

**Pełnia Zdrowia
POLMED
Dokumenty dla Klienta**

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego SIGNAL IDUNA

SKOROWIDZ

DOTYCZY: najważniejszych informacji zawartych w **Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Zdrowotnego SIGNAL IDUNA** zatwierdzonych uchwałą nr 23/Z/2016 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 21.04.2016 r.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej
1.	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 17. § 18. § 28. ust. 1.
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 1. § 2. § 3. § 6. § 8 ust. 3. § 9. § 13. ust. 1. § 14. § 16. ust. 2., 4. § 17. ust. 12. § 21. ust. 1.

SPIS TREŚCI:

Rozdział I. Definicje	str. 3	Rozdział IV. Przepisy dotyczące okresu obowiązywania umowy	str. 4
Rozdział II. Postanowienia Ogólne	str. 4	Rozdział V. Rozwiązanie umowy	str. 7
Rozdział III. Ocena ryzyka	str. 4	Rozdział VI. Inne postanowienia	str. 7

Rozdział I.

Definicje

- Call Center:** centrum telefoniczne, za pośrednictwem którego Ubezpieczyciel świadczy usługi telefoniczne. Poprzez Call Center Ubezpieczony i Ubezpieczający mogą w szczególności otrzymywać informacje odnośnie Umowy Ubezpieczenia i listy Dostawców Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA. Leczenie prowadzone przez Dostawcę Usług Medycznych może być umawiane i zatwierdzane wyłącznie poprzez Call Center, chyba że w Warunkach Produktu ustalono inaczej.
- Choroba:** Nieprawidłowy stan struktury lub funkcji w organizmie Ubezpieczonego, zdiagnozowany przez odpowiednio uprawnionego lekarza.
- Diagnostyka/ Konsultacja:** Procedura wykonywana przez Dostawcę Usług Medycznych w celu zdiagnozowania Choroby lub Leczenia.
- Dostawca Usług Medycznych:** Każdy lekarz lub placówka medyczna, upoważnieni przez właściwe organy i posiadający odpowiednie zezwolenia do świadczenia usług medycznych, zgodnie z obowiązującymi przepisami i powszechną, obowiązującą wiedzą medyczną, świadczący usługi medyczne w ramach posiadanych uprawnień. Dotyczy to również pielęgniarek i innego personelu medycznego dysponującego wiedzą odpowiednią do świadczenia usług medycznych.
- Dostawca Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA:** Dostawca Usług Medycznych, który zawarł umowę o współpracy z Ubezpieczycielem. Lista Dostawców Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA może ulec zmianie z ważnych powodów, za które uznaje się zawarcie przez Ubezpieczyciela umów z innymi Dostawcami, zmianą lub rozwiązaniem umów istniejących. Aktualna lista Dostawców jest udostępniona na stronie www.zdrowotne.pl.
- Dzień Zawarcia Umowy:** Dzień, w którym Ubezpieczyciel i Ubezpieczający zawierają Umowę Ubezpieczenia, tj. dzień wskazany w Polisie Ubezpieczeniowej, w którym Ubezpieczyciel zaakceptował Wniosek o Objęcie Ubezpieczeniem.
- Karta Ubezpieczenia:** Dokument wydany przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu, który może być wykorzystywany wyłącznie przez Ubezpieczonego i powinien być każdorazowo okazywany Dostawcy Usług Medycznych przed rozpoczęciem leczenia. Karta Ubezpieczenia zawiera informacje na temat Ubezpieczonego i Umowy Ubezpieczenia.
- Katalog Świadczeń Gwarantowanych:** Wykaz świadczeń medycznych, zapewnianych w ramach Umowy Ubezpieczenia.
- Koniec Ubezpieczenia:** Dzień, zakończenia Ochrony Ubezpieczeniowej.
- Medycyna Eksperymentalna:** Wszystkie procedury medyczne, które nie są stosowane w ogólnie przyjętej praktyce medycznej ani które nie są nauczane w uznanych, państwowych uczelniach medycznych lub podobnych instytucjach edukacyjnych jak również oczekujące na oficjalne uznanie przez odpowiednie władze państwowe lub będące w fazie badań.
- 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.
- Ochrona Ubezpieczeniowa:** Ochrona udzielana przez Ubezpieczyciela na podstawie Umowy Ubezpieczenia.
- Okresy Karencji** – okresy, w których Ubezpieczyciel nie świadczy Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu zajścia danego Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
- Początek Ubezpieczenia:** Dzień wskazany w Polisie Ubezpieczeniowej, od którego rozpoczyna się Ochrona Ubezpieczeniowa świadczona przez Ubezpieczyciela.
- Pośrednik:** Osoba fizyczna lub prawna, właściwie upoważniona przez Ubezpieczyciela, która pośredniczy w zawarciu Umowy Ubezpieczenia między Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem.
- Produkt Ubezpieczenia:** zakres świadczeń zapewnianych Ubezpieczonemu w ramach Umowy Ubezpieczenia. Szczegółową listę zapewnianych świadczeń zawiera Katalog Świadczeń Gwarantowanych).
- Warunki Produktu:** załącznik do niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia opisujący Produkt Ubezpieczenia, stanowiący dodatkową, pisemną część Umowy Ubezpieczenia, która uzupełnia, przekwalifikuje lub zmienia niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia.
- Polisa Ubezpieczeniowa:** Pisemny dokument wystawiony przez Ubezpieczyciela, który potwierdza zawarcie Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela, oraz który zawiera informacje o Umowie Ubezpieczenia.
- Rozpoczęcie Leczenia:** Moment w czasie, gdy Ubezpieczony jest po raz pierwszy poddawany Leczeniu z powodu danej Choroby lub Zaburzenia.
- Świadczenie Medyczne:** Wszystkie procedury medyczne stosowane w Leczeniu Choroby lub Zaburzenia, jak również związane z prowadzeniem ciąży, porodem i profilaktyką, które zostały wykonane przez Dostawcę Usług Medycznych i są określone w Umowie Ubezpieczenia.
- Składka Ubezpieczeniowa:** Kwota, którą Ubezpieczający zobowiązuje się płacić Ubezpieczycielowi w określonym czasie w zamian za Ochronę Ubezpieczeniową, określoną w Umowie Ubezpieczenia.
- 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 ramach Umowy Ubezpieczenia.
- Ubezpieczone Zdarzenie:** Skorzystanie przez Ubezpieczonego ze Świadczenia Medycznego, objętego zakresem ubezpieczenia, niezbędnego do wykonania z medycznego punktu widzenia z powodu Choroby, Zaburzenia lub skutków Wypadku, a także procedury medyczne niezbędne ze względu na ciążę lub poród, lecz tylko w takim zakresie, w jakim Produkt Ubezpieczenia przewiduje określone Świadczenia Medyczne w przypadku ciąży lub porodu.
- Ubezpieczone Zdarzenie w Toku:** Ubezpieczone Zdarzenie, którego początek jest już ustalony, albo które już się rozpoczęło, ale które jeszcze się nie zakończyło.
- Ubezpieczony:** Osoba fizyczna, której miejsce zamieszkania znajduje się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na rzecz której zawierana jest Umowa Ubezpieczenia.
- 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 Ubezpieczonego Zdarzenia.
- Umowa Ubezpieczenia:** Umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem i Ubezpieczającym zgodnie z niniejszymi Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia, Warunkami Produktu i innymi dokumentami prawnymi przedstawionymi lub przygotowanymi w trakcie zawierania umowy.
- Wniosek o Objęcie Ubezpieczeniem:** Oświadczenie osoby ubiegającej się o zawarcie Umowy Ubezpieczenia, zawierające informacje istotne dla wykonania Umowy Ubezpieczenia. We Wniosku o Objęcie Ubezpieczeniem Ubezpieczający dokonuje wyboru Produktu Ubezpieczenia.
- Wypadek:** Nieplanowane i nieoczekiwane zewnętrzne zdarzenie losowe, które wystąpiło nagle i wpływa na pogorszenie zdrowia Ubezpieczonego.
- Leczenie:** Wszystkie procedury medyczne, zarówno diagnostyczne jak i konsultacje, dokonywane w celu oceny, diagnozowania lub leczenia Choroby lub Zaburzenia przez Dostawcę Usług Medycznych.
- Leczenie Ambulatoryjne:** Leczenie Medycznie Niezbędne, świadczone przez Dostawcę Usług Medycznych, które nie wymaga przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala.
- Leczenie Medycznie Niezbędne:** Leczenie, niezbędne z medycznego punktu widzenia, jeśli jest wykonywane zgodnie z obiektywnymi wynikami badań medycznych, ogólną wiedzą naukową i zgodnie z czasem prowadzonego leczenia, którego realizacja jest uzasadniona. Ubezpieczyciel ma prawo do sprawdzenia i ustalenia (zgodnie z powszechną wiedzą medyczną), czy Leczenie takie jest rzeczywiście niezbędne z medycznego punktu widzenia.
- Leczenie Szpitalne:** Leczenie Medycznie Niezbędne, świadczone przez Dostawcę Usług Medycznych, które wymaga przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala.
- Zaburzenie:** Każdy symptom wskazujący negatywną zmianę stanu zdrowia Ubezpieczonego.

