

## Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu

### SPIS TREŚCI:

<b>ROZDZIAŁ I</b>		<b>ROZDZIAŁ VI</b>	
Postanowienia ogólne	str 1	Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela	str 2
<b>ROZDZIAŁ II</b>		<b>ROZDZIAŁ VII</b>	
Definicje	str 1	Wyplata świadczenia	str 3
<b>ROZDZIAŁ III</b>		<b>ROZDZIAŁ VIII</b>	
Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej	str 2	Indeksacja	str 4
<b>ROZDZIAŁ IV</b>		<b>ROZDZIAŁ IX</b>	
Umowa Ubezpieczenia Dodatkowego	str 2	Postanowienia końcowe	str 4
<b>ROZDZIAŁ V</b>			
Składka z tytułu Umowy Dodatkowej	str 2		

## Rozdział I

### Postanowienia ogólne

#### § 1.

- Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu, zwane dalej „Warunkami Dodatkowymi” stosuje się do umów dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu zawieranych pomiędzy SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna a Ubezpieczającym.
- Umowa Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu, zwana dalej „Umową Dodatkową” może zostać zawarta jedynie jako uzupełnienie umowy indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie lub indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie i dożycie, zwanej dalej „Umową Podstawową”. Opisywane rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej Umowy Podstawowej wymaga każdorazowo odpowiedniej akceptacji ze strony Ubezpieczyciela.
- W zakresie nieuregulowanym w niniejszych Warunkach Dodatkowych stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta Umowa Podstawowa, przepisy Kodeksu Cywilnego, zapisy Ustawy o Działalności Ubezpieczeniowej oraz zapisy innych obowiązujących przepisów polskiego prawa.

## Rozdział II

### Definicje

#### § 2.

- Suma Ubezpieczenia** - kwota określona w Polisie, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego. Suma Ubezpieczenia w Umowie Dodatkowej nie może być wyższa niż 0,10% Sumy Ubezpieczenia z tytułu śmierci dla Umowy Podstawowej i jednocześnie przekroczyć kwoty 100 zł.
- Uszkodzenie Ciała** - fizyczne obrażenie ciała Ubezpieczonego będące następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.
- Choroba** - schorzenie lub nieprawidłowość, które powoduje zaburzenie w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpieczonego, niezależnie od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może przedstawić jednoznaczną diagnozę.
- Nieszczęśliwy Wypadek** - nagle, gwałtowne i nieoczekiwane zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, w następstwie którego Ubezpieczony doznał uszkodzeń ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się urazów i chorób związanych ze zmianami zwyrodnieniowymi lub innymi zmianami chorobowymi, w szczególności: zawału serca, wylewu krwi, udaru, krwotoku śródmózgowego, padaczki, zatrucia oraz wszelkich innych chorób i infekcji, również tych, które wystąpiły nagle, za nieszczęśliwy wypadek w rozumieniu niniejszych Warunków Dodatkowych nie uznaje się także następstw zdrowotnych wynikających z przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia, wystąpienia u Ubezpieczonego dyskopatii i/lub przepuklin jądra miążdżystego oraz przepuklin powysiłkowych.

- Szpital** - działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z przepisami prawa publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, prowadzący lecznictwo zamknięte, spełniający jednocześnie wszystkie z wymienionych poniżej warunków:

- posiada wydane zgodnie z przepisami prawa polskiego zezwolenie na prowadzenie szpitala na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- zatrudnia zawodową i wykwalifikowaną kadrę lekarską i pielęgniarską,
- posiada odpowiedni sprzęt medyczny i zdolność do wykonywania zabiegów chirurgicznych,
- zapewnia całodobową opiekę pielęgniarską i lekarską w specjalnie przygotowanych do tego celu pomieszczeniach.

W rozumieniu niniejszych Warunków Dodatkowych za szpital nie uważa się: ośrodka zdrowia, ośrodka pomocy społecznej, hospicjum, ośrodka dla osób psychicznie chorych, ośrodka leczenia uzależnień od narkotyków, alkoholu, leków i innych środków odurzających, ośrodka sanatoryjnego, uzdrowiska, prewentoria, szpitala sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, a także jakiegokolwiek ośrodka rehabilitacyjnego lub rekonwalescencyjnego, czy też szpitala uzdrowiskowego bądź szpitala rehabilitacyjnego, w rozumieniu niniejszych Warunków Dodatkowych szpitalem nie są również zakłady opiekuńczo - lecznicze oraz zakłady pielęgnacyjno - opiekuńcze.

- Hospitalizacja** - Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia. Zakresem ochrony ubezpieczeniowej objęte są wyłącznie przypadki leczenia stacjonarnego stanów nagłych, 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. Ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej nie są objęte przypadki hospitalizacji w celach rehabilitacji, diagnostyki lub obserwacji szpitalnej Ubezpieczonego.
- Pacjent Stały** - osoba, która podlega Hospitalizacji pod fachową opieką lekarską i pielęgniarską, poprzedzona odpowiednią procedurą przyjęcia do Szpitala i wpisem do rejestru pacjentów.
- Rehabilitacja** - usprawnienie rozumiane jako odpowiednio zaplanowane oddziaływania korekcyjne po przebytych chorobach lub Uszkodzeniach Ciała, które zostawiły trwałe ślady w sprawności fizycznej, życiu psychicznym lub kontaktach społecznych.
- Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu** - całodobowy pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu jako Pacjent Stały w celu leczenia szpitalnego, trwający nieprzerwanie co najmniej 4 dni w przypadku Choroby lub nieprzerwanie co najmniej 2 dni w przypadku leczenia następstw Nieszczęśliwego Wypadku.
- Okres karencji** - czas, po upływie którego rozpoczyna się pełna odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy Dodatkowej, wynosi on 6 miesięcy od daty wskazanej na Polisie jako początek Okresu Ubezpieczenia dla Umowy Dodatkowej, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w okresie karencji ograniczona jest wyłącznie do przypadków Hospitalizacji Ubezpieczonego będących następstwem Nieszczęśliwych Wypadków.
- Zdarzenie ubezpieczeniowe** - Hospitalizacja Ubezpieczonego na skutek Choroby lub w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.

## Rozdział III

### Przedmiot i zakres Umowy Dodatkowej

#### § 3.

1. Przedmiotem Umowy Dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia Umowy Dodatkowej obejmuje Hospitalizację Ubezpieczonego na skutek Choroby lub w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.

## Rozdział IV

### Umowa Ubezpieczenia Dodatkowego

#### § 4.

1. Za zgodą Ubezpieczyciela Umowa Dodatkowa może zostać zawarta jednocześnie wraz z zawarciem Umowy Podstawowej lub w Rocznicę Polisy, o ile Ubezpieczony spełnia kryteria o których mowa w ust. 4 oraz jednocześnie do upływu Okresu Ubezpieczenia Umowy Podstawowej pozostało co najmniej 5 pełnych lat. Zawarcie Umowy Dodatkowej potwierdzone zostaje odpowiednimi postanowieniami w Polisie.
2. Umowa Dodatkowa zostaje zawarta na zasadach oraz w sposób określony w niniejszych Warunkach Dodatkowych oraz w sposób określony w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta Umowa Podstawowa.
3. Podstawą do zawarcia Umowy Dodatkowej są:
  - 1) składany przez Ubezpieczającego i wypełniony zgodnie z wymogami Ubezpieczyciela wniosek o zawarcie Umowy Dodatkowej,
  - 2) dowód wpłacenia przez Ubezpieczającego pełnej wysokości pierwszej Składki na właściwy rachunek bankowy Ubezpieczyciela,
  - 3) wszelka dokumentacja medyczna niezbędna do przeprowadzenia przez Ubezpieczyciela procesu oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
4. Umowa Dodatkowa może być zawarta na rzecz osoby, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ma ukończone 18 lat, lecz jednocześnie nie ukończyła 55 lat.
5. Zawarcie Umowy Dodatkowej może zostać uzależnione od wyników badań medycznych i analiz laboratoryjnych wykonanych w ramach procesu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, świadczących o stanie zdrowia Ubezpieczonego.
6. Ubezpieczyciel ma prawo do odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową osoby wskazanej we wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej jako Ubezpieczony.

#### § 5.

1. Umowa Dodatkowa zawierana jest na czas określony wyrażony w pełnej liczbie lat, opisywany dalej jako „Okres Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej”.
2. Okres Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym na Polisie, trwa każdorazowo nie krócej niż 5 lat, nie dłużej niż 10 lat oraz nie może przekraczać dnia Rocznicy Polisy przypadającej bezpośrednio przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 65. roku życia.
3. Ubezpieczyciel, przed upływem Okresu Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, na wniosek Ubezpieczającego może zaproponować przedłużenie Umowy Dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia. Opisywane przedłużenie okresu ochrony ubezpieczeniowej może odbyć się wyłącznie za zgodą i na zasadach zaproponowanych przez Ubezpieczyciela. W przypadku opisywanego powyżej przedłużenia Umowy Dodatkowej nie obowiązują postanowienia dotyczące okresów karencji.

#### § 6.

1. Umowa Dodatkowa może być wypowiedziana przez Ubezpieczającego na piśmie wyłącznie w Rocznicę Polisy z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia Umowy Dodatkowej.
2. W razie złożenia przez Ubezpieczającego wypowiedzenia, Ubezpieczający ma obowiązek opłacenia Składki za okres wypowiedzenia.

#### § 7.

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy Dodatkowej w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy jest przedsiębiorcą - w terminie 7 dni od daty zawarcia Umowy Dodatkowej.
2. Odstąpienie od Umowy Dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku opłacenia Składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

3. W przypadku odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy Dodatkowej, Ubezpieczyciel za niewykorzystany okres ubezpieczenia zwraca Ubezpieczającemu opłacone Składki w ciągu 30 dni od dnia złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o odstąpieniu.

#### § 8.

Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu w przypadku wystąpienia którejkolwiek z niżej wymienionych przesłanek:

- 1) rozwiązania Umowy Podstawowej - z dniem jej rozwiązania,
- 2) odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy Dodatkowej - z dniem odstąpienia,
- 3) wypowiedzenia Umowy Dodatkowej - z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia,
- 4) upłynięcia Okresu Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej - z ostatnim dniem Okresu Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej,
- 5) śmierci Ubezpieczonego - z chwilą śmierci Ubezpieczonego.

## Rozdział V

### Składka z tytułu Umowy Dodatkowej

#### § 9.

1. Wysokość Składki ustala się na podstawie taryfy Ubezpieczyciela w zależności od wysokości Sumy Ubezpieczenia, długości Okresu Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej, częstotliwości opłacania Składki oraz Wzrostu Ubezpieczonego.
2. Składka może być podwyższona przez Ubezpieczyciela w wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w szczególności z uwagi na następujące czynniki ryzyka:
  - 1) tryb życia Ubezpieczonego,
  - 2) wykonywany przez Ubezpieczonego zawód,
  - 3) uprawiany przez Ubezpieczonego sport/hobby,
  - 4) czynniki medyczne związane ze stanem zdrowia Ubezpieczonego.
3. Składka za ochronę ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej oblicza się za czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
4. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej opłacana jest jednocześnie ze Składką z tytułu Umowy Podstawowej.
5. Składka z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej nie może być opłacona jednorazowo za cały Okres Ubezpieczenia Umowy Dodatkowej.

## Rozdział VI

### Zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela

#### § 10.

1. Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej zostanie wypłacone jeżeli Choroba lub Nieszczęśliwy Wypadek, powodujący konieczność Hospitalizacji Ubezpieczonego, pojawiły się po raz pierwszy najwcześniej w okresie, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej.
2. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z zastosowaniem okresu karencji, o którym mowa w § 2 ust. 10 niniejszych Warunków Dodatkowych.
3. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego jest wypłacane Ubezpieczonemu za każdy dzień leczenia szpitalnego.
4. Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie maksymalnie za 90 dni Pobytu w szpitalu w każdym okresie kolejnych 12 miesięcy trwających pomiędzy kolejnymi Rocznicami Polisy.

#### § 11.

1. Zakres ubezpieczenia Umowy Dodatkowej nie obejmuje przypadków leczenia chorób lub obrażeń ciała będących wynikiem:
  - 1) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, niebezpiecznych zajęć rekreacyjnych lub udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych o niebezpiecznym charakterze, w szczególności takich jak: sport spadochronowy, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, speleologia, baloniarstwo i inne sporty balonowe, nurkowanie, skoki na gumowej linie, skoki z wysokości, szybownictwo, sporty lotnicze i paralotnicze, sporty motorowe i motorowodne, sporty walki, heliskiing, rafting i wszystkie jego odmiany, uczestnictwo w wyprawach survivalowych,

- 2) udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, morskich, powietrznych lub w przygotowaniach do nich,
  - 3) udziału Ubezpieczonego w przestępstwie lub usiłowaniu popełnienia przestępstwa,
  - 4) czynnego udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach, aktach przemocy lub terroru, konfliktach zbrojnych, zamachach stanu, powstaniach lub przewrotach wojskowych,
  - 5) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, do działań wojennych zalicza się również m.in. działania w ramach wojskowych misji pokojowych (w tym tzw. „kontyngentów”) oraz w ramach sił stabilizacyjnych i innych działań jednostek wojskowych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej,
  - 6) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego, pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii (zgodnie z zaleceniami lekarskimi),
  - 7) wypadku lotniczego, o ile Ubezpieczony był w chwili wypadku pasażerem nielicjonowanych linii lotniczych,
  - 8) działania Ubezpieczonego po użyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających lub środków toksycznych o podobnym działaniu,
  - 9) chorób psychicznych, zaburzeń umysłu lub świadomości w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,
  - 10) napadów epileptycznych i innych stanów drgawkowych, jeżeli nie były one spowodowane przez nieszczęśliwy wypadek,
  - 11) nieuzasadnionego nieskorzystania przez Ubezpieczonego z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza lub nie zleconego przez lekarza użycia leków,
  - 12) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba, że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
  - 13) choroby AIDS Ubezpieczonego lub zarażenia wirusem HIV i pochodnymi,
  - 14) umyślnego samouszkodzenia ciała, okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego lub samobójstwa,
  - 15) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - 16) choroby układu nerwowego oraz zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego,
  - 17) obrażeń ciała doznanych przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
  - 18) prowadzenia jakiegokolwiek pojazdu bez uprawnień wymaganych do prowadzenia takiego pojazdu,
  - 19) prowadzenia pojazdu niedopuszczonego do ruchu lub pojazdu bez ważnych badań technicznych,
  - 20) wszelkich chorób i schorzeń powstałych, zdiagnozowanych bądź będących przedmiotem leczenia przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy Dodatkowej,
  - 21) niepłodności,
  - 22) ciąży - za wyjątkiem patologii ciąży,
  - 23) usuwania ciąży - za wyjątkiem przypadków, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia kobiety,
  - 24) porodu - za wyjątkiem patologii porodu,
  - 25) potogu - za wyjątkiem przypadków wystąpienia niebezpiecznych dla życia kobiety komplikacji w okresie potogu,
  - 26) wykonaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia,
  - 27) wykonaniem diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzonych w przebiegu choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich,
  - 28) rehabilitacją,
  - 29) leczenia i zabiegów stomatologicznych - chyba, że wynikają one z konieczności leczenia obrażeń ciała doznanych w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku,
  - 30) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej.
2. Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności z tytułu Umowy Dodatkowej, jeżeli Choroba lub wypadek powodujący konieczność leczenia szpitalnego Ubezpieczonego wystąpiły przed datą zawarcia Umowy Dodatkowej, jak również w sytuacji, gdy Ubezpieczony po wystąpieniu Choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku umyślnie bądź w skutek rażącego niedbalstwa nie poddał się opiece medycznej, lub nie zastosował się do zaleceń lekarskich, co miało wpływ na rozwój uszkodzeń ciała lub choroby i/lub możliwość ustalenia stopnia jej zaawansowania.

## Rozdział VII

### Wypłata świadczenia

#### § 12.

1. Po otrzymaniu wypełnionego, lecz niekompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni roboczych poinformuje pisemnie, telefonicznie lub drogą elektroniczną Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego o przyjęciu zgłoszenia oraz przedstawi wykaz wszystkich dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia.
2. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie po otrzymaniu wypełnionych zgodnie z wymogami Ubezpieczyciela następujących dokumentów:
  - 1) oryginału formularza zgłoszenia roszczenia,
  - 2) poświadczonej „za zgodność z oryginałem” kopii dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby Ubezpieczonej,
  - 3) kompletnej dokumentacji medycznej związanej z rozpoznaną chorobą lub zaistniałym wypadkiem, w szczególności kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
  - 4) opisu okoliczności wypadku - jeżeli Hospitalizacja Ubezpieczonego nastąpiła na skutek Nieszczęśliwego Wypadku,
  - 5) notatki policyjnej - w przypadku, gdy nastąpiło zawiadomienie policji,
  - 6) poświadczonej „za zgodność z oryginałem” kopii protokołu powypadkowego - w przypadku wypadku przy pracy lub podczas wykonywania przez Ubezpieczonego codziennych obowiązków służbowych lub poleceń przełożonych,
  - 7) poświadczonej „za zgodność z oryginałem” kopii dokumentu potwierdzającego stan trzeźwości Ubezpieczonego, a jeśli nie badano, pisemne oświadczenie Ubezpieczonego o stanie trzeźwości.
3. Ubezpieczyciel ma prawo żądać przedstawienia dodatkowych dokumentów i informacji potwierdzających zasadność zgłoszonego roszczenia.
4. W przypadku zgłoszenia roszczenia Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do oceny pozyskanych informacji medycznych, poddania przez Ubezpieczonego obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez powołanego przez Ubezpieczyciela lekarza - w zakresie i częstotliwości uzasadnionych względami medycznymi.
5. Wszelkie dokumenty niezbędne do wypłaty świadczenia należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone „za zgodność z oryginałem” przez organ wydający dany dokument, notariusza lub uprawnionego do tego celu pracownika Ubezpieczyciela.
6. Osoba będąca Uposażonym, Ubezpieczającym lub Ubezpieczonym nie może jednocześnie dokonać potwierdzenia „za zgodność z oryginałem” wymaganych przez Ubezpieczyciela dokumentów.
7. Wymienione w powyższym ust. 4 działania mogą mieć miejsce w każdym czasie w trakcie rozpatrywania roszczenia i mogą odbywać się we wskazanych przez Ubezpieczyciela placówkach medycznych i na jego koszt. Odmowa poddania się przez Ubezpieczonego tym działaniom może skutkować odmową uznania roszczenia i wypłaty odszkodowania.

#### § 13.

1. W przypadku zawarcia Umowy Dodatkowej w trakcie Okresu Ubezpieczenia Umowy Podstawowej, w ciągu 3 lat od daty zawarcia Umowy Dodatkowej Ubezpieczyciel ma prawo odmówić wypłaty całości lub części świadczenia, jeżeli Ubezpieczony lub Ubezpieczający podał okoliczności niezgodnie z prawdą lub zataił informacje, o które Ubezpieczyciel pytał w dokumentach poprzedzających zawarcie Umowy Dodatkowej, na zasadach wskazanych w art. 815 § 3 Kodeksu Cywilnego.
2. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż wynikałoby to z zawartej Umowy Dodatkowej lub wniosku o wypłatę świadczenia, wówczas Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie podmiot wnioskujący o wypłatę świadczenia w terminach przewidzianych do wypłaty świadczenia, wskazując na podstawę prawną częściowej lub całkowitej odmowy.
3. Ubezpieczyciel spełni świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej w terminie 30 dni od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia wraz ze wszystkimi żądanymi przez Ubezpieczyciela dokumentami, wypełnionymi zgodnie z jego wymogami.
4. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia jest niemożliwe w terminie określonym w ust. 3, Ubezpieczony zostanie poinformowany o tym fakcie pisemnie ze wskazaniem przyczyn niemożności spełnienia świadczenia w podanym terminie. Świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności.

## Rozdział VIII

### Indeksacja

#### § 14.

1. W każdą Rocznicę Polisy, z zastrzeżeniem zapisów ust. 6, Ubezpieczającemu przysługuje prawo do Indeksacji, czyli podwyższenia Sumy Ubezpieczenia w Umowie Dodatkowej o Wskaźnik Indeksacji zaproponowany przez Ubezpieczyciela, bez konieczności poddawania się przez Ubezpieczonego dodatkowym badaniom lekarskim lub dodatkowym analizom laboratoryjnym. Indeksacja Sumy Ubezpieczenia w Umowie Dodatkowej skutkuje wzrostem Składki.
2. W terminie nie później niż 30 dni przed każdą Rocznicą Polisy, Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczającego o wysokości Wskaźnika Indeksacji, Sumy Ubezpieczenia w Umowie Dodatkowej oraz Składki na rok następny.
3. Brak pisemnego sprzeciwu Ubezpieczającego doręczonego Ubezpieczycielowi nie później niż 14 dni przed Rocznicą Polisy, uważa się za wyrażenie przez Ubezpieczającego zgody na podwyższenie Sumy Ubezpieczenia w Umowie Dodatkowej, o zaproponowany przez Ubezpieczyciela Wskaźnik Indeksacji.
4. W przypadku zgłoszenia przez Ubezpieczającego sprzeciwu w stosunku do Indeksacji w dwóch kolejnych latach, prawo Ubezpieczającego do Indeksacji wygasa.
5. Ubezpieczającemu nie przysługuje prawo do podwyższania Sumy Ubezpieczenia o Wskaźnik Indeksacji, jeżeli jest on zwolniony z opłacania Składek z tytułu Umowy Dodatkowej zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia zwolnienia z Obowiązku Opłacania Składek.
6. Indeksacja Sumy Ubezpieczenia w Umowie Dodatkowej nie jest wykonywana, gdy Indeksacji nie podlega wysokość Sumy Ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego dla Umowy Podstawowej.

## Rozdział IX

### Postanowienia końcowe

#### § 15.

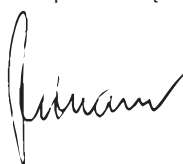
Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu w szpitalu zostały zatwierdzone przez Zarząd SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. uchwałą nr 54/Z/2012 z dnia 14 grudnia 2012 r. i mają zastosowanie do Umów Ubezpieczenia zawartych od dnia 20 grudnia 2012 r.

Prezes Zarządu



Jan Myszkowski

Wiceprezes Zarządu



Jürgen Reimann