całkowite porażenie nerwu kulszowego	40
ZŁAMANIE KOŚCI: – miednicy (z wyjątkiem izolowanych złamań kości łonowej lub kulszowej, kości ogonowej, kości guzicznej); – w obrębie stawu biodrowego (panewka stawu, nasada bliższa kości udowej, krętarze, złamania pod- i przez- krętarzowe);	
wieloodłamowe otwarte;	25
inne złamania otwarte	10
inne złamania wieloodłamowe	8
inne złamania	5
ZŁAMANIE KOŚCI: – ramiennej; – udowej;	
wieloodłamowe otwarte;	15
inne złamania otwarte	10
inne złamania wieloodłamowe	8
inne złamania	5
ZŁAMANIE OBU KOŚCI: – przedramienia; – podudzia;	
wieloodłamowe otwarte;	10
inne złamania otwarte	8
inne złamania wieloodłamowe	6
inne złamania	4
ZŁAMANIE KOŚCI: – podstawy sklepienia czaszki; – łopatki;	
wieloodłamowe otwarte;	15
inne złamania otwarte	10
inne złamania wieloodłamowe	8
inne złamania	5
ZŁAMANIE KOŚCI: – twarzoczaszki (za wyjątkiem kości nosa); – żuchwy; – kciuka (dotyczy paliczków kciuka oraz kości I śródreżca); – palca wskazującego; – skokowej; – piętowej;	
wieloodłamowe otwarte;	10
inne złamania otwarte	8
inne złamania wieloodłamowe	6
inne złamania	4
ZŁAMANIE KOŚCI: – talerza biodrowego; – kołców biodrowych; – guza kulszowego; – trzonów kręgosłupa;	
złamania otwarte	10
inne złamania	5
ZŁAMANIE KOŚCI: – łokciowej; – promieniowej; – piszczelowej; – obojczyka;	
wieloodłamowe otwarte;	10
inne złamania otwarte	6
inne złamania wieloodłamowe	4
inne złamania	2
ZŁAMANIE KOŚCI: – ogonowej; – łonowej; – kulszowej; – guzicznej; – wyrostków ościстых, stawowych oraz poprzecznych kręgosłupa; – mostka; – nadgarstka; – żeber;	
złamania otwarte;	8
inne złamania	3
ZŁAMANIE KOŚCI: – strzałkowej; – palców dłoni i stóp (za wyjątkiem kciuka i wskaziciela); – stępu; – śródstopia i śródreżca (za wyjątkiem I kości śródreżca); – nosa;	
złamania otwarte;	4
inne złamania	1
ZWICHNIĘCIE stawu biodrowego;	
leczenie operacyjne	20

Rodzaj trwałego uszczerbku na zdrowiu	Wskaźnik procentowy
leczenie nieoperacyjne	10
ZWICHNIĘCIE stawu kolanowego (nie obejmuje zwichnięcia rzepki);	
leczenie operacyjne	15
leczenie nieoperacyjne	7
ZWICHNIĘCIE RZEPKI	
leczenie operacyjne	5
leczenie nieoperacyjne	2
ZWICHNIĘCIE – stawu skokowego;	
leczenie operacyjne	8
leczenie nieoperacyjne	5
ZWICHNIĘCIE stawu łopatkowo-ramiennego – nie obejmuje zwichnięć nawykowych i nawracających	
leczenie operacyjne	15
leczenie nieoperacyjne	4
ZWICHNIĘCIE stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego;	
leczenie operacyjne	5
leczenie nieoperacyjne	2
ZWICHNIĘCIE stawu łokciowego;	
leczenie operacyjne	6
leczenie nieoperacyjne	3
ZWICHNIĘCIE nadgarstka;	
leczenie operacyjne	6
leczenie nieoperacyjne	2
ZWICHNIĘCIE stawu śródrečno-paliczkowego i międzypaliczkowego kciuka	
leczenie operacyjne	4
leczenie nieoperacyjne	1
ZWICHNIĘCIE stawów palców dłoni i stóp (za wyjątkiem kciuka);	
leczenie operacyjne	3
leczenie nieoperacyjne	1
OPARZENIA II STOPNIA:	
obejmujące powyżej 30% powierzchni ciała	20
obejmujące 16-30% powierzchni ciała	10
obejmujące 5-15% powierzchni ciała	5
OPARZENIA III STOPNIA:	
obejmujące powyżej 10% powierzchni ciała	20
obejmujące 6-10% powierzchni ciała	15
obejmujące do 5 % powierzchni ciała	7
OPARZENIA IV STOPNIA:	
obejmujące powyżej 20% powierzchni ciała	100
ODMROŻENIE II STOPNIA:	
obejmujące powyżej 30% powierzchni ciała	20
obejmujące 16-30% powierzchni ciała	10
obejmujące 5-15% powierzchni ciała	5
ODMROŻENIE III STOPNIA:	
obejmujące powyżej 10% powierzchni ciała	20
obejmujące 6-10% powierzchni ciała	15
obejmujące do 5 % powierzchni ciała	7
ODMROŻENIE IV STOPNIA:	
obejmujące powyżej 20% powierzchni ciała	100

2. Podstawą ustalenia wysokości świadczenia jest wysokość sumy ubezpieczenia obowiązująca w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu poważnego urazu obejmuje wyłącznie zdarzenia wymienione w tabeli urazów powstałe na skutek nieszczęśliwego wypadku.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, jeżeli poważny uraz Ubezpieczonego wystąpi przed upływem 6. miesiący od daty nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną poważnego urazu.

4. Jeżeli wskutek tego samego nieszczęśliwego wypadku została utracona lub upośledzona większa liczba narządów, organów lub układów, wysokość wypłacanego świadczenia stanowi sumę świadczeń ustalonych dla każdego narządu, organu lub układu osobno.
5. W przypadku, gdy roszczenie z tytułu uszkodzonego bądź upośledzonego przed datą nieszczęśliwego wypadku, w przypadku uznania roszczenia Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości odpowiadającej odpowiedniemu procentowi sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego urazu, pomniejszone o procent uszkodzenia ciała bądź upośledzenia narządu, organu lub układu jaki istniał przed datą zajścia nieszczęśliwego wypadku zgodnie z definicją.
6. Niezależnie od ilości wypłaconych świadczeń maksymalna kwota wypłaconego w okresie ubezpieczenia świadczenia z tytułu poważnego urazu wynosi 100% sumy ubezpieczenia.

§ 13.

POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu wystąpienia w okresie ubezpieczenia poniższych poważnych zachorowań zgodnie z ich definicją:
 - a) nowotwór złośliwy,
 - b) zawał serca,
 - c) udar mózgu,
 - d) pomostowanie naczyń wieńcowych (by-pass),
 - e) operacja zastawek serca,
 - f) chirurgiczna operacja aorty,
 - g) angioplastyka naczyń wieńcowych,
 - h) zakażenie wirusem HIV,
 - i) schyłkowa niewydolność wątroby,
 - j) niewydolność nerek (mocznicą),
 - k) przeszczep narządu.
2. Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia. Świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania zostanie wypłacone, jeżeli Ubezpieczony będzie pozostawał przy życiu przez okres 30 dni od daty wystąpienia poważnego zachorowania.
3. Świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego tego samego poważnego zachorowania może być wypłacone tylko jeden raz w okresie ubezpieczenia.

§ 14.

POBYT UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

1. Z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego choroby lub obrażeń będących wynikiem nieszczęśliwego wypadku, skutkujących w okresie ubezpieczenia pobytem w szpitalu, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu określonego w polisie świadczenia.
2. Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie za dzień pobytu w szpitalu w wysokości wskazanej w polisie obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia. Podstawą naliczenia świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu jest dzienne świadczenie szpitalne obowiązujące w pierwszym dniu pobytu w szpitalu.
3. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu wypłacane jest za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, maksymalnie za 180 dni pobytu w szpitalu pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy.
4. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu jest należne jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się w okresie ubezpieczenia oraz trwał dłużej niż:
 - a) 3 dni – w przypadku pobytu w szpitalu w wyniku choroby,
 - b) 1 dzień – w przypadku pobytu w szpitalu wyniku nieszczęśliwego wypadku.
5. Pobyt w szpitalu traktowany będzie jako nieprzerwany okres pobytu również w przypadku, gdy Ubezpieczony w trakcie pobytu w szpitalu zostanie przeniesiony do innego szpitala, w którym nastąpi bezpośrednia kontynuacja leczenia.

§ 15.

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7. dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz

- podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczeń, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. Ubezpieczyciel, podejmuje decyzję w sprawie zgłoszonego zdarzenia ubezpieczeniowego na podstawie złożonego wniosku wraz z dokumentem potwierdzającym tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz niezbędnymi dokumentami do rozpatrzenia roszczenia, między innymi:
 - a) odpisu skróconego aktu zgonu wraz z kartą statystyczną do karty zgonu z wpisem przyczyny zgonu lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę śmierci – w przypadku zdarzenia śmierci,
 - b) notatki policyjnej w przypadku, gdy w związku z zaistniałym zdarzeniem nastąpiło zawiadomienie policji,
 - c) orzeczenia kończącego w sprawie w przypadku, gdy w związku z zaistniałym zdarzeniem prowadzone było postępowanie, dochodzenie lub śledztwo,
 - d) prawa jazdy oraz dowodu rejestracyjnego pojazdu w przypadku zdarzenia powstałego w związku z ruchem pojazdu w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, gdy Ubezpieczony był kierowcą pojazdu,
 - e) wyciągu lub protokołu z sekcji zwłok, o ile została przeprowadzona,
 - f) dokumentu poświadczającego wyniki badania na zawartość narkotyków, środków farmakologicznych lub odurzających lub alkoholu w organizmie, o ile badano,
 - g) protokołu powypadkowego z ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku lub karty wypadku, sporządzonych zgodnie z obowiązującymi prawami dotyczącymi wypadków przy pracy w przypadku, gdy zaistniałe zdarzenie powstało na skutek wypadku przy pracy,
 - h) karty informacyjnej leczenia szpitalnego, dokumentację z leczenia ambulatoryjnego wraz z wynikami badań;
 - i) dokumentację potwierdzającą wystąpienie danej jednostki chorobowej;
 - j) dokumentację diagnostyczno-obrazową o ile była wykonywana;
 - k) opinii lekarskiej i wyników badań laboratoryjnych.
 3. Ubezpieczyciel, ma prawo żądać przedstawienia dodatkowych dokumentów dotyczących zajścia, okoliczności oraz przebiegu powstałego zdarzenia, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, potwierdzających zasadność zgłaszanego roszczenia. Jeżeli dostarczenie dokumentów niezbędnych do dalszego prowadzenia postępowania nie jest możliwe, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia wskazuje adres oraz nazwę organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
 4. Dokumenty winne być złożone w języku polskim. W przypadku kiedy dokumentacja związana ze zgłaszanym roszczeniem została wydana poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej dokumenty winny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego na koszt osoby uprawnionej do świadczenia.
 5. W przypadku zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego na badania w wyznaczonych placówkach medycznych oraz na koszt Ubezpieczyciela.
 6. Ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie 30. dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia w ww. terminie okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14. dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
 7. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia w terminie 30. dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia, informuje pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części.
 8. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
 9. Świadczenia wypłacane są na rachunek bankowy osób uprawnionych do ich otrzymania lub w inny uzgodniony z nimi sposób.
 10. Opodatkowanie świadczeń regulują ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych. Świadczenia otrzymywane przez osoby fizyczne są wolne od podatku zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych. Świadczenia otrzymywane przez osoby prawne podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób prawnych zgodnie

z art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.

§ 16.

UPOSAŻONY

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie Uposażonemu.
2. Ubezpieczony może wskazać Uposażonego we wniosku o zawarcie umowy lub w formie pisemnego oświadczenia. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie dokonać zmiany Uposażonego.
3. Zmiana Uposażonego wymaga pisemnego oświadczenia Ubezpieczonego i staje się skuteczna z dniem otrzymania przez Ubezpieczyciela pisemnego oświadczenia o zmianie Uposażonego.
4. W przypadku, gdy Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego i nie określił ich udziału w świadczeniu lub suma wskazań procentowych nie jest równa 100%, przyjmuje się, że wskazani Uposażeni mają równy udział w świadczeniu.
5. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub gdy żaden z Uposażonych nie żyje lub nie jest uprawniony do świadczenia, świadczenie będzie przypadać najbliższemu członkowi rodziny Ubezpieczonego według kolejności pierwszeństwa:
 - a) małżonkowi – w całości;
 - b) dzieciom – w równych częściach;
 - c) rodzicom – w równych częściach;
 - d) innym spadkobiercom ustawowym – w częściach w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym.

§ 17.

SKARGI I ZAŻALENIA ORAZ ROZPATRYWANIE SPORÓW

1. SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia, będący osobą fizyczną (zwany dalej „Klientem”) może składać skargi, zażalenia i reklamacje, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez SIGNAL IDUNA (zwane dalej łącznie „reklamacjami”).
3. Reklamacje można zgłaszać w następujących miejscach i formie:
 - a) pisemnie za pośrednictwem poczty, kuriera lub pośtańca na adres:
**SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A.,
ul. Przyokopowa 31,
01-208 Warszawa,**
 - b) faksem na numer: 22 50 56 101,
 - c) pocztą elektroniczną: reklamacje@signal-iduna.pl,
 - d) telefonicznie, pod numerem 0 801 120 120 lub 22 50 56 506,
 - e) osobiście w siedzibie SIGNAL IDUNA (adres jak wyżej) lub Regionalnym Centrum Obsługi Ubezpieczeń (dane kontaktowe Regionalnych Centrów Obsługi Ubezpieczeń SIGNAL IDUNA podane są na stronie internetowej spółki pod adresem: www.signal-iduna.pl/signaliduna/kontakt) i na bieżąco aktualizowane.
4. Reklamacja powinna zawierać podstawowe dane kontaktowe Klienta umożliwiające identyfikację i kontakt w celu udzielenia odpowiedzi (imię i nazwisko, adres, numer umowy ubezpieczenia/polisy, której reklamacja dotyczy lub numer sprawy dotyczącej roszczenia, nadany wcześniej przez SIGNAL IDUNA).
5. SIGNAL IDUNA rozpatruje reklamację i udziela na nią odpowiedzi niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania, chyba że mają miejsce szczególnie skomplikowane okoliczności, uniemożliwiające rozpatrzenie reklamacji i udzielenia odpowiedzi w tym terminie. W takiej sytuacji SIGNAL IDUNA poinformuje Klienta, który złożył reklamację, o przyczynach opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
6. Odpowiedź na reklamację jest udzielana w formie papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, a na wniosek Klienta może być również dostarczona pocztą elektroniczną.
7. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia, a także przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

8. Klient może też składać skargi i zażalenia na działalność SIGNAL IDUNA do Komisji Nadzoru Finansowego, Rzecznika Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną Klientów podmiotów rynku finansowego.
9. Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia mogą być rozpatrywane przez sądy polubowne przy Rzeczniku Finansowym oraz Komisji Nadzoru Finansowego zgodnie z regulaminami tych sądów.

§ 18.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Ubezpieczyciel udostępni ogólne warunki ubezpieczenia na stronie internetowej www.signal-iduna.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela nieodpłatnie w formie umożliwiającej ich pozyskanie, odtwarzanie, utrwalanie i drukowanie.
2. Wprowadzenie do umowy ubezpieczenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od ogólnych warunków ubezpieczenia wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Wszelkie zawiadomienia i zaświadczenia Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uprawnionego i osoby składającej roszczenie w związku z umową ubezpieczenia powinny być składane na piśmie pod rygorem nieważności, za pokwitowaniem lub przesyłane listem poleconym chyba, że postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia lub umowy ubezpieczenia dopuszczają inną formę.
4. Ubezpieczony, Ubezpieczający Uprawniony lub osoba zgłaszająca roszczenie mają obowiązek poinformować Ubezpieczyciela o zmianie adresu.
5. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest publikowane na stronie internetowej www.signal-iduna.pl.
6. W sprawach nieuregulowanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia lub innych dokumentach związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych powszechnie obowiązujących aktów prawa polskiego. Prawem właściwym w umowie ubezpieczenia jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej.

Ogólne warunki terminowego ubezpieczenia na życie „Ochrona Phinance” zostały zatwierdzone Uchwałą 1/Z/2016 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 20.01.2016 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia na życie zawieranych od dnia 01.02.2016 r.

Prezes Zarządu

Jürgen Reimann

Wiceprezes Zarządu

Agnieszka Kiełbasińska

**SIGNAL IDUNA,
kompetentnym
partnerem
dla Twojej rodziny**

SIGNAL IDUNA szczeni się ponad 100-letnim doświadczeniem, jako jedno z największych towarzystw ubezpieczeniowych w Niemczech. Na rynku polskim istnieje od 2001 roku. Oferuje ubezpieczenia: zdrowotne, turystyczne oraz życiowe.

Osobiste doradztwo jest dla nas ważne, dlatego staramy się być blisko Ciebie:

CENTRALA

ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa
tel.: 22 50 56 100, fax: 22 50 56 101
e-mail: info@signal-iduna.pl

KRAKÓW

ul. Kamienna 19, 30-001 Kraków
tel.: 12 25 28 680, fax: 12 25 28 681
e-mail: krakow@signal-iduna.pl

POZNAŃ

ul. Bukowska 12 lok. 123, 60-810 Poznań
tel.: 61 82 74 884 do 86, fax: 22 50 56 385
e-mail: poznan@signal-iduna.pl

WROCLAW

Pl. Powstańców Śląskich 16, 53-314 Wrocław
tel.: 71 34 72 750, fax: 22 50 56 388
e-mail: wroclaw@signal-iduna.pl

**SIGNAL IDUNA Życie Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.**

01-208 Warszawa, ul. Przyokopowa 31
infolinia 22 505 65 06

**www.signal-iduna.pl
Rzecznik Finansowy – www.rf.gov.pl**