

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego SIGNAL IDUNA

SPIS TREŚCI:

ROZDZIAŁ I		ROZDZIAŁ IV	
Zasady i definicje	str 1	Przepisy dotyczące okresu obowiązywania umowy	str 2
ROZDZIAŁ II		ROZDZIAŁ V	
Przepisy Ogólne	str 2	Rozwiązanie umowy	str 5
ROZDZIAŁ III		ROZDZIAŁ VI	
Przepisy przed zawarciem umowy	str 2	Inne przepisy	str 6

Rozdział I.

Zasady i definicje

1. **Call Center:** Usługa telefoniczna Ubezpieczyciela. Poprzez Call Center Ubezpieczony i Ubezpieczający mogą otrzymywać informacje odnośnie Umowy Ubezpieczenia i listy Dostawców Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA. Zabiegi udzielane przez Dostawcę Usług Medycznych mogą być zatwierdzane i przydzielane wyłącznie poprzez Call Center, chyba że inaczej ustalono w Pakiecie Ubezpieczenia.
2. **Choroba:** Nieprawidłowy stan struktury lub funkcji w organizmie Ubezpieczonego, zdiagnozowany przez odpowiednio upoważnionego lekarza.
3. **Diagnostyka / Konsultacja:** Procedura podejmowana przez Dostawcę Usług Medycznych, wykorzystywana w celu badań diagnostycznych.
4. **Dostawca Usług Medycznych:** Każdy lekarz lub placówka medyczna, upoważnieni przez właściwe organy i posiadający odpowiednie zezwolenia do świadczenia zabiegów zgodnie z powszechną, obowiązującą wiedzą medyczną oraz działający w ramach tego pozwolenia. Dotyczy to również pielęgniarek i innego personelu medycznego z wiedzą odpowiednią do świadczenia zabiegów.
5. **Dostawca Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA:** Dostawca Usług Medycznych, który zawarł będącą w mocy umowę współpracy z Ubezpieczycielem. Ubezpieczyciel ma prawo do zmiany listy Dostawców Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA i taka zmiana nie stanowi zmiany Umowy Ubezpieczenia.
6. **Dzień Zawarcia Umowy:** Dzień, w którym Ubezpieczyciel i Ubezpieczający zawierają Umowę Ubezpieczenia w rozumieniu przepisów kodeksu cywilnego.
7. **Karta Ubezpieczonego:** Dokument wydany przez Ubezpieczyciela, który będzie wykorzystywany wyłącznie przez Ubezpieczonego i który będzie każdorazowo okazany Dostawcy Usług Medycznych przed otrzymaniem jakiegokolwiek zabiegu. Karta Ubezpieczonego zawiera informacje na temat Ubezpieczonego i Umowy Ubezpieczenia.
8. **Katalog Świadczeń Gwarantowanych:** Wykaz świadczeń medycznych, które mogą być uzyskane w ramach Umowy Ubezpieczenia.
9. **Koniec Ubezpieczenia:** Termin, z którym kończy się Ochrona Ubezpieczeniowa.
10. **Medycyna Eksperymentalna:** Wszystkie procedury medyczne, która nie zawierają się w ogólnie przyjętej praktyce medycznej lub która nie jest nauczana w uznanych, państwowych uczelniach medycznych lub podobnych instytucjach edukacyjnych lub oczekujące na oficjalne uznanie przez odpowiednie władze państwowe lub będące w fazie badań.
11. **Ocena Ryzyka:** Procedura, w trakcie której Ubezpieczyciel, w razie potrzeby, sprawdza czy lub na jakich warunkach ubezpieczy przyszłego Ubezpieczonego. Wśród wielu czynników, pod uwagę będzie brany wiek, zawód i stan zdrowia Ubezpieczonego. Jako uzupełnienie informacji dostarczonych przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego we Wniosku o Objęcie Ubezpieczeniem, Ubezpieczyciel może zażądać dodatkowych informacji lub dokumentów, które należy dostarczyć od lekarzy przyszłego Ubezpieczonego lub odpowiednich placówek medycznych.
12. **Ochrona Ubezpieczeniowa:** Ochrona przyznawana przez Ubezpieczyciela na podstawie Umowy Ubezpieczenia.
13. **Początek Ubezpieczenia:** Termin, określony w Polisie Ubezpieczeniowej, od którego rozpoczyna się Ochrona Ubezpieczeniowa świadczona przez Ubezpieczyciela.
14. **Pośrednik:** Osoba fizyczna lub prawna, właściwie upoważniona przez Ubezpieczyciela, który pośredniczy w zawarciu Umowy Ubezpieczenia między Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem.
15. **Plan Ubezpieczenia:** Produkt Ubezpieczyciela, który zawiera pewne dokładnie określone świadczenia (patrz: Katalog Świadczeń Gwarantowanych).
16. **Pakiet Ubezpieczenia:** Dodatkowa, pisemna część Umowy Ubezpieczenia, która uzupełnienia, przekwalifikuje lub zmienia Ogólne Warunki Ubezpieczenia.
17. **Polisa Ubezpieczeniowa:** Pisemny dokument wystawiony przez Ubezpieczyciela, który potwierdza zawarcie Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela oraz który zawiera pewne informacje o Umowie Ubezpieczenia.
18. **Rozpoczęcie Zabiegów:** Moment w czasie, gdy Zabieg jest dokonywany po raz pierwszy na rzecz Ubezpieczonego z powodu Choroby, Zaburzenia lub Uszkodzenia Ciała.
19. **Świadczenie Medyczne:** Wszystkie procedury medyczne stosowane w bezpośrednim związku z Chorobą, Zaburzeniem lub Uszkodzeniem Ciała, które zostały prowadzone przez Dostawcę Usług Medycznych.
20. **Składka Ubezpieczeniowa:** Kwota, którą Ubezpieczający zobowiązuje się przekazywać Ubezpieczycielowi na określonych zasadach w zamian za Ochronę Ubezpieczeniową, zgodnie z Umową Ubezpieczenia.
21. **Ubezpieczający:** Osoba fizyczna lub prawna, która zawiera Umowę Ubezpieczenia z Ubezpieczycielem i która zobowiązuje się do płacenia Składek Ubezpieczeniowych. Jeśli Ubezpieczający jest osobą fizyczną, to może on być równocześnie Ubezpieczonym z Umowy Ubezpieczenia.
22. **Ubezpieczone Zdarzenie:** Świadczenia Medyczne, objęte Zakresem Ubezpieczenia, niezbędne z medycznego punktu widzenia w wyniku Choroby, Zaburzenia, Uszkodzenia Ciała lub skutków Wypadku, a także Konsultacje i Zabiegi Medycznie Niezbędne ze względu na ciążę lub poród, lecz tylko do takiego zakresu, w jakim Plan Ubezpieczenia przewiduje określone Świadczenia Medyczne
23. **Ubezpieczone Zdarzenie w Toku:** Ubezpieczone Zdarzenie, którego początek jest już ustalony albo które już się rozpoczęło ale które jeszcze się nie zakończyło.
24. **Ubezpieczony:** Osoba fizyczna, która ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na rzecz której zawierana jest Umowa Ubezpieczenia.
25. **Ubezpieczyciel:** SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., osoba prawna, utworzona zgodnie z prawem polskim, uprawniona do wykonywania czynności ubezpieczeniowych związanych z oferowaniem i udzielaniem ochrony na wypadek wystąpienia skutków Ubezpieczonego Zdarzenia.
26. **Umowa Ubezpieczenia:** Umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem i Ubezpieczającym zgodnie z niniejszymi Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia, Pakietem Ubezpieczenia i innymi dokumentami prawnymi przedstawionymi lub przygotowanymi w trakcie zawierania umowy.
27. **Uszkodzenie Ciała:** Każda zmiana morfologiczna w tkankach, organach, systemach lub w całym ciele Ubezpieczonego.
28. **Wniosek o Objęcie Ubezpieczeniem:** Oświadczenie osoby ubiegającej się o zawarcie Umowy Ubezpieczenia, zawierające informacje istotne dla wykonania Umowy Ubezpieczenia.
29. **Wypadek:** Nieplanowane i nieoczekiwane zewnętrzne zdarzenie losowe, które objawia się nagle i ma bezpośredni skutek w postaci uszkodzenia zdrowia Ubezpieczonego.
30. **Zabieg:** Wszystkie procedury medyczne, zarówno diagnostyczne jak i bezpośrednio zmierzające do leczenia, dokonywane w celu oceny, diagnozowania lub leczenia Choroby, Zaburzenia lub Uszkodzenia Ciała przez Dostawcę Usług Medycznych.
31. **Zabieg Ambulatoryjny:** Zabieg Medycznie Niezbędny, świadczony przez Dostawcę Usług Medycznych, który nie wymaga całonocnej hospitalizacji Ubezpieczonego.
32. **Zabieg Medycznie Niezbędny:** Zabieg, niezbędny z medycznego punktu widzenia jeśli, zgodnie z obiektywnymi wynikami badań medycznych,

ogólną wiedzą naukową i zgodnie z czasem prowadzonego zabiegu, którego realizacja jest uzasadniona. Ubezpieczyciel ma prawo do sprawdzenia i ustalenia (według powszechnej wiedzy medycznej), czy zabieg taki jest rzeczywiście niezbędny z medycznego punktu widzenia.

33. **Zabieg Szpitalny:** Zabieg Medycznie Niezbędny, świadczony przez Dostawcę Usług Medycznych, który wymaga hospitalizacji Ubezpieczonego przez co najmniej jedną noc (rozszerzenie Ochrony Ubezpieczeniowej).
34. **Zaburzenie:** Każdy znak wskazujący negatywną zmianę stanu zdrowia Ubezpieczonego.

Rozdział II

Przepisy Ogólne

§ 1.

Cel Umowy Ubezpieczenia

W ramach Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie swojej działalności gospodarczej, spełnić określone zobowiązanie, jakim jest zwolnienie Ubezpieczonego od określonych kosztów Zabiegów, jeśli dojdzie do Ubezpieczonego Zdarzenia w czasie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, a Ubezpieczający zobowiązuje się do zapłaty Składki Ubezpieczeniowej na rzecz Ubezpieczyciela.

§ 2.

Cel i zakres ochrony w ramach Ubezpieczenia

Ubezpieczyciel zapewnia Ochronę Ubezpieczeniową tylko i wyłącznie za koszty Zabiegów Medycznie Niezbędnych, w zakresie określonym w Umowie Ubezpieczeniowej.

§ 3.

Terytorialność

Ochrona Ubezpieczeniowa jest ograniczona do Zabiegów Medycznie Niezbędnych świadczonych na terytorium Polski, chyba że inaczej postanowiono w Pakiecie Ubezpieczenia.

§ 4.

Maksymalny wiek

Maksymalny dopuszczalny wiek dla przyszłego Ubezpieczonego wynosi 60 lat, chyba że inaczej ustalono w Pakiecie Ubezpieczenia. Wiek określa się jako wiek Ubezpieczonego ustalony na dzień Początku Ubezpieczenia.

§ 5.

Ochrona Ubezpieczeniowa nieletnich

1. Osoby fizyczne (dzieci biologiczne lub adoptowane) w wieku do 18 lat mogą zostać ubezpieczone wtedy i tylko wtedy, gdy co najmniej jeden rodzic jest ubezpieczony i ustanowiony Ubezpieczającym, chyba że inaczej ustalono w Pakiecie Ubezpieczenia. W takim przypadku Ochrona Ubezpieczeniowa zostanie odpowiednio rozszerzona i ta sama Umowa Ubezpieczenia obejmie rodzica (rodziców) i ich dziecko.
2. Ochrona Ubezpieczeniowa małoletniego nie może być zawarta na Plan Ubezpieczenia szerszy niż Plan Ubezpieczenia ubezpieczonego rodzica (rodziców), chyba że inaczej postanowiono w Pakiecie Ubezpieczenia.
3. Jeżeli ubezpieczony rodzic (rodzice) małoletniego Ubezpieczonego utraci Ochronę Ubezpieczeniową, to Ochrona Ubezpieczeniowa małoletniego Ubezpieczonego ulega wstrzymaniu w tym samym momencie.
4. Ochrona Ubezpieczeniowa nowonarodzonego dziecka rozpoczyna się z momentem narodzin zgodnie z Pakietem Ubezpieczenia pod warunkiem, że co najmniej jeden rodzic jest ubezpieczony przez Ubezpieczyciela przez co najmniej sześć miesięcy, licząc od daty urodzenia noworodka, i że Ubezpieczający właściwie wnioskuje o Ochronę Ubezpieczeniową dla noworodka.
5. Ochrona Ubezpieczeniowa noworodka nie może być zawarta na Plan Ubezpieczenia szerszy od Planu Ubezpieczenia ubezpieczonego rodzica (rodziców), chyba że inaczej postanowiono w Pakiecie Ubezpieczenia.
6. Jeżeli Ubezpieczający zwraca się do Ubezpieczyciela pisemnie, w ciągu jednego miesiąca po narodzinach, o objęcie noworodka Ochroną Ubezpieczeniową, to

zobowiązania wynikające z § 6 pkt. (1) i (2) nie mają zastosowania.

Po upływie tego okresu, ubezpieczenia jest możliwe tylko pod warunkiem, że Wniosek o Objęcie Ubezpieczeniem zostanie wypełniony zgodnie z § 6, pkt. (1) i (2).

Rozdział III

Przepisy przed zawarciem umowy

§ 6.

Obowiązki Ubezpieczającego

1. Przed wyrażeniem zgody na zawarcie Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel ocenia ryzyko związane z Umową Ubezpieczenia. W tym celu Ubezpieczający wypełnia Wniosek o Objęcie Ubezpieczeniem. Ubezpieczający musi podać we Wniosku o Objęcie Ubezpieczeniem wszystkie okoliczności, które są mu znane i które są lub mogą być niezbędne w celu zawarcia umowy. Przede wszystkim musi on, zgodnie z prawdą, w zupełności, nie pomijając lub wstrzymując jakichkolwiek informacji, odpowiedzieć na wszelkie pytania dotyczące stanu zdrowia przyszłego Ubezpieczonego. W przypadku, gdy Ubezpieczający będzie miał wątpliwości co do jakichkolwiek informacji lub okoliczności, to każdorazowo poinformuje on Ubezpieczyciela o tym fakcie, a każda taka informacja zostanie oceniona przez Ubezpieczyciela.
2. Zobowiązania zawarte w pkt. (1) są również ważne dla okresu czasu pomiędzy zakończeniem wypełniania Wniosku o Objęcie Ubezpieczeniem a zawarciem Umowy Ubezpieczenia.
3. Jeżeli Ubezpieczający nie spełni któregokolwiek z zobowiązań wynikających z pkt. (1) lub (2), to Ubezpieczyciel uzyskuje prawo do zaproponowania Ubezpieczającemu, w terminie jednego miesiąca od dnia potwierdzenia naruszenia, nie później jednak niż w 3 lata po zawarciu Umowy Ubezpieczenia, pisemnej oferty zawarcia Umowy Ubezpieczenia na nowych warunkach, odzwierciedlających wszelkie faktycznego zagrożenia. Nowa oferta zawarcia Umowy Ubezpieczenia jest ważna przez 14 dni od doręczenia. W przypadku nieprzyjęcia opisanej oferty, Umowa Ubezpieczenia zostanie natychmiastowo wypowiedziana. W przypadku przyjęcia opisanej nowej oferty, Umowa Ubezpieczenia będzie działać zgodnie z nowymi, określonymi warunkami. O fakcie tym Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczającego.
4. Jeśli Ubezpieczający nie przyjmie oferty z pkt. (3), to Umowa Ubezpieczenia zostanie uznana za zakończoną z końcem ważności tej oferty. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składek Ubezpieczeniowych do tego czasu.
5. W przypadku naruszenia przez Ubezpieczającego zobowiązań z pkt. (1) lub (2), Ubezpieczyciel ma prawo wstrzymać Ochronę Ubezpieczeniową i równocześnie przestaje on być zobowiązany do pokrycia szkód, jeżeli okoliczności, które nie zostały przez Ubezpieczającego wskazane lub zostały wskazane nieprawidłowo, niecałkowicie lub niezgodnie z pkt. (1) lub (2), a które wpływają na wystąpienie Ubezpieczonego Zdarzenia lub ochrony z Umowy Ubezpieczenia. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel dokonał już płatności na pokrycia kosztów takiej szkody, Ubezpieczający jest zobowiązany do zwrotu tych kwot na rzecz Ubezpieczyciela, w terminie 14 dni od otrzymania od Ubezpieczyciela wezwania do zapłaty. Wezwania do zapłaty będzie zawierać wielkość kwoty, termin płatności, oświadczenie Ubezpieczyciela o wielkości kwot poniesionych na pokrycie takich szkód. Ubezpieczyciel może zrzec się tych roszczeń, jeżeli Ubezpieczający przyjmie ofertę z pkt. (3).
6. Ubezpieczający jest odpowiedzialny za jakiegokolwiek uchybienia Ubezpieczonego (Ubezpieczonych) do zgodnego z prawdą, pełnego, bez pomijania lub wstrzymania jakichkolwiek informacji, odpowiedzenia na wszystkie pytania we Wniosku o Objęcie Ubezpieczeniem odnośnie Ubezpieczonego (Ubezpieczonych) zobowiązań wynikających z pkt. (1) i (2).

Rozdział IV

Przepisy dotyczące okresu obowiązywania umowy

§ 7.

Zawarcie Umowy Ubezpieczenia

1. Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta w Dzień Zawarcia Umowy.
2. Jeżeli dane zawarte w Polisie Ubezpieczeniowej nie pokrywają się z danymi z Wniosku o Objęcie Ubezpieczeniem lub Umową Ubezpieczenia, to Ubezpieczyciel jest zobowiązany poinformować Ubezpieczającego o takich różnicach.

§ 8.

Początek Ochrony Ubezpieczeniowej i Ubezpieczonego Zdarzenia

1. Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się z terminem określonym w Umowie Ubezpieczeniowej, ale nie przed Dniem Zawarcia Umowy i, w określonych przypadkach, może zostać rozszerzona na podstawie postanowień Umowy Ubezpieczenia. W przypadku zmian w trakcie rejestracji Umowy Ubezpieczenia, ochrona uzupełniająca będzie stosowana od daty przyjętej zgodnie z załącznikami do Umowy Ubezpieczenia.
2. Dopóki Ubezpieczający nie zapłaci rocznej lub pierwszej wstępnej Składki Ubezpieczeniowej, to nie ma on prawa składania żadnych roszczeń dotyczących Świadczeń Medycznych.
3. Ubezpieczone Zdarzenie rozpoczyna się z początkiem Zabiegu Medycznie Niezbędnego. W stosunku do Ubezpieczonych Zdarzeń, mających miejsce przed rozpoczęciem Ochrony Ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności odnośnie pokrycia związanych i wynikających z nich Świadczeń Medycznych.

§ 9.

Rozszerzenie Ochrony Ubezpieczeniowej

1. Po upływie czterech miesięcy trwania podstawowej Ochrony Ubezpieczeniowej, Ochrona Ubezpieczeniowa zostanie rozszerzona o Zabiegi Szpitalne, wynikające z każdego Ubezpieczonego Zdarzenia, poza ciążą lub porodem.
2. Po upływie dziesięciu miesięcy trwania podstawowej Ochrony Ubezpieczeniowej, Ochrona Ubezpieczeniowa zostaje rozszerzona o Zabiegi Szpitalne związane z ciążą lub porodem.
3. W przypadku przedłużenia Umowy Ubezpieczenia, obowiązywać będzie ostatnio obowiązujący zakres Ochrony Ubezpieczeniowej.
4. Każdy Zabieg Szpitalny, świadczony jako efekt Wypadku, zawiera się w podstawowej Ochronie Ubezpieczeniowej.

§ 10.

Czas trwania Umowy Ubezpieczenia

Czas trwania Umowy Ubezpieczenia jest określony w Umowie Ubezpieczeniowej i potwierdzony w Polisie Ubezpieczeniowej.

§ 11.

Kalkulacja Składki Ubezpieczeniowej

1. Składka Ubezpieczeniowa ustalana jest po przeprowadzeniu Oceny Ryzyka i zależy, między innymi, od następujących czynników, chyba że inaczej ustalono w Pakiecie Ubezpieczenia:
 - wybranego Planu Ubezpieczenia;
 - wieku Ubezpieczonego;
 - ustalonej częstotliwości opłacania przez Ubezpieczającego Składek Ubezpieczeniowych;
 - stanu zdrowia Ubezpieczonego w chwili zawarcia umowy.
2. Łączna kwota świadczeń wypłaconych przez Ubezpieczyciela może różnić się od szacowanych świadczeń, np. z powodu rosnących kosztów Zabiegów lub częstszego niż zakładane korzystania z usług medycznych. W związku z tym, Ubezpieczyciel co roku dokonuje porównania Świadczeń Medycznych szacowanych z faktycznymi. Jeśli faktyczne łączne roczne koszty Ubezpieczyciela wynikające ze wszystkich Umów Ubezpieczenia będą odbiegać o więcej niż 3% niż szacowane koszty z tych umów z poprzedniego roku, to Ubezpieczyciel może dostosować kwoty Składek Ubezpieczeniowych o ten współczynnik odchylenia. Na tych samych warunkach, kwota wykupu ubezpieczenia, jeżeli jest przewidywana, może zostać zmieniona. Zasada ta obowiązuje w przypadku Umów Ubezpieczenia zawartych na okres dłuższy niż jeden rok.
3. Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczającego o dostosowaniu kwoty Składek Ubezpieczeniowych zgodnie z pkt. 2 co najmniej cztery tygodnie wcześniej podając mu ich nową wysokość. O ile Ubezpieczający nie zgadza się na dostosowanie kwoty Składek Ubezpieczeniowych, może on w ciągu tygodnia od otrzymania takiej informacji, wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia ze skutkiem na dzień, w którym przestają obowiązywać dotychczasowe Składki Ubezpieczeniowe.
4. O ile Ubezpieczający nie wypowie Umowy Ubezpieczenia stosownie do pkt. 3, przyjmuje się, iż Ubezpieczający prawidłowo zapoznał się z dostosowaniem kwoty Składek Ubezpieczeniowych i je zaakceptował wraz ze stosowną zmianą Umowy Ubezpieczeniowej/Polisy Ubezpieczeniowej.

§ 12.

Płatność Składek Ubezpieczeniowych

1. Składkę Ubezpieczeniową oblicza się w skali roku i ustala się ją licząc od Dnia Zawarcia Umowy. Składka Ubezpieczeniowa jest płatna do końca trwania Umowy Ubezpieczenia (to samo dotyczy sytuacji, w której tylko części Umowy Ubezpieczenia kończy się z jakiegokolwiek powodu w okresie obowiązywania tej umowy).
2. Częstotliwość płatności Składek Ubezpieczeniowych za 12 miesięcy Ochrony Ubezpieczeniowej może być roczna, półroczna, kwartalna lub miesięczna, w zależności od opcji wybranej przez Ubezpieczającego, chyba że ustalono inaczej w Pakiecie Ubezpieczenia. W przypadku rocznych, półrocznych i kwartalnych płatności, rabat w wysokości odpowiednio 4%, 2% i 1% może być przyznany wyłącznie, uznaniową decyzją Ubezpieczyciela.
3. Zapłatę Składek Ubezpieczeniowych dokonuje się przelewem na rachunek bankowy Ubezpieczyciela, zgodnie z Umową Ubezpieczenia.
4. Składka Ubezpieczeniowa (lub opłata początkowa w przypadku Składek Ubezpieczeniowych płatnych w okresach radszych niż roczne) jest należna po otrzymaniu Polisy Ubezpieczeniowej i musi zostać uiszczona w ciągu siedmiu dni.
5. Jeżeli Składka Ubezpieczeniowa jest wypłacana w okresach mniejszych niż roczne, to kolejne płatności składki, następujące po składce pierwszej są należne zgodnie z Polisą Ubezpieczeniową.
6. Obowiązek zapłaty Składki Ubezpieczeniowej należy wyłącznie do Ubezpieczającego.
7. Jeżeli Ubezpieczający nie zapłaci odpowiednio rocznej lub pierwszej Składki Ubezpieczeniowej, to Ubezpieczony nie może wnosić do Ubezpieczyciela żadnych roszczeń związanych z Ochroną Ubezpieczeniową.
8. Umowę Ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego, jeżeli Składka Ubezpieczeniowa nie została zapłacona w terminie określonym w Umowie Ubezpieczenia, pomimo uprzedniego wezwania do zapłaty w dodatkowym siedmiodniowym terminie od otrzymania wezwania. W tym wezwaniu podane będą do wiadomości Ubezpieczającego przynajmniej skutki niezapłacenia Składki Ubezpieczeniowej. Wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego nie zwalnia go od obowiązku zapłaty Składki Ubezpieczeniowej za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony Ubezpieczeniowej.
9. Jeżeli Ubezpieczający nie zapłaci kolejnej Składki Ubezpieczeniowej, to Umowa Ubezpieczeniowa ulegnie rozwiązaniu 8 (ósmego) dnia po wezwaniu opisanym w pkt. 8 i z tym samym dniem wygaśnie Ochrona Ubezpieczeniowa.
10. Jeżeli Ubezpieczone Zdarzenie zostało wyłączone z Ochrony Ubezpieczeniowej ale Ubezpieczyciel wypłacił Świadczenia Medyczne na konsekwencje tego Ubezpieczonego Zdarzenia, to Ubezpieczający zobowiązany jest do zwrotu na rzecz Ubezpieczyciela równowartości tych świadczeń. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty powyższej kwoty w terminie 14 dni od daty otrzymania przez niego wezwania do zapłaty.

§ 13.

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z Umowy Ubezpieczenia

1. Ochrona Ubezpieczeniowa, w zakresie kosztów zabiegów medycznych, przyznawana jest za Zabiegi Medycznie Niezbędne. Ochrona Ubezpieczeniowa jest dostępna także dla Zabiegów wynikających z ciąży lub porodu, w zakresie ustalonym zgodnie z wybranym Planem Ubezpieczenia.
2. Ciężar dowodu medycznej konieczności Zabiegu ponosi Ubezpieczający.

§ 14.

Ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela / Wyjątki od odpowiedzialności

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela za Zabiegi w następstwie wystąpienia Ubezpieczonego Zdarzenia jest ograniczona. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za świadczenia medyczne wynikające z:

1. Wydarzeń takich jak konflikty zbrojne i wojny, odbywania służby wojskowej, w tym wojskowych misji pokojowych poza Polską.
2. Skutków ataków terrorystycznych, niepokojów społecznych, powstań, zamieszek lub stanów wyjątkowych.
3. Skutków promieniowania jądrowego, fuzji, rozszczepienia lub przyspieszania cząstek.
4. Skutków trzęsienia ziemi, powodzi i innych klęsk żywiołowych.
5. Umysłnego, celowego działania Ubezpieczonego.

- Uzyskania świadczeń medycznych za pomocą czynów zakazanych lub celowe wprowadzenie Ubezpieczyciela w błąd.
- Popelnienia, współsprawstwa lub usiłowania popelnienia przez Ubezpieczonego czynu zabronionego, podlegającego karze z mocy prawa.
- Spożycia alkoholu, narkotyków, innych toksycznych substancji lub metod leczenia odwykowego, w tym skutki powyższych.
- Korzystania z metod Medycyny Eksperymentalnej, w tym jej skutków.
- Uczestnictwa w medycznych, chemicznych, naukowych lub podobnych badaniach związanych ze zdrowiem, nawet jeśli ten związek nie został wprost zgłoszony, w tym skutki tego uczestnictwa.
- Samodzielnego diagnozowania lub leczenia, w tym ich konsekwencje.
- Środków, które nie są niezbędne z medycznego punktu widzenia.
- Świadczeń medycznych, jako konsekwencji zaleconych zabiegów, które to zabiegi nie zostały prawidłowo przeprowadzone w odpowiednim zakresie przez Ubezpieczonego.
- Badań lub zabiegów wykonywanych na Ubezpieczonym przez jego partnerów, rodziców lub dzieci.
- Badań lub zabiegów wykonywanych na Ubezpieczonym przez osoby nieposiadające stosownych uprawnień.
- Skutków prób samobójczych.
- Samobójstwa, jeśli wystąpiło w ciągu pierwszych dwóch lat od Daty Zawarcia Umowy.
- Protez używanych przez Ubezpieczonego w Dniu Zawarcia Umowy, w tym ich konsekwencje, a także koszty wymiany lub naprawy tych protez.
- Zabiegów chirurgii estetycznej lub zabiegów świadczonych ze względów estetycznych, w tym ich konsekwencje.
- Pragnienia posiadania dzieci z uwagi na zaburzenia płodności lub bezpłodność, antykoncepcję lub dobrowolną aborcję, w tym ich konsekwencje.
- Zmiany płci, w tym możliwych konsekwencji takiej zmiany.
- Gruźlicy, HIV, AIDS, w tym bezpośrednie lub pośrednie wynikające z tego konsekwencje.
- Psychicznych lub psychiatrycznych chorób lub zaburzeń, zaburzeń zachowania, zabiegów psychologicznych, w tym ich konsekwencje, chyba że inaczej przyjęto w Pakiecie Ubezpieczenia.
- Leczenia stomatologicznego, w tym jego konsekwencje, chyba że inaczej przyjęto w Pakiecie Ubezpieczenia.
- Wydawania jakiegokolwiek rodzaju dokumentów medycznych, które nie są przeznaczone do diagnostyki lub leczenia Choroby, Zaburzenia lub Uszkodzenia Ciała.
- Epidemii lub pandemii uznanej przez właściwe organy.

§ 15.

Karta Ubezpieczonego

- Dla Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wyda Kartę Ubezpieczonego, która zostanie wysłana do Ubezpieczającego.
- Karta Ubezpieczonego może zawierać imię Ubezpieczonego, jego nazwisko lub numer PESEL, datę wygaśnięcia Umowy Ubezpieczenia, Plan Ubezpieczenia i numer telefonu Call Center.
- Ubezpieczony jest zobowiązany do okazywania swojej Karty Ubezpieczonego Dostawcy Usług Medycznych każdorazowo przed otrzymaniem Zabiegu.
- Jeżeli Ubezpieczony utraci swoją Kartę Ubezpieczonego, wtedy Ubezpieczający lub Ubezpieczony niezwłocznie powiadomi o tym fakcie Ubezpieczyciela, który wyda Ubezpieczonemu nową Kartę Ubezpieczonego.
- W przypadku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia (lub jej części), Ubezpieczony ma zaprzestać używania swojej Karty Ubezpieczonego, ponieważ od tego momentu korzystanie z niej jest zabronione.
- Korzystanie z Karty Ubezpieczonego po zakończeniu Umowy Ubezpieczenia uprawnia Ubezpieczyciela do dochodzenia odszkodowania od Ubezpieczającego za jakiegokolwiek negatywne skutki lub nadużycia będzie miało dla Ubezpieczyciela.

§ 16.

Call Center

- Call Center ustala harmonogramy Zabiegów dla Ubezpieczonych, chyba że ustalono inaczej w Pakiecie Ubezpieczenia.
- Każdy Zabieg będzie umawiany tylko przez Call Center, chyba że ustalono inaczej w Pakiecie Ubezpieczenia.
- Umówienie Zabiegu w Call Center nigdy nie stanowi kwalifikacji Zabiegu jako Zabiegu Medycznie Niezbędnego. Ubezpieczyciel ma prawo sprawdzić, czy wnioskowany Zabieg stanowi Zabieg Medycznie Niezbędny.
- Call Center nie udziela żadnych porad o charakterze medycznym lub niezwiązanym z działalnością Call Center. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za jakiegokolwiek oświadczenia z Call Center, które mogą być uznane za porady.

- Ubezpieczony może uzyskać dokładne informacje z Call Center o najbardziej aktualnej liście Dostawców Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA.

§ 17.

Wystąpienie Ubezpieczonego Zdarzenia oraz wypłata Świadczeń Medycznych

- Ochrona Ubezpieczeniowa jest ważna tylko w odniesieniu do Zabiegu Medycznie Niezbędnego, który jest świadczony przez Dostawców Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA, chyba że ustalono inaczej w Pakiecie Ubezpieczenia.
- Lista Dostawców Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA może się zmienić w każdej chwili niezależnie od ważności Umowy Ubezpieczenia. Ubezpieczony może uzyskać informacje na temat najbardziej aktualnej listy Dostawców Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA poprzez Call Center. Lista Dostawców Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA, publikowana na stronie internetowej www.zdrowotne.pl, może w każdej chwili ulec zmianie.
- Ubezpieczony może otrzymać Zabieg Medycznie Niezbędny od Dostawcy Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA niezależnie od miejsca zamieszkania Ubezpieczonego w Polsce, chyba że przyjęto inaczej w Pakiecie Ubezpieczenia.
- Ubezpieczający otrzymuje, wraz z Polisą Ubezpieczeniową, Katalog Świadczeń Gwarantowanych, które mogą być świadczone przez Dostawców Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA. Najbardziej dokładny i aktualny Katalog Świadczeń Gwarantowanych można znaleźć na www.zdrowotne.pl.
- Wszelkie płatności za Zabieg Medycznie Niezbędny są dokonywane wyłączenie i bezpośrednio pomiędzy właściwym Dostawcą Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA a Ubezpieczycielem, chyba że ustalono inaczej w Pakiecie Ubezpieczenia.
- W przypadku Zabiegu nieobjętego Umową Ubezpieczenia, właściwy Dostawca Usług Medycznych dokona wszelkich z tym Zabiegiem związanych płatności wyłącznie i bezpośrednio z Ubezpieczonego, jako płatności należnych za Zabieg spoza Ochrony Ubezpieczenia.
- Jeżeli Ubezpieczyciel zapłacił Dostawcy Usług Medycznych za Zabieg nieobjęty Umową Ubezpieczenia, to Ubezpieczający zobowiązany jest do zwrotu odpowiednich kwot jak również za jakiegokolwiek szkody lub straty poniesione przez Ubezpieczyciela w wyniku tego Zabiegu na rzecz Ubezpieczyciela, w terminie 14 dni od daty otrzymania odpowiedniego powiadomienia.
- Otrzymanie Świadczenia Medycznego przez Ubezpieczonego wymaga uprzedniej zgody Ubezpieczyciela, chyba że inaczej ustalono w Pakiecie Ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczony zdecyduje się otrzymać zabieg przed zatwierdzeniem go przez Ubezpieczyciela, to Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność za ryzyko, że Ubezpieczyciel może nie uznać zabiegu jako Zabiegu Medycznie Niezbędnego i który w efekcie będzie wyłączony z Ochrony Ubezpieczeniowej. Akceptacja lub odmowa Ubezpieczyciela zostaną przekazane Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu za pośrednictwem Call Center.
- Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony nie spełni obowiązku z pkt (8) a dokonany zabieg nie zostanie uznany za Zabieg Medycznie Niezbędny, to Ubezpieczyciel zostaje zwolniony z odpowiedzialności za taki zabieg, jego konsekwencje i świadczenia medyczne z nimi związane.
- Wydanie zgody Ubezpieczyciela, w rozumieniu pkt. (8), nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zwrotu na rzecz Ubezpieczyciela za Zabieg nieobjęty Umową Ubezpieczenia, ani nie pozbawia Ubezpieczyciela prawa, aby udowodnić brak konieczności kwestionowanego Zabiegu.
- Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania, na wniosek Ubezpieczyciela, wszelkich informacji, oświadczeń i dokumentów niezbędnych Ubezpieczycielowi do oceny Ubezpieczonego Zdarzenia i jego konsekwencji dla Ubezpieczonego, przeprowadzonego Zabiegu, wartości lub kwoty, którą Ubezpieczyciel ma zapłacić za zabieg lub jego zobowiązania do tej zapłaty. Ubezpieczyciel może zażądać przeprowadzenia specjalnych konsultacji lub badań przez lekarza wyznaczonego przez Ubezpieczyciela i na koszt Ubezpieczyciela. Jeśli żądanie Ubezpieczyciela nie zostanie spełnione, to Ubezpieczyciel jest wolny od swoich zobowiązań w ramach Umowy Ubezpieczenia wobec Ubezpieczającego i Ubezpieczonego.
- Ubezpieczyciel ma prawo zwrócić się do lekarzy i placówek medycznych o wydanie dokumentów dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego lub do oceny jego zobowiązania do zapłaty.
- Ubezpieczający jest odpowiedzialny za jakąkolwiek szkodę wynikającą z zawinionego przez niego nieuzyskania informacji i dokumentów z pkt. (11) i (12) przez Ubezpieczyciela.
- W trakcie procesu weryfikacji Zabiegu, Ochrona Ubezpieczeniowa jest zawieszona w stosunku do wszystkich świadczeń medycznych, które mogą odnosić się do weryfikowanego Zabiegu.
- Ubezpieczający lub Ubezpieczony otrzyma odpowiedź Ubezpieczyciela w sprawie wniosku o zaplanowanie Zabiegu Medycznie Niezbędnego z reguły w ciągu dwóch dni roboczych od daty telefonicznego właściwego złożenia i przyjęcia wniosku poprzez Call Center.

16. Jeśli jakiegokolwiek dodatkowe informacje lub dokumenty są wymagane przez Ubezpieczyciela do wydania decyzji z pkt (15), wtedy Ubezpieczający obowiązany jest podać wszelkie z wymaganych informacji lub dokumentów. W tym przypadku okres z pkt (15) zostanie przedłużony z reguły o dwa dodatkowe dni od daty otrzymania przez Ubezpieczyciela prawidłowych i kompletnych wymaganych dokumentów. Jeśli Ubezpieczający nie spełni tego obowiązku, to stanowi to bardzo poważną przesłankę wydania odmownej decyzji z pkt (15). Ubezpieczyciel przekazuje decyzję Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu za pośrednictwem Call Center.
17. Zabieg Medycznie Niezbędny będzie wykonany Ubezpieczonemu w najwcześniejszym możliwym terminie, po wydaniu pozytywnej decyzji z pkt (15), z zastrzeżeniem Pakietu Ubezpieczenia, ograniczeniami w harmonogramie i dostępnością Dostawców Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA.
18. Zabieg jest dostępny tylko po okazaniu Dostawcy Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA ważnej Karty Ubezpieczonego wraz z ważnym dokumentem tożsamości.
19. Każdorazowa niemożliwość stawienia się na już zaplanowany Zabieg Medycznie Niezbędny musi być zgłoszone do Call Center bez zbędnej zwłoki i przed umówioną datą. W przeciwnym wypadku Ubezpieczający poniesie uzasadnione koszty właściwego Dostawcy Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA, chyba że niemożliwość została spowodowana przez przyczynę poza jego kontrolą (siła wyższa), która to okoliczność musi zostać udowodniona przez Ubezpieczającego.
20. Ubezpieczający lub Ubezpieczony może uzyskać na wniosek dostęp do dokumentacji zabiegu któremu został poddany, o ile i w zakresie w jakim taka dokumentacja znajduje się w posiadaniu Ubezpieczyciela. Ponadto, po złożeniu wniosku o sporządzenie kopii tych dokumentów, mogą być one wydane wtedy i tylko wtedy, gdy nie narusza to praw osób trzecich.
21. Ochrona Ubezpieczeniowa zostanie wstrzymana - również w stosunku do bieżących Zabiegów - z momentem rozwiązania, wypowiedzenia lub wygaśnięcia Umowy Ubezpieczenia (lub z odpowiednio odnośnie części Umowy Ubezpieczenia).
22. Ubezpieczający musi podejmować wszelkie możliwe działania, aby zmniejszyć wielkość roszczeń i ograniczyć podejmowanie przez Ubezpieczonego działań, które mogą być uznane za przeszkodę w procesie powrotu do zdrowia.
23. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony nie zgadza się z decyzją Ubezpieczyciela o odmowie opłacenia żądanego świadczenia medycznego, to musi on o tym fakcie powiadomić Ubezpieczyciela na piśmie w terminie jednego miesiąca od otrzymania odmownej decyzji Ubezpieczyciela.
24. Roszczenia związane z wypłatą świadczeń medycznych nie mogą być przekazane na rzecz osoby trzeciej.
25. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w przypadku błędnej decyzji z pkt (15) jest ograniczona do kosztów świadczeń medycznych, które były przedmiotem tej decyzji.

§ 18.

Roszczenia wobec osób trzecich

1. Wszelkie roszczenia, w wysokości zapłaty dokonanej w ramach Umowy Ubezpieczenia, za szkody wobec osób trzecich, które miały częściowe lub decydujące znaczenie dla zaistnienia Ubezpieczonego Zdarzenia zostają każdorazowo niezwłocznie przekazane na rzecz Ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczający ponosi wyłączną odpowiedzialność, jeśli roszczenia z pkt (1) nie są przekazane na rzecz Ubezpieczającego w odpowiednim terminie. W takim przypadku Ubezpieczyciel jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania od Ubezpieczającego.

Rozdział V

Rozwiązanie umowy

§ 19.

Rozwiązanie Umowy Ubezpieczenia

1. Jeśli Ubezpieczający lub Ubezpieczony uzyskał ochronę z ubezpieczenia za pomocą oszustwa lub innego czynu, który narusza zasady dobrej wiary, zasady współżycia społecznego lub obowiązujące przepisy prawne, to Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia w całości w trybie natychmiastowym. W tym przypadku Ubezpieczający i Ubezpieczony zostają pozbawieni praw do jakichkolwiek roszczeń z tytułu Umowy Ubezpieczenia. Jeśli Ubezpieczyciel poniósł już wydatki z tytułu takiej Umowy Ubezpieczenia, to Ubezpieczający zobowiązany jest zwrócić Ubezpieczycielowi wszelkie takie wydatki.

2. Rozwiązania umowy na podstawie Umowy Ubezpieczenia dokonuje się poprzez wysłanie pisemne powiadomienia pod rygorem nieważności, bez żadnych uprzednich lub dodatkowych formalności i wyroku sądowego.
3. W przypadku rozwiązania przez Ubezpieczyciela Umowy Ubezpieczenia z mocą wsteczną, Ubezpieczycielowi muszą zostać zwrócone koszty poniesione przez niego na świadczenia medyczne od chwili faktycznego rozwiązania umowy ubezpieczenia.

§ 20.

Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć lub odstąpić od Umowy Ubezpieczenia zgodnie z przepisami Kodeksu Cywilnego.
2. Jeżeli Ubezpieczający skorzysta ze swojego prawa z pkt (1), to pozostaje on zobowiązany do zapłaty Składki Ubezpieczeniowej za okres Ochrony Ubezpieczeniowej udzielonej przez Ubezpieczyciela, chyba że inne przepisy lub ustawy stanowią inaczej.
3. Wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia może odnosić się do całej Umowy Ubezpieczenia lub - po uprzednim uzyskaniu pisemnej zgody Ubezpieczyciela - do określonego Ubezpieczonego.
4. Jeżeli część Umowy Ubezpieczenia została rozwiązana z inicjatywy Ubezpieczyciela, to Ubezpieczający może wypowiedzieć w tym samym czasie pozostałą część Ubezpieczenia Umowy.

§ 21.

Inne podstawy do rozwiązania Umowy Ubezpieczenia

1. W przypadku śmierci, likwidacji lub ogłoszenia upadłości Ubezpieczającego, Umowa Ubezpieczeniowa przestaje obowiązywać natychmiast z chwilą, gdy odpowiednie wyżej wymienione wydarzenie zdarzyło się lub zostało ostatecznie uznane za dokonane przez odpowiednie władze państwowe.
2. Niezależnie od postanowień pkt (1), jeżeli Ubezpieczający nie żyje, uległ likwidacji, upadłości lub przeniósł swoje miejsce zamieszkania lub siedzibę poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, to Ubezpieczony jest uprawniony do żądania na piśmie, w terminie miesiąca od daty zaistnienia odpowiedniego z powyższych zdarzeń, do kontynuacji swej strony Umowy Ubezpieczenia na tych samych warunkach, poprzez wejście Ubezpieczonego lub innej, wskazanej osoby trzeciej w miejsce poprzedniego Ubezpieczającego.
3. W przypadku zaistnienia sytuacji opisanej w pkt (2), kontynuowana Umowa Ubezpieczeniowa może być zmieniona za zgodą obu stron w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
4. Po śmierci Ubezpieczonego, odpowiadająca mu część Umowy Ubezpieczenia zostanie zakończona w chwili jego śmierci, w momencie potwierdzonym przez odpowiednie organy państwa. Ewentualna nadmierna Składka Ubezpieczeniowa, zapłacona przez Ubezpieczającego, zostanie mu zwrócona przez Ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczyciel nie zawrze ani nie odnowi Umowy Ubezpieczenia z osobą fizyczną lub prawną, której odpowiednio miejsce zamieszkania lub siedziba znajduje się poza Rzeczpospolitą Polską.
6. W przypadku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia, jako całości, wszyscy Ubezpieczeni z Umowy Ubezpieczenia tracą swoje prawa na podstawie Umowy Ubezpieczenia, chyba że strony postanowią inaczej.

§ 22.

Data wygaśnięcia Ubezpieczenia

Umowa Ubezpieczeniowa wygasa po upływie jednego roku od Dnia Zawarcia Umowy, chyba że ustalono inaczej w Pakiecie Ubezpieczenia.

§ 23.

Skutki rozwiązania Umowy Ubezpieczenia.

Ochrona Ubezpieczeniowa ustaje natychmiast z momentem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia, chyba że ustalono inaczej.

Rozdział VI

Inne przepisy

§ 24.

Powiadomienia, komunikacji, spraw sądowych

1. Każdy dokument odnoszący się do Umowy Ubezpieczenia jest ważny wtedy i tylko wtedy, gdy został on złożony w języku polskim, w formie pisemnej, właściwie podpisany przez stronę go wydającą i wysłany drugiej stronie na adres podany przez tę stronę w Umowie Ubezpieczenia. Komunikacja werbalna nie będzie brana pod uwagę przez żadną ze stron.
2. Wszelkie oświadczenia lub dokumenty wystawiane przez Ubezpieczyciela są ważne jedynie wtedy, gdy zostały one wydane przez prawnie upoważnionych przedstawicieli Ubezpieczyciela, wraz z odpowiednimi znakami i podpisami osób upoważnionych przez Ubezpieczyciela.
3. Dane kontaktowe Ubezpieczającego i Ubezpieczonego do odbioru korespondencji muszą zostać podane we Wniosku o Objęcie Ubezpieczeniem. Wszelkie zmiany tych danych muszą zostać niezwłocznie monitorowane drugiej stronie na piśmie w ciągu 7 dni od dnia wystąpienia tych zmian.
4. Niespełnienie obowiązku z pkt. (3) powoduje, że wszystkie dokumenty będą przesyłane na ostatni znany adres z fikcją doręczenia (domniemanie doręczenia). Takie dokumenty będą uznawane za prawidłowo doręczone.
5. Ubezpieczający i Ubezpieczyciel zobowiązują się dążyć do polubownego rozwiązywania wszelkich sporów powstałych w odniesieniu do zawarcia, realizacji i interpretacji Umowy Ubezpieczenia. Jeśli takie polubowne rozwiązanie nie będzie możliwe w rozsądnym terminie, to decyzja należy do sądu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania lub siedzibę pozwanego lub, w przypadku, gdy Ubezpieczający jest osobą prawną, to do sądu właściwego ze względu na siedzibę Ubezpieczyciela.

§ 25.

Statut Pośrednika

1. Pośrednik nie jest uprawniony do wydawania oświadczeń w imieniu Ubezpieczyciela.
2. Pośrednik nie jest uprawniony do zawierania umów słownych z Ubezpieczającym, przyszłym Ubezpieczającym, Ubezpieczonym ani przyszłym Ubezpieczonym.
3. Pośrednik nie ma prawa zawierać żadnych porozumień ani umów, w tym w formie werbalnej, dotyczących włączenia określonych świadczeń medycznych do Ochrony Ubezpieczeniowej.
4. Pośrednik nie jest uprawniony do przyjmowania Składek Ubezpieczeniowych na poczet Umowy Ubezpieczenia.

§ 26.

Zmiany do Umowy Ubezpieczenia

1. Umowa Ubezpieczenia może zostać zmieniona przez Ubezpieczyciela, nawet w trakcie roku ubezpieczeniowego, w następujących sytuacjach:
 - a) w przypadku znaczącej zmiany polskiego systemu opieki zdrowotnej;
 - b) jeżeli Ogólne Warunki Ubezpieczenia lub jego część nie może być stosowana lub jeśli stanowią one istotne pogorszenie sytuacji prawnej Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego;
 - c) w przypadku przyjęcia lub zmiany przepisów w polskim systemie prawnym, które wymagają zmian w Umowie Ubezpieczeniowej;
 - d) w przypadku zmian Składki Ubezpieczeniowej lub zmian kwoty wykupu ubezpieczenia.
2. Nowe przepisy Umowy Ubezpieczenia będą odpowiadać, pod względem prawnym i gospodarczym, zmienianym przepisom i nie będą krzywdzące wobec Ubezpieczającego ani Ubezpieczonego bardziej niż jest to konieczne.
3. Nowe przepisy Umowie Ubezpieczenia wchodzi w życie w pierwszym miesiącu następującym po miesiącu, w którym Ubezpieczyciel poinformował Ubezpieczającego o zmianach.

§ 27.

Odstępstwa od Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

1. Strony mogą zgodzić się na odstępstwa od Ogólnych Warunków Ubezpieczenia. Takie odstępstwa wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności. Takie odstępstwa będą miały pierwszeństwo przed Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Zdrowotnego SIGNAL IDUNA.
2. Odstępstwa wymienione w pkt. (1) nie mogą naruszać obowiązującego prawa.

§ 28.

Elementy techniczne

1. Ubezpieczenie na podstawie Umowy Ubezpieczenia nie daje możliwości wykupu, dlatego wykup nie jest dozwolony.
2. Waluta Umowy Ubezpieczenia jest określona w Polisie Ubezpieczeniowej.

§ 29.

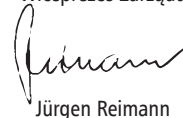
Wejście w życie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego SIGNAL IDUNA zostały zatwierdzone uchwałą Nr 9/Z/2012 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. z dnia 20.02.2012 r. i mają zastosowanie do Umów Ubezpieczenia obowiązujących od 01.04.2012 r.

Prezes Zarządu


Jan Myszkowski

Wiceprezes Zarządu


Jürgen Reimann

Pakiet Ubezpieczenia Zdrowotnego - Pełnia Zdrowia Direct

Niniejszy Pakiet Ubezpieczenia oparty jest na Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia zatwierdzonych przez Zarząd SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. uchwałą nr 9/Z/2012 z dnia 20.02.2012 r. (dalej: Ogólne Warunki Ubezpieczenia).

Zapisy Ogólnych Warunków Ubezpieczenia mają zastosowanie, jeżeli niniejszy Pakiet Ubezpieczenia nie stanowi inaczej.
 Postanowienia Pakietu Ubezpieczenia mają pierwszeństwo przed Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia.

Produkt ten oferowany jest w dwóch wariantach, w zależności od tego czy jest to oferta indywidualna czy rodzinna, w jednym zakresie ubezpieczenia

Rozdział I.

Zasady i definicje

Dostawca Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA Start+: Każdy Dostawca Usług Medycznych, współpracujący z Ubezpieczycielem, określany w wykazie dostawców Usług Medycznych sieci SIGNAL IDUNA Start+

Rodzina: Małżonkowie i ich dzieci (dopóki nie ukończą 18 lat lub 26, tak długo jak posiadają status studenta).

Rok Ubezpieczeniowy: Pierwszy rok ubezpieczeniowy, który rozpoczyna się w dniu określonym w Polisie Ubezpieczeniowej (Początek Ubezpieczenia), a kończy się po upływie jednego roku.

Sieć Szpitali SIGNAL IDUNA: Szpitale oraz placówki medyczne posiadające wymagane zezwolenia właściwych organów, uprawnione do świadczenia zabiegów zgodnie z powszechną, obowiązującą wiedzą medyczną oraz działające w ramach tego pozwolenia, które posiadają umowę o współpracy z SIGNAL IDUNA.

Ubezpieczający: Osoba fizyczna lub prawna, która zawiera Umowę Ubezpieczenia z Ubezpieczycielem i która zobowiązuje się do płacenia Składek Ubezpieczeniowych. Jeśli Ubezpieczający jest osobą fizyczną, to może on być równocześnie Ubezpieczonym w Umowie Ubezpieczenia.

Rozdział II.

Ogólne zasady

§ 1.

Wiek wejścia do Ubezpieczenia

Minimalny wiek dopuszczający przyjęcie osoby jako Ubezpieczonego wynosi w przypadku pakietów indywidualnych 18 lat oraz 1 rok w przypadku pakietów rodzinnych, chyba że odpowiedni przepis stanowi inaczej.

§ 2.

Kalkulacja Składki Ubezpieczeniowej

Zmieniając §11 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, wysokość Składki Ubezpieczeniowej nie będzie zależać, między innymi, od takich czynników jak stan zdrowia Ubezpieczonego w Dniu Zawarcia Umowy.

Rozdział III.

Ochrona Ubezpieczeniowa

§ 1.

Zabiegi Ambulatoryjne

- Świadczenia medyczne, objęte ochroną w ramach niniejszego produktu i realizowane w warunkach ambulatoryjnych, są wymienione w Katalogu

Świadczeń Gwarantowanych, stanowiącym załącznik do umowy ubezpieczenia.

- W ramach niniejszego produktu SIGNAL IDUNA objęcie ubezpieczeniem Świadczenia Medyczne, wymienione w Katalogu Świadczeń Gwarantowanych z właściwymi ograniczeniami dla każdego zabiegu, jeśli takie ograniczenia zostały ustalone.
- W ramach niniejszego produktu SIGNAL IDUNA objęcie ubezpieczeniem Zabiegi Ambulatoryjne tylko jeśli stanowią one Zabiegi Medycznie Niezbędne i zostały przepisane przez lekarza Dostawcę Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA Start+. Zabiegi te muszą być właściwie zatwierdzone i umówione przez Call Center.
- Wszystkie Zabiegi Ambulatoryjne są dostępne na podstawie podstawowej Ochrony Ubezpieczeniowej.
- Świadczenia medyczne w odniesieniu do Zabiegów Ambulatoryjnych dostępne u Dostawcy Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA Start+.

§ 2.

Zabiegi Szpitalne

- Świadczenia Medyczne, objęte ochroną w ramach niniejszego produktu i realizowane w warunkach szpitalnych, są wymienione w Katalogu Świadczeń Gwarantowanych, stanowiącym załącznik do Umowy Ubezpieczenia.
- W ramach niniejszego produktu SIGNAL IDUNA objęcie ubezpieczeniem Świadczenia Medyczne, wymienione w Katalogu Świadczeń Gwarantowanych z właściwymi ograniczeniami dla każdego świadczenia, jeśli takie ograniczenia zostały ustalone.
- W ramach niniejszego produktu SIGNAL IDUNA objęcie ubezpieczeniem Zabiegi Szpitalne tylko jeśli stanowią one Zabiegi Medycznie Niezbędne, zostały zlecone (skierowanie) przez lekarza specjalistę Dostawcy Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA Start+ oraz zostały właściwie zatwierdzone i umówione przez Call Center.
- Ubezpieczony zobowiązany jest wysłać skierowanie, o którym mowa w ust. 3 powyżej, do SIGNAL IDUNA. Tryb zgłaszania chęci skorzystania z Zabiegu Szpitalnego został opisany w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.
- Zmieniając §17 pkt 21 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, Ochrona Ubezpieczeniowa będzie obowiązywać na tych samych warunkach przez okres nie przekraczający 30 dni, jeśli Ubezpieczony jest w trakcie otrzymywania Zabiegu Szpitalnego na podstawie Polisy Ubezpieczeniowej, w momencie zakończenia Umowy Ubezpieczenia. Ubezpieczający ma obowiązek opłacenia odpowiedniej Składki Ubezpieczeniowej za dodatkowy okres obowiązywania Ochrony Ubezpieczeniowej.

§ 3.

Assistance medyczny

- Świadczenia medyczne, objęte ochroną w ramach Assistance Medycznego, są wymienione w Pakiecie Ubezpieczenia Assistance Medyczny, stanowiącym załącznik do umowy ubezpieczenia.
- W ramach niniejszego produktu SIGNAL IDUNA objęcie ubezpieczeniem Świadczenia Medyczne, wymienione w Pakiecie Ubezpieczenia Assistance Medyczny z właściwymi ograniczeniami dla każdego zabiegu, jeśli takie ograniczenia zostały ustalone.
- W ramach niniejszego produktu SIGNAL IDUNA objęcie ubezpieczeniem Zabiegi realizowane w ramach Assistance Medycznego tylko jeśli stanowią one Zabiegi Medycznie Niezbędne, zgodnie z zasadami opisanymi w Pakiecie Ubezpieczenia Assistance Medyczny
- Wszystkie świadczenia medyczne, objęte ochroną w ramach Assistance Medycznego są dostępne na podstawie podstawowej Ochrony Ubezpieczeniowej.

§ 4.

Inne przepisy odnoszące się do wykonywania Świadczeń Medycznych

1. Każde kliniczne i podobne badanie oraz każda analiza wymagająca specjalistycznego sprzętu medycznego, będzie wykonana wyłącznie, jeśli została przepisana przez lekarza oraz jest bezpośrednio związana z Chorobą, Zaburzeniem lub Uszkodzeniem Ciała lub jeśli stanowi Zabieg Medycznie Niezbędny
2. W § 14 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia po ust. 26 dodaje się ustęp o treści:
Chorób, następstw nieszczęśliwych wypadków, objawów chorobowych i dolegliwości, które wystąpiły, lub przyczyny ich wystąpienia były znane Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia.

Rozdział IV.

Przepisy końcowe

Zatwierdzenie i stosowanie

1. Niniejszy Pakiet Ubezpieczenia został zatwierdzony przez Zarząd SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. uchwałami nr 40/Z/2013 z dnia 12 sierpnia 2013 r. oraz nr 42/Z/2013 z dnia 21 sierpnia 2013 r.
2. Niniejszy Pakiet Ubezpieczenia mają zastosowanie do Umów Ubezpieczenia z datą Początku Ubezpieczenia od dnia 1 września 2013 r.

Wiceprezes Zarządu



Agnieszka Kielbasińska

Wiceprezes Zarządu



Jürgen Reimann

KATALOG ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO - PEŁNIA ZDROWIA DIRECT

A. WPROWADZENIE

Zakresem ubezpieczenia objęte są jedynie usługi medyczne, wymienione w Katalogu Świadczeń Gwarantowanych, w ramach wybranego zakresu ochrony, które mogą być wykonane u Dostawców Usług Medycznych SIGNAL IDUNA, na podstawie Umowy o współpracy, zawartej pomiędzy SIGNAL IDUNA a Dostawcą Usług Medycznych SIGNAL IDUNA.

Inne usługi medyczne, sposoby leczenia, procedury nie są objęte ochroną ubezpieczeniową.

B. ZAKRES PAKIETU BASIC

I. Usługi ambulatoryjne:

1. Konsultacje lekarskie
2. Szczepienia ochronne
3. Badania diagnostyczne:
 - a. Badania laboratoryjne
 - b. Badania obrazowe
 - c. Badania czynnościowe
4. Zabiegi ambulatoryjne
5. Zabiegi pielęgniarstwa

II. Assistance Medyczny

III. Platforma Informacyjna o usługach medycznych

IV. Opcje dodatkowe:

1. Usługi szpitalne

I. Usługi Ambulatoryjne

1. Konsultacje lekarskie

Konsultacje lekarskie to usługi medyczne niezbędne do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej i do monitorowania leczenia, przeprowadzone u Dostawcy Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA. Usługi medyczne w zakresie porady lekarskiej przysługujące Ubezpieczonemu to:

- zebranie wywiadu chorobowego
- przeprowadzenie badania lekarskiego: podmiotowego i przedmiotowego, zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną, zakończone postawieniem diagnozy lub rozpoczęciem dalszego postępowania diagnostycznego
- zlecenie wykonania niezbędnych badań diagnostycznych, zgodnie z aktualnie obowiązującą wiedzą medyczną i profilem danej specjalności medycznej
- edukacja zdrowotna i zalecenia medyczne
- wystawianie zaświadczeń o niezdolności do pracy, recept na leki, materiały opatrunkowe i inne.

Usługi medyczne przysługujące Ubezpieczonemu w ramach konsultacji lekarskich to konsultacje z lekarzami następujących specjalności:

- Internista/ lekarz rodzinny
- Chirurg ogólny
- Dermatolog
- Endokrynolog
- Okulista

2. Badania diagnostyczne

Badania diagnostyczne to konieczne z medycznego punktu widzenia badania, niezbędne do postawienia diagnozy, monitorowania leczenia i/lub ustalenia właściwego postępowania terapeutycznego.

Usługi medyczne w zakresie badań diagnostycznych przeprowadzane są na podstawie ważnego skierowania, wystawionego przez lekarza w przypadkach uzasadnionych ich wykonaniem aktualnym stanem zdrowia Ubezpieczonego lub w celu wykonania badań profilaktycznych, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

Skierowanie lekarskie jest ważne pod warunkiem, że wystawione zostało w okresie ubezpieczenia i zachowuje swoją ważność przez okres 3 miesięcy od dnia jego wystawienia.

W ramach badań diagnostycznych Ubezpieczonemu przysługują:

- Badania laboratoryjne
- Badania obrazowe
- Badania czynnościowe

Badania laboratoryjne

Usługi medyczne przysługujące Ubezpieczonemu w ramach badań laboratoryjnych to:

• Hematologiczne

- Morfologia krwi obwodowej z rozmazem
- Morfologia krwi z pełnym różnicowaniem granulocytów
- Odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)

• Biochemiczne

- Amylaza - surowica
- Amylaza - mocz
- Bilirubina bezpośrednia
- Bilirubina całkowita
- Bilirubina pośrednia
- Chlorki - surowica
- Chlorki - mocz
- Chlorki - mocz dobowy
- Cholesterol całkowity
- Glukoza na czczo we krwi żyłnej
- Jonogram
- Kreatynina - surowica
- Kreatynina - mocz
- Kreatynina - mocz dobowy
- Kwas moczowy - surowica
- Kwas moczowy - mocz
- Kwas moczowy - mocz dobowy
- Magnez całkowity (Mg) - surowica
- Magnez całkowity (Mg) - mocz
- Magnez całkowity (Mg) - mocz dobowy
- Potas (K) - surowica
- Potas (K) - mocz
- Potas (K) - mocz dobowy
- Sód (Na) - surowica
- Sód (Na) - mocz
- Sód (Na) - mocz dobowy

• Enzymatyczne

- Aminotransferaza asparaginianowa (AST)
- Aminotransferaza alaninowa (ALT)

• Mocz

- Badanie ogólne moczu, w tym:
 - Białko w moczu
 - Bilirubina w moczu
 - Ciała ketonowe w moczu
 - Erytrocyty/hemoglobina w moczu
 - Leukocyty w moczu
 - Urobilinogen w moczu
- Osad moczu
- Glukoza w moczu
- Glukoza - mocz dobowy

• Badanie kału

- Krew utajona w kale (FOBT)
- Pasożyty/ jaja pasożytów w kale
- Cysty lamblii

• **Badania bakteriologiczne z antybiogramem**

- Posiew z rany
- Posiew moczu
- Posiew ze zmiany ropnej
- Posiew z gardła

• **Badania mykologiczne (w kierunku grzybów i drożdży)**

- Wymaz ze zmiany ropnej
- Wymaz z rany
- Wymaz z jamy ustnej
- Wymaz z gardła

Badania obrazowe

Ubezpieczeniem nie są objęte badania obrazowe wykonane w technologii 3D/4D. Nazwy lub metody oznaczeń poszczególnych badań mogą ulegać zmianie w związku z rozwojem technologii medycznej, co nie będzie miało wpływu na zakres usług dostępnych w pakiecie.

Kontrast do badań obrazowych przysługujących w ramach wybranego pakietu jest objęty zakresem ubezpieczenia.

Usługi medyczne przysługujące Ubezpieczonemu w ramach badań obrazowych to:

• **Badania rentgenowskie**

- RTG - zdjęcie klatki piersiowej
- RTG - zdjęcie kręgosłupa szyjnego
- RTG - zdjęcia kręgosłupa piersiowego
- RTG - zdjęcia kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego
- RTG - zdjęcia kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego
- RTG - cały kręgosłup (na jednej kliszy)
- RTG - zdjęcia stawu krzyżowo-biodrowe
- RTG - zdjęcia miednicy
- RTG - zdjęcie biodra
- RTG - zdjęcie bioder
- RTG - zdjęcie obojczyka
- RTG - zdjęcie łopatki
- RTG - zdjęcie barku
- RTG - zdjęcie kości ramiennej
- RTG - zdjęcie stawu łokciowego
- RTG - zdjęcie kości przedramienia
- RTG - zdjęcie nadgarstka
- RTG - zdjęcie ręki/ palców
- RTG - obu dłoni (na jednej kliszy)
- RTG - zdjęcie kości udowej
- RTG - zdjęcie jednego kolana
- RTG - zdjęcie obu kolan
- RTG - zdjęcie podudzia
- RTG - zdjęcie stawu skokowego
- RTG - zdjęcie stopy/ palce
- RTG - zdjęcie kości piętowej
- RTG - obu kończyn dolnych (na jednej kliszy)
- RTG - kończyny dolnej (na jednej kliszy)
- RTG - zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej

• **Badania ultrasonograficzne**

- USG jamy brzusznej
- USG układu moczowego (pęcherz moczowy i nerki)

• **Badania czynnościowe**

Usługi medyczne przysługujące Ubezpieczonemu w ramach badań czynnościowych to:

- EKG w spoczynku
- Spirometria

3. Zabiegi ambulatoryjne

Zabiegi ambulatoryjne obejmują wykonanie procedury medycznej, wskazanej poniżej, przez uprawnionego do jej przeprowadzenia lekarza.

Zabiegi ambulatoryjne przeprowadzane są na podstawie ważnego skierowania wystawionego przez lekarza, w przypadkach uzasadnionych ich wykonanie aktualnym stanem zdrowia Ubezpieczonego. W sytuacjach gdy zabieg ambulatoryjny zostanie wykonany w trakcie wizyty przez lekarza udzielającego porady lekarskiej, skierowanie o którym mowa powyżej nie jest wymagane.

Skierowanie lekarskie jest ważne pod warunkiem, że wystawione zostało w okresie ubezpieczenia i zachowuje swoją ważność przez okres 3 miesięcy od

dnia jego wystawienia.

Usługi medyczne przysługujące Ubezpieczonemu w ramach zabiegów ambulatoryjnych to:

• **Zabiegi ogólnolekarskie**

- Nacięcie i drenaż ropnia
- Usunięcie kleszcza

• **Zabiegi chirurgiczne**

• **Szycie ran**

- w obrębie głowy i szyi (do 2,5 cm)
- w obrębie głowy i szyi (pow. 2,5 do 7,5 cm)
- w obrębie głowy i szyi (pow. 7,5 cm)
- w obrębie twarzy (do 2,5 cm)
- w obrębie twarzy (pow. 2,5 do 5,0 cm)
- w obrębie twarzy (pow. 5 cm)
- w obrębie tułowia (do 2,5 cm)
- w obrębie tułowia (pow. 2,5 do 7,5 cm)
- w obrębie tułowia (pow. 7,5 cm)
- w obrębie kończyny górnej i dolnej (do 2,5 cm)
- w obrębie kończyny górnej i dolnej (pow. 2,5 do 7,5 cm)
- w obrębie kończyny górnej i dolnej (pow. 7,5 cm)

• **Usunięcie ciała obcego**

- w obrębie barku i ramienia
- w obrębie łokcia
- w obrębie dłoni
- w obrębie biodra i miednicy
- w obrębie uda i kolana
- w obrębie stopy
- w obrębie powierzchni skóry pleców
- w obrębie powierzchni skóry brzucha
- w obrębie powierzchni skóry głowy

- **Zmiana opatrunków**

- **Usunięcie płytki/ płytek paznokciowych**
- **Usunięcie szwów**

4. Zabiegi pielęgniarские

Zabiegi pielęgniarские obejmują wykonanie procedury medycznej wskazanej poniżej przez uprawnioną do jej przeprowadzenia pielęgniarkę. Usługi medyczne przysługujące Ubezpieczonemu w ramach zabiegów pielęgniarских to:

- Iniekcje podskórne/ domięśniowe, bez kosztu leku
- Iniekcje dożylnie, bez kosztu leku
- Wlewy kroplowe (podanie kroplówki), bez kosztu leku
- Pomiar ciśnienia tętniczego
- Inhalacje/nebulizacje, bez kosztu leku

II. Assistance Medyczny

Assistance Medyczny to szybka pomoc medyczna, Infolinia Medyczna, Infolinia Baby Assistance.

Szczegóły zakresu zostały określone w **Pakiecie Ubezpieczenia-Assistance Medyczny**, który stanowi załącznik do Umowy Ubezpieczenia.

III. Platforma Informacyjna o usługach medycznych

Call Center

Usługi oferowane Ubezpieczonemu 24-godziny na dobę i przez 7 dni w tygodniu. Za pośrednictwem Platformy Informacyjnej o usługach medycznych Ubezpieczony może uzyskać następujące świadczenia:

- informacje o:
 - Dostawcach Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA, w tym o:
 - lekarzach i specjalistach
 - profilu danej placówki
 - specjalistycznym wyposażeniu i rehabilitacji
 - godzinach otwarcia
 - dietetykach
 - psychologach
 - aptekach

- porady, w tym:
 - zapewnienie opinii drugiego lekarza na temat np. konieczności operowania czy metody leczenia,
 - informacje o badaniach profilaktycznych wymaganych w określonym wieku i płci,
 - informacje przed podróżą o wymaganych i zalecanych szczepieniach, opiece medycznej miejscu docelowym.

IV. Usługi szpitalne

Usługi szpitalne, organizowane przez SIGNAL IDUNA, to niezbędne z medycznego punktu widzenia i uzasadnione aktualnym stanem zdrowia Ubezpieczonego usługi, określone zakresem Umowy ubezpieczenia, realizowane wyłącznie u Dostawców Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA. Usługi szpitalne obejmują Zabiegi Szpitalne.

Zabiegi Szpitalne

Zakresem ubezpieczenia objęte są wyłącznie Zabiegi Szpitalne, wymienione w niniejszym Katalogu Świadczeń Gwarantowanych, będącym załącznikiem do Umowy Ubezpieczenia lub Polisy Ubezpieczeniowej, zgodnie z wykupionym zakresem ubezpieczenia. Zakresem ubezpieczenia objęte są tylko i wyłącznie zabiegi wykonywane w trybie planowym.

Zabiegi Szpitalne są organizowane wyłącznie na podstawie ważnego skierowania lekarskiego, wystawionego przez lekarza. Skierowanie lekarskie na wykonanie Zabiegu Szpitalnego zachowuje swoją ważność przez okres 3 miesięcy od daty jego wystawienia.

SIGNAL IDUNA ma prawo do weryfikacji celowości oraz zasadności, z medycznego punktu widzenia, przeprowadzenia zgłaszanego Zabiegu Szpitalnego.

Ubezpieczony zobowiązany jest do wcześniejszego, telefonicznego zgłoszenia konieczności przeprowadzenia Zabiegu Szpitalnego za pośrednictwem Call Center, w celu zgłoszenia leczenia szpitalnego do autoryzacji przez SIGNAL IDUNA.

W przypadku zgłaszania leczenia szpitalnego do autoryzacji, Ubezpieczony ma także obowiązek przesłania skierowania, które zawiera:

- nazwę placówki medycznej wystawiającej skierowanie
- imię, nazwisko i specjalizację lekarza, który wystawił skierowanie
- pełne brzmienie rozpoznania medycznego będącego przyczyną skierowania do szpitala
- datę wystawienia skierowania

Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za leczenie szpitalne przeprowadzone bez wcześniejszej autoryzacji SIGNAL IDUNA.

Wykonanie Zabiegu Szpitalnego może odbyć się wyłącznie na podstawie ważnego skierowania lekarskiego (ważność skierowania wynosi 1 miesiąc od daty wystawienia), w przypadku skierowania od lekarza spoza Dostawcy Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA Start+, Zabieg Szpitalny zostanie wykonany po kwalifikacji lekarza Dostawcy Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA Start+.

Zabiegi szpitalne przysługujące Ubezpieczonemu w ramach wykupionego pakietu, to:

- Nacięcie migdałka (tonsilotomia)
- Usunięcie migdałka (tonsillektomia)
- Usunięcie polipów (polipektomia wewnętrzznosowa)
- Tympanoplastyka
- Appendektomia (usunięcie wyrostka robaczkowego) - metoda klasyczna
- Appendektomia (usunięcie wyrostka robaczkowego) - metoda laparoskopowa