Rozdział II.

Postanowienia Ogólne

§ 1.

Przedmiot Umowy Ubezpieczenia

W ramach Umowy Ubezpieczenia i na warunkach określonych w Umowie Ubezpieczenia Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu ochronę na wypadek zajścia Ubezpieczonego Zdarzenia w czasie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, tj. zobowiązuje się zwolnić Ubezpieczonego z pokrycia kosztów Świadczeń Medycznych, z których Ubezpieczony korzysta w czasie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej a Ubezpieczający zobowiązuje się do zapłaty Składki Ubezpieczeniowej na rzecz Ubezpieczyciela.

§ 2.

Zakres Ochrony Ubezpieczeniowej

Ubezpieczyciel zapewnia Ochronę Ubezpieczeniową tylko i wyłącznie w zakresie określonym w Umowie Ubezpieczenia i wyłącznie co do kosztów Świadczeń Medycznych, które zostały poniesione w celu Leczenia Medycznie Niezbędnego, które to Leczenie rozpoczęło się w okresie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej.

§ 3.

Terytorialność

Ochrona Ubezpieczeniowa jest ograniczona do Leczenia Medycznie Niezbędnego świadczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 4.

Maksymalny wiek

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

§ 5.

Ochrona Ubezpieczeniowa małoletnich

1. Osoby fizyczne (dzieci biologiczne lub przysposobione) w wieku do 18 lat mogą zostać ubezpieczone w ramach Umowy Ubezpieczenia wtedy i tylko wtedy, gdy co najmniej jeden rodzic lub przysposabiający jest Ubezpieczonym, chyba że w Warunkach Produktu ustalono inaczej. W takim przypadku Ochrona Ubezpieczeniowa zostanie odpowiednio rozszerzona i ta sama Umowa Ubezpieczenia obejmie rodzica (rodziców) lub przysposabiającego (przysposabiających) i ich dziecko lub odpowiednio przysposobionego.
2. Ochrona Ubezpieczeniowa małoletniego nie może być zawarta na zakres szerszy niż zakres określony dla ubezpieczonego rodzica (rodziców) lub przysposabiającego (przysposabiających), chyba że w Warunkach Produktu ustalono inaczej.
3. Ochrona Ubezpieczeniowa w stosunku do małoletniego Ubezpieczonego wygasa w dniu wygaśnięcia Ochrony Ubezpieczeniowej jego rodzica (rodziców) lub przysposobionego (przysposabiających).
4. Jeżeli co najmniej jeden rodzic jest Ubezpieczonym przez okres co najmniej sześciu miesięcy bezpośrednio poprzedzających chwilę narodzin dziecka, Ubezpieczający może w ciągu jednego miesiąca od dnia narodzin dziecka, zwrócić się na piśmie do Ubezpieczyciela o objęcie nowonarodzonego dziecka Ochroną Ubezpieczeniową. W takim przypadku zobowiązania wynikające z § 6 pkt (1) i (2) nie mają zastosowania. Po tym okresie objęcie Ochroną Ubezpieczeniową dziecka jest dopuszczalne tylko pod warunkiem, że Wniosek o Objęcie Ubezpieczeniem zostanie wypełniony i oceniony zgodnie z § 6. Ochrona Ubezpieczeniowa nowonarodzonego dziecka rozpocznie się z pierwszym dniem Miesiąca Ubezpieczeniowego następującego po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zgłoszenia.

Rozdział III.

Ocena ryzyka

§ 6.

Obowiązki Ubezpieczającego

1. Przed wyrażeniem zgody na zawarcie Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel dokonuje Oceny Ryzyka. W tym celu Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczycielowi Wniosek o Objęcie Ubezpieczeniem wypełniony przez Ubezpieczającego, a w razie zawarcia umowy na rzecz osoby trzeciej – również przez Ubezpieczonego. Ubezpieczający i Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu Wniosku o Objęcie Ubezpieczeniem i w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są poinformować Ubezpieczyciela o zmianie okoliczności, o których mowa w ust. 1 powyżej, która miała miejsce w okresie pomiędzy wypełnieniem Wniosku o Objęcie Ubezpieczeniem a zawarciem Umowy Ubezpieczenia.
3. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa Ubezpieczonego Zdarzenia, każda ze stron Umowy Ubezpieczenia (tj. Ubezpieczający i Ubezpieczyciel) może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia za skutkiem natychmiastowym. Za ujawnienie okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa Ubezpieczonego Zdarzenia uznaje się w szczególności ujawnienie, że Ubezpieczający lub Ubezpieczony świadomie udzielili we Wniosku o Objęcie Ubezpieczeniem niezgodnych z prawdą odpowiedzi na zadane pytania bądź nie dopełnili obowiązków określonych w ust. 2 powyżej, w sytuacji gdy udzielenie odpowiedzi zgodnych z prawdą bądź dopełnienie obowiązków określonych w ust. 2, spowodowałoby odmowę zawarcia Umowy Ubezpieczenia bądź zaproponowanie Ubezpieczającemu zawarcia Umowy Ubezpieczenia na innych warunkach, w szczególności z wyższą Składką Ubezpieczeniową.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem pkt. 1 i 2 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Ubezpieczone Zdarzenie jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym. W razie gdy Ubezpieczyciel pokrył koszty Świadczeń Medycznych, w odniesieniu do których z uwagi na okoliczności wskazane w zdaniach poprzednich nie ponosił odpowiedzialności, Ubezpieczony zobowiązany jest na żądanie Ubezpieczyciela zwrócić koszty tych Świadczeń Medycznych.

Rozdział IV.

Postanowienia dotyczące okresu obowiązywania Umowy Ubezpieczenia

§ 7.

Zawarcie Umowy Ubezpieczenia

1. Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta w dniu zaakceptowania przez Ubezpieczyciela Wniosku o Objęcie Ubezpieczeniem (Dzień Zawarcia a Umowy).
2. Jeżeli w Polisie Ubezpieczeniowej zawarto postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści Wniosku o Objęcie Ubezpieczeniem, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie, przy doręczeniu Polisy Ubezpieczeniowej, wyznaczając 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W przypadku braku sprzeciwu Umowa Ubezpieczenia dochodzi do skutku zgodnie z treścią Polisy Ubezpieczeniowej następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

§ 8.

Początek Ochrony Ubezpieczeniowej i Ubezpiezonego Zdarzenia.

1. Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się z terminem określonym w Umowie Ubezpieczenia (Początek Ubezpieczenia), ale nie przed Dniem Zawarcia Umowy. W określonych przypadkach Ochrona Ubezpieczeniowa, może zostać rozszerzona na podstawie postanowień Umowy Ubezpieczenia. W przypadku gdy w okresie od dnia doręczenia Ubezpieczycielowi Wniosku o Objęcie Ubezpieczeniem a Dniem Zawarcia Umowy, Ubezpieczający złoży wniosek o rozszerzenia Ochrony Ubezpieczeniowej, ochrona uzupełniająca będzie stosowana od daty przyjętej zgodnie z załącznikami do Umowy Ubezpieczenia.
2. Dopóki Ubezpieczający nie zapłaci rocznej lub pierwszej raty Składki Ubezpieczeniowej, to nie ma on prawa składania żadnych roszczeń dotyczących Świadczeń Medycznych.
3. Ubezpieczone Zdarzenie rozpoczyna się z Początkiem Leczenia Medycznie Niezbędnego. W stosunku do Ubezpieczonych Zdarzeń, mających miejsce przed rozpoczęciem Ochrony Ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności odnośnie pokrycia kosztów związanych i wynikających z nich Świadczeń Medycznych.

§ 9.

Okresy karencji

1. Okresy Karencji liczone są od pierwszego dnia Ochrony Ubezpieczeniowej.
2. Okres Karencji wynosi cztery miesiące. W stosunku do Leczenia Szpitalnego związanego z porodem Okres Karencji wynosi dziesięć miesięcy.
3. Dla Leczenia Ambulatoryjnego Okres Karencji nie obowiązuje.
4. W przypadku Leczenia Szpitalnego związanego z wypadkiem, który wystąpił po zawarciu Umowy Ubezpieczenia Okres Karencji nie obowiązuje.
5. Okres Karencji nie ma zastosowania jeżeli zawierana jest kolejna Umowa Ubezpieczenia bezpośrednio i nieprzerwanie po wygaśnięciu poprzedniej.

§ 10.

Czas trwania Umowy Ubezpieczenia

Okres trwania Umowy Ubezpieczenia jest określony w Umowie Ubezpieczenia 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 Warunkach Produktu:
 - wybranego Produktu Ubezpieczenia;
 - wieku Ubezpiezonego;
 - ustalonej częstotliwości opłacania przez Ubezpieczającego Składek Ubezpieczeniowych;
 - stanu zdrowia Ubezpiezonego w chwili zawarcia umowy.

§ 12.

Płatność Składek Ubezpieczeniowych

1. Składkę Ubezpieczeniową oblicza się w skali roku i ustala się ją licząc od Początku Ubezpieczenia. Składka Ubezpieczeniowa jest płatna do Końca Ubezpieczenia.
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 w Warunkach Produktu ustalono inaczej. W przypadku rocznych, półrocznych i kwartalnych płatności, rabat w wysokości odpowiednio 4%, 2% i 1% może być przyznany wyłącznie, uznaniową decyzją Ubezpieczyciela.
3. Zapłaty Składek Ubezpieczeniowych dokonuje się przelewem na rachunek bankowy Ubezpieczyciela, zgodnie z Umową Ubezpieczenia.
4. Składka Ubezpieczeniowa (lub pierwsza wpłata w przypadku Składek Ubezpieczeniowych płatnych w okresach rzadszych niż roczne) jest należna po otrzymaniu Polisy Ubezpieczeniowej i musi być zapłacona w ciągu siedmiu dni.
5. Jeżeli Składka Ubezpieczeniowa jest wypłacana w okresach krótszych niż roczne, to kolejne płatności składki, następujące po składce pierwszej, są należne zgodnie z informacją zawartą w Umowie/Polisie Ubezpieczeniowej.
6. Obowiązek zapłaty Składki Ubezpieczeniowej należy wyłącznie do Ubezpieczającego.

7. Jeżeli Ubezpieczający nie zapłaci odpowiednio rocznej lub pierwszej Składki Ubezpieczeniowej, to Ubezpieczony nie może dochodzić od 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 Ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu 8. (ósmego) dnia po wezwaniu opisanym w punkcie (8.) i z tym samym dniem wygaśnie Ochrona Ubezpieczeniowa.
10. Jeżeli Ubezpieczone Zdarzenie zostało wyłączone z Ochrony Ubezpieczeniowej ale Ubezpieczyciel wypłacił koszty Świadczenia Medycznego jako konsekwencję tego Ubezpieczonego Zdarzenia, to Ubezpieczający i/lub Ubezpieczony obowiązany jest do zwrotu na rzecz Ubezpieczyciela równowartości tych świadczeń. Ubezpieczający lub Ubezpieczony zobowiązany jest do zapłaty powyższej kwoty w terminie 14 dni od daty otrzymania przez niego wezwania do zapłaty.

§ 13.

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy Ubezpieczenia

1. Ochrona Ubezpieczeniowa, w zakresie kosztów leczenia, obejmuje Leczenie Medycznie Niezbędne z powodu Choroby, Zaburzenia lub skutków Wypadku. Ochrona Ubezpieczeniowa jest udzielana także dla Leczenia wynikającego z prowadzenia ciąży lub porodu, w zakresie ustalonym zgodnie z wybranym Produktem Ubezpieczenia.
2. Ciężar dowodu medycznej konieczności Leczenia ponosi Ubezpieczający i/lub Ubezpieczony.

§ 14.

Ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela/ Wyjątki od odpowiedzialności

Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za koszty Świadczeń Medycznych wynikające z:

1. Wydarzeń takich jak konflikty zbrojne i wojny, odbywanie służby wojskowej, w tym wojskowych misji pokojowych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, skutków ataków terrorystycznych, niepokoju społecznego, powstań, zamieszek lub stanów wyjątkowych;
2. Skutków promieniowania jądrowego, fuzji, roszczenia lub przyspieszania cząsteczek, skutków trzęsienia ziemi, powodzi i innych klęsk żywiołowych;
3. Umyślnego, celowego działania Ubezpieczonego oraz uzyskania świadczeń medycznych za pomocą celowego wprowadzenia Ubezpieczyciela w błąd oraz popełnienia, współsprawstwa lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu zabronionego, podlegającego karze z mocy prawa;
4. Spożycia alkoholu, narkotyków, innych toksycznych substancji lub metod leczenia odwykowego, w tym skutki powyższych;
5. Korzystania z metod Medycyny Eksperymentalnej, w tym jej skutków oraz uczestnictwa w medycznych, chemicznych, naukowych lub podobnych badaniach związanych ze zdrowiem, w tym skutki tego uczestnictwa;
6. Samodzielnie zleconego diagnozowania lub leczenia, w tym ich konsekwencje oraz wykonywania badań lub zabiegów na Ubezpieczonym przez jego partnerów, rodziców lub dzieci oraz badań lub zabiegów wykonywanych na Ubezpieczonym przez osoby nieposiadające stosownych uprawnień;
7. Działań, które nie są niezbędne z medycznego punktu widzenia;
8. Świadczeń medycznych, jako konsekwencji zaleconych zabiegów, które to zabiegi nie zostały prawidłowo przeprowadzone w odpowiednim zakresie przez Ubezpieczonego;
9. Skutków prób samobójczych;
10. Używania przez Ubezpieczonego protez w Dniu Zawarcia Umowy, w tym konsekwencji ich używania, a także kosztów wymiany lub naprawy tych protez;
11. Zabiegów chirurgii estetycznej lub każdego Leczenia realizowanego ze względów estetycznych, w tym ich konsekwencje;
12. Diagnostyki i leczenia niepłodności, zaburzeń płodności, sterylizacji, oraz dobrowolnej aborcji, w tym ich konsekwencji. W przypadku antykoncepcji Ubezpieczyciel nie odpowiada za żadne Leczenie poza konsultacjami lekarskimi;
13. Zmiany płci, w tym możliwych konsekwencji takiej zmiany;

14. Gruźlicy, HIV, AIDS, w tym ich skutki;
15. Psychicznych lub psychiatrycznych chorób lub zaburzeń zachowania, zabiegów psychologicznych, w tym ich konsekwencje, chyba że w Warunkach Produktu przyjęto inaczej;
16. Leczenie stomatologicznego, w tym jego konsekwencje, chyba że inaczej przyjęto w Warunkach Produktu;
17. Wydawania jakiegokolwiek rodzaju dokumentów medycznych, które nie są przeznaczone do diagnostyki lub leczenia Choroby, Zaburzenia chyba że w Warunkach Produktu przyjęto inaczej;
18. Epidemii lub pandemii potwierdzonej przez właściwe organy.

§ 15.

Karta Ubezpieczenia

1. Ubezpieczyciel wyda Kartę Ubezpieczenia, dla Ubezpieczonego, która zostanie wysłana do Ubezpieczającego.
2. Ubezpieczony jest zobowiązany do okazywania swojej Karty Ubezpieczenia Dostawcy Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA każdorazowo przed skorzystaniem z Leczenia.
3. Jeżeli Ubezpieczony utracił swoją Kartę Ubezpieczenia, wtedy Ubezpieczający lub Ubezpieczony niezwłocznie powiadomi o tym fakcie Ubezpieczyciela, który wyda Ubezpieczonemu nową Kartę Ubezpieczenia.
4. W przypadku wygaśnięcia Umowy Ubezpieczenia (lub jej części), Ubezpieczony zobowiązany jest zaprzestać używania swojej Karty Ubezpieczenia.
5. Korzystanie z Karty Ubezpieczenia po wygaśnięciu Umowy Ubezpieczenia uprawnia Ubezpieczyciela do dochodzenia odszkodowania od Ubezpieczającego jeżeli korzystanie z niej po wygaśnięciu Umowy Ubezpieczenia spowoduje powstanie szkody po stronie Ubezpieczyciela.

§ 16.

Call Center

1. Call Center ustala terminy Leczenia dla Ubezpieczonych, chyba że w Warunkach Produktu ustalono inaczej.
2. Każde Leczenie będzie organizowane tylko przez Call Center, chyba że ustalono inaczej w Warunkach Produktu. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za Świadczenia Medyczne zorganizowane w inny sposób, chyba że ustalono inaczej w Warunkach Produktu.
3. Umówienie Leczenia w Call Center nigdy nie stanowi kwalifikacji Leczenia jako Leczenia Medycznie Niezbędnego. Ubezpieczyciel ma prawo sprawdzić, czy wnioskowane Leczenie stanowi Leczenie Medycznie Niezbędne.
4. Call Center nie udziela żadnych porad o charakterze medycznym lub niezwiązanym z działalnością Call Center. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za jakiegokolwiek oświadczenia operatorów Call Center, które mogą być uznane za porady.
5. Ubezpieczony może uzyskać dokładne informacje z Call Center o najbardziej aktualnej liście Dostawców Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA oraz inne ważne informacje, dotyczące zakresu ubezpieczenia.

§ 17.

Wystąpienia Ubezpieczonego Zdarzenia oraz uzyskanie Świadczeń Medycznych

1. Ochrona Ubezpieczeniowa obowiązuje tylko w odniesieniu do Leczenia Medycznie Niezbędnego, które jest świadczone przez Dostawców Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA, chyba że w Warunkach Produktu ustalono inaczej.
2. Lista Dostawców Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA może ulec zmianie z ważnych powodów, za które uznaje się zawarcie przez Ubezpieczyciela umów z innymi Dostawcami, zmianą lub rozwiązaniem umów istniejących. Ubezpieczony może uzyskać informacje na temat najbardziej aktualnej listy Dostawców Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA poprzez Call Center oraz na stronie internetowej www.zdrowotne.pl.
3. Ubezpieczony może otrzymać Leczenie Medycznie Niezbędne od Dostawcy Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA niezależnie od miejsca zamieszkania Ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, chyba że w Warunkach Produktu ustalono inaczej.
4. Ubezpieczający otrzymuje, wraz z Polisą Ubezpieczeniową, Katalog Świadczeń Gwarantowanych, które mogą być świadczone przez Dostawców Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA. Katalog Świadczeń Gwarantowanych jest także dostępny na stronie www.zdrowotne.pl.
5. Wszelkie płatności za Leczenie Medycznie Niezbędne są dokonywane wyłącznie i bezpośrednio pomiędzy właściwym Dostawcą Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA, a Ubezpieczycielem, chyba że w Warunkach Produktu ustalono inaczej.

6. W przypadku Leczenia nieobjętego Umową Ubezpieczenia, właściwy Dostawca Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA otrzyma wszelkie związane z tym Leczeniem płatności wyłącznie i bezpośrednio od Ubezpieczonego, jako płatności należne za Leczenie nie objęte Ochroną Ubezpieczeniową.
7. Jeżeli Ubezpieczyciel zapłacił Dostawcy Usług Medycznych za Leczenie nieobjęte Umową Ubezpieczenia, to Ubezpieczający i/lub Ubezpieczony zobowiązany jest do zwrotu na rzecz Ubezpieczyciela odpowiednich kwot w terminie 14 dni od daty otrzymania odpowiedniego powiadomienia jak również za jakiegokolwiek szkody lub straty poniesione przez Ubezpieczyciela w wyniku tego Leczenia.
8. Jeżeli Ubezpieczony zdecyduje się skorzystać z Leczenia przed zatwierdzeniem go przez Ubezpieczyciela, to Ubezpieczony ponosi ryzyko, że Ubezpieczyciel może nie uznać leczenia jako Leczenia Medycznie Niezbędnego, a które w efekcie będzie wyłączone z Ochrony Ubezpieczeniowej.
9. Wydanie zgody Ubezpieczyciela, w rozumieniu punktu (8.), nie zwalnia Ubezpieczającego i/lub Ubezpieczonego z obowiązku zwrotu kosztów na rzecz Ubezpieczyciela za Leczenie nieobjęte Umową Ubezpieczenia, ani nie pozbawia Ubezpieczyciela prawa, kontroli konieczności wykonania kwestionowanego Leczenia.
10. 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 Leczenia, wartości lub kwoty, którą Ubezpieczyciel ma płacić za Leczenie 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.
11. Ubezpieczyciel ma prawo zwrócić się do lekarzy i placówek medycznych o wydanie dokumentów dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego lub do oceny jego zobowiązania do zapłaty.
12. Ubezpieczający i/lub Ubezpieczony jest odpowiedzialny za jakąkolwiek szkodę wynikającą z zawinionego przez niego nieuzyskania przez Ubezpieczyciela informacji i dokumentów z punktów (10.) i (11.).
13. W trakcie procesu weryfikacji Leczenia, Ochrona Ubezpieczeniowa jest zawieszona w stosunku do wszystkich świadczeń medycznych, które mogą odnosić się do weryfikowanego Leczenia.
14. Leczenie jest dostępne tylko po okazaniu Dostawcy Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA ważnej Karty Ubezpieczenia wraz z ważnym dokumentem tożsamości.
15. Każdorazowa niemożność stawienia się na już zaplanowane Leczenie Medycznie Niezbędne musi być zgłoszona do Call Center bez zbędnej zwłoki przed umówioną datą. W przeciwnym wypadku Ubezpieczający poniesie uzasadnione koszty właściwego Dostawcy Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA, chyba że niemożność stawienia się na zaplanowane Leczenie została spowodowana przez przyczynę poza jego kontrolą (siła wyższa), która to okoliczność musi zostać udowodniona przez Ubezpieczającego.
16. Ubezpieczony może na wniosek, uzyskać dostęp do dokumentacji Leczenia któremu został poddany, o ile i w takim 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.
17. Ochrona Ubezpieczeniowa zostanie wstrzymana – również w stosunku do trwającego Leczenia – z chwilą rozwiązania, wypowiedzenia lub wygaśnięcia Umowy Ubezpieczenia (lub odpowiednio do części Umowy Ubezpieczenia).
18. Ubezpieczający musi podejmować, jeśli to możliwe, wszelkie możliwe działania, aby zmniejszyć wielkość roszczeń i ograniczyć podejmowanie przez Ubezpieczonego działań, które mogą być uznane za przeszkodę w procesie powrotu do zdrowia.
19. Roszczenia związane z wypłatą kosztów świadczeń medycznych nie mogą być przekazane na rzecz osoby trzeciej. Zapis ten nie ma zastosowania jeśli ubezpieczony jest niepełnoletni.

§ 18.

Roszczenia wobec osób trzecich

1. Wszelkie roszczenia w granicach płatności składki dokonane w ramach Umowy Ubezpieczenia za szkody wobec osób trzecich, które miały częściowe lub kluczowe znaczenie dla zaistnienia Ubezpieczonego Zdarzenia muszą być przekazane na rzecz Ubezpieczyciela.
2. W przypadku naruszenia przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego punktu 1. niniejszego paragrafu Ubezpieczyciel jest uprawniony do żądania od Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego odszkodowania w wysokości udzielonych świadczeń.

§ 19.

Składanie i rozpatrywanie reklamacji

1. 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 Ubezpieczyciela (zwane dalej łącznie „reklamacjami”).
2. Reklamacje można zgłaszać w następujących miejscach i formie:
 - a) pisemnie za pośrednictwem poczty, kuriera lub posłańca na adres: SIGNAL IDUNA 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 Ubezpieczyciela (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.
3. 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 Ubezpieczyciela) oraz przedmiot i zakres reklamacji.
4. Ubezpieczyciel 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 Ubezpieczyciel 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. W przypadku niedotrzymania powyższych terminów rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, reklamację uważa się za rozpatrzoną zgodnie z wolą Klienta.
5. 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.

Rozdział V.

Rozwiązanie Umowy Ubezpieczenia

§ 20.

Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego

1. Od umowy ubezpieczenia zawartej na okres dłuższy niż 6 miesięcy Ubezpieczający ma prawo odstąpienia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający 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.
2. Jeżeli Ubezpieczający skorzysta ze swojego prawa z punktu (1.), to pozostaje on zobowiązany do zapłaty Składki Ubezpieczeniowej za okres Ochrony Ubezpieczeniowej udzielonej przez Ubezpieczyciela, chyba że inne przepisy lub ustawy stanowią inaczej.

§ 21.

Inne podstawy do rozwiązania Umowy Ubezpieczenia

1. W przypadku śmierci, likwidacji lub przeniesienia miejsca zamieszkania lub siedziby poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej Ubezpieczającego, Umowa Ubezpieczeniowa przestaje obowiązywać natychmiast z chwilą, gdy odpowiednio wyżej wymienione wydarzenie zdarzyło się lub zostało ostatecznie uznane za dokonane przez odpowiednie władze państwowe.
2. Niezależnie od postanowień punktu (1.), jeżeli Ubezpieczający nie żyje, uległ likwidacji, 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 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 punkcie (2.), kontynuowana Umowa Ubezpieczenia 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 śmierci, potwierdzonym przez odpowiednie organy państwa. Ewentualna nadwyżka w Składce Ubezpieczeniowej, 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 terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
6. W przypadku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia, jako całości, wszyscy Ubezpieczeni w ramach 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 w Warunkach Produktu ustalono inaczej.

§ 23.

Skutki rozwiązania Umowy Ubezpieczenia.

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

Rozdział VI.

Inne postanowienia

§ 24.

Powiadomienia, komunikacja, sprawy sądowe

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia dotyczące Umowy Ubezpieczenia powinny być składane na piśmie pod rygorem nieważności, chyba że postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia lub Warunków Produktu dopuszczają inną formę.
2. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia dotyczące Umowy Ubezpieczenia wysłane są odpowiednio na adres siedziby, miejsca zamieszkania lub adres do korespondencji. Strony Umowy są zobowiązane do informowania się o każdej zmianie adresu siedziby lub odpowiednio miejsca zamieszkania oraz o każdej zmianie adresu do korespondencji.
3. Strony 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 powództwo można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia, a także przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

§ 25.

Status 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 z przyszłym Ubezpieczonym.
3. Pośrednik nie ma prawa zawierać żadnych porozumień ani umów, w tym w formie ustnej, dotyczących włączenia określonych świadczeń medycznych do Ochrony Ubezpieczeniowej.

§ 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 ich 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 dopłat do ubezpieczenia.
2. Nowe postanowienia 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 postanowienia Umowy Ubezpieczenia wchodzić w życie w pierwszym miesiącu następującym po miesiącu, w którym Ubezpieczyciel poinformował Ubezpieczającego o zmianach.
 4. Jeżeli Ubezpieczający nie wyraża zgody na zaproponowane przez Ubezpieczyciela zmiany, przysługuje mu prawo do wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia.

§ 27.

Odstępstwa od Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

1. Strony mogą zgodzić się na wprowadzenie do Umowy Ubezpieczenia postanowień odmiennych od określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia lub Warunkach Produktu. Wprowadzenie odmiennych postanowień wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności. Tego rodzaju postanowienia będą miały pierwszeństwo przed postanowieniami niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia i Warunkami Produktu.
2. Postanowienia wprowadzone do Umowy Ubezpieczenia zgodnie z punktem 1 nie mogą naruszać przepisów obowiązującego prawa.

§ 28.

Elementy techniczne

1. Ubezpieczenie na podstawie Umowy Ubezpieczenia nie daje możliwości uzyskania świadczeń wypłacanych w pieniądzu, chyba że w Warunkach Produktu ustalono inaczej.
2. Waluta Umowy Ubezpieczenia jest określona w Umowie Ubezpieczenia.

§ 29.

Postanowienia końcowe

1. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Ubezpieczyciel udostępnia Ogólne Warunki Ubezpieczenia na stronie www.zdrowotne.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela nieodpłatnie, w formie umożliwiającej ich pozyskanie, odtwarzanie, utrwalanie i drukowanie.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.

§ 30.

Wejście w życie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr 23/Z/2016 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 21 kwietnia 2016 r.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia mają zastosowanie do Umów Ubezpieczenia obowiązujących od 1 maja 2016 roku.

Prezes Zarządu

Jürgen Reimann

Wiceprezes Zarządu

Agnieszka Kiełbasińska

Warunki Produktu Ubezpieczenia SIGNAL IDUNA Pełnia Zdrowia Polmed

SKOROWIDZ

DOTYCZY: najważniejszych informacji zawartych w **Warunkach Produktu Ubezpieczenia Zdrowotnego – Pełnia Zdrowia Polmed** zatwierdzonych przez Zarząd SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. uchwałą nr 28/Z/2016 z dnia 21.04.2016 r.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej
1.	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	<p>§ 4.</p> <p>§ 5.</p> <p>§ 6.</p> <p>§ 7.</p>
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	<p>§ 4.</p> <p>§ 5.</p> <p>§ 6.</p> <p>§ 7.</p> <p>§ 8.</p> <p>§ 9.</p>

Niniejsze Warunki Produktu oparte są na Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia zatwierdzonych przez Zarząd SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. uchwałą nr 23/Z/2016 z dnia 21.04.2016 r. (dalej: Ogólne Warunki Ubezpieczenia).

Zapisy Ogólnych Warunków Ubezpieczenia mają zastosowanie, jeżeli niniejsze Warunki Produktu nie stanowią inaczej.

Postanowienia Warunków Produktu 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

CM Polmed: Centrum Medyczne Polmed jest to placówka medyczna, dopuszczona do działalności przez właściwe organy oraz upoważniona do świadczenia zabiegów zgodnie z powszechną wiedzą medyczną oraz w zakresie posiadanego upoważnienia.

Monitoring Ciąży: Zwyczajowe konsultacje, badania i testy laboratoryjne, prowadzane przez cały okres ciąży i w związku nią, dokonywane w celu śledzenia jej rozwoju.

Poród: Wszystkie świadczenia medyczne dostępne dla Ubezpieczonego w chwili porodu, niezależnie od tego jak ten poród się dokona, tj. naturalnie czy przez ingerencję chirurgiczną, niezależnie od liczby nowo narodzonych dzieci.

Rok Ubezpieczeniowy: Pierwszy rok ubezpieczeniowy rozpoczyna się w dniu określonym w Polisie Ubezpieczeniowej (Początek Ubezpieczenia), a kończy się po upływie kolejnych 12 miesięcy.

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.

Wizyty Domowe: Usługi medyczne świadczone w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego przez personel medyczny. Usługa ta zostanie zrealizowana, jeżeli Ubezpieczony nie jest w stanie – z medycznego punktu widzenia – samodzielnie dotrzeć do CM Polmed.

Rozdział II. Ogólne zasady

§ 1.

Wiek wejścia do Ubezpieczenia

Minimalny wiek dopuszczający przyjęcie osoby jako Ubezpieczonego wynosi 1 rok, chyba że odpowiedni zapis 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.

§ 3.

Czas obowiązywania Umowy Ubezpieczenia

Zmieniając paragraf 22. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia dodaje się ust. (2) o treści:

Umowa ubezpieczenia zostanie automatycznie przedłużona na kolejny rok, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, najpóźniej na 30 dni przed dniem rocznicy pisemnego oświadczenia woli o nieprzedłużaniu umowy. Umowa ubezpieczenia może być przedłużana wielokrotnie w niniejszym trybie.

Rozdział III. Ochrona Ubezpieczeniowa

§ 4.

Leczenie Ambulatoryjne

1. Świadczenia medyczne, objęte ochroną w Produkcie Ubezpieczenia SIGNAL IDUNA Pełnia Zdrowia Polmed, są wymienione w Katalogu Świadczeń Gwarantowanych Pełnia Zdrowia Polmed, stanowiącym załącznik do umowy ubezpieczenia.

2. Ubezpieczyciel obejmie ubezpieczeniem Świadczenia Medyczne, wymienione w Katalogu Świadczeń Gwarantowanych Pełnia Zdrowia Polmed z właściwymi ograniczeniami dla każdego zabiegu, jeśli takie ograniczenia zostały ustalone.
3. Ubezpieczyciel obejmie ubezpieczeniem Leczenie Ambulatoryjne tylko jeśli stanowi ono Leczenie Medycznie Niezbędne, przepisane przez właściwie upoważnionego lekarza specjalistę z CM Polmed i zostało umówione poprzez Call Center.
4. Świadczenia medyczne w odniesieniu do Leczenia Ambulatoryjnego dostępne są w CM Polmed.
5. Ubezpieczyciel w ramach Ochrony Ubezpieczeniowej pokryje koszty maksymalnie dziesięciu konsultacji u lekarzy pediatrów w okresie Roku Ubezpieczeniowego.

§ 5.

Monitoring Ciąży i Poród

1. Świadczenia medyczne objęte Produktem Ubezpieczenia SIGNAL IDUNA Pełnia Zdrowia Polmed w odniesieniu do Monitoringu Ciąży są zdefiniowane w Katalogu Świadczeń Gwarantowanych Pełnia Zdrowia Polmed, który stanowi załącznik do Umowy Ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel obejmie ubezpieczeniem tylko Świadczenia Medyczne zdefiniowane w Katalogu Świadczeń Gwarantowanych Pełnia Zdrowia Polmed dla Monitoringu Ciąży z właściwymi ograniczeniami, jeśli takie ograniczenia zostały ustalone.
3. Ubezpieczyciel obejmie ochroną na podstawie Umowy Ubezpieczenia wszystkie Świadczenia Medyczne związane z Monitoringiem Ciąży tylko wtedy, gdy stanowią one Leczenie Medycznie Niezbędne oraz zostały one właściwie zatwierdzone i umówione przez Call Center.
4. Świadczenia medyczne w odniesieniu do Monitoringu Ciąży dostępne są jedynie w CM Polmed.
5. Świadczenia medyczne w odniesieniu do Porodu i szpitalnego Monitoringu Ciąży nie są objęte Ochroną Ubezpieczeniową w ramach tego ubezpieczenia.
6. W § 9. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia po ust. 5. dodaje się ustęp 6. o treści:
Okres Karencji dla Ambulatoryjnego Monitoringu Ciąży wynosi 10 miesięcy.

§ 6.

Wizyty Domowe

1. Świadczenia medyczne objęte Produktem Ubezpieczenia SIGNAL IDUNA Pełnia Zdrowia Polmed w odniesieniu do Wizyt Domowych zdefiniowane są w Katalogu Świadczeń Gwarantowanych Pełnia Zdrowia Polmed, który stanowi załącznik do Umowy Ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel obejmie ubezpieczeniem tylko Świadczenia Medyczne zdefiniowane w Katalogu Świadczeń Gwarantowanych Pełnia Zdrowia Polmed, z zastrzeżeniem ograniczeń dla każdego z zabiegów, jeśli takowe ograniczenia zostały ustalone.
3. Ubezpieczyciel pokryje na podstawie Umowy Ubezpieczenia koszty Leczenia Medycznie Niezbędnego związanego z Wizytami Domowymi do wartości opisanej w Katalogu Świadczeń Gwarantowanych Pełnia Zdrowia Polmed.
4. Świadczenia Medyczne związane z Wizytami Domowymi są dostępne tylko dla osób poniżej 18 roku życia.
5. Ochrona Ubezpieczeniowa oferowana przez Ubezpieczyciela w odniesieniu do specjalistycznego sprzętu medycznego i zatwierdzonych zabiegów jest ograniczona do dostępności danego sprzętu i zabiegów u Dostawcy Usług Medycznych.
6. Zakres Ochrony Ubezpieczeniowej, oferowany przez Ubezpieczyciela, w odniesieniu do czasu przyjazdu na Wizytę Domową, jest ograniczony przez zdolność Dostawcy Usług Medycznych do odpowiedzi na wezwanie na Wizytę Domową.
7. Wizyty Domowe będą realizowane, jeżeli Ubezpieczony nie jest w stanie – z medycznego punktu widzenia – dotrzeć do CM Polmed.
8. W przypadku Wizyt Domowych Ubezpieczający lub Ubezpieczony ma prawo wyboru lekarza, ograniczone jedynie przez dostępność danego lekarza. Ubezpieczający zapłaci fakturę wydaną przez Dostawcę Usług Medycznych bezpośrednio temu Dostawcy Usług Medycznych, a następnie prześle oryginalną fakturę Ubezpieczycielowi (zawierając także datę zabiegu, diagnozę i opis zastosowanego zabiegu, a także dowód opłacenia tej faktury). Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu poniesione z tytułu tej faktury koszty na rachunek bankowy Ubezpieczającego do wysokości limitów określonych w Katalogu Świadczeń Gwarantowanych Pełnia Zdrowia Polmed.

§ 7.

Leczenie Szpitalne

1. Świadczenia medyczne objęte Produktem Ubezpieczenia SIGNAL IDUNA Pełnia Zdrowia Polmed w odniesieniu do Leczenia Szpitalnego są zdefiniowane w Katalogu Świadczeń Gwarantowanych Pełnia Zdrowia Polmed, który stanowi załącznik do Umowy Ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel obejmie ubezpieczeniem tylko zabiegi medyczne zdefiniowane w Katalogu Świadczeń Gwarantowanych Pełnia Zdrowia Polmed dla Leczenia Szpitalnego, z właściwymi ograniczeniami dla każdego zabiegu, jeśli takie ograniczenia zostały ustalone.
3. Ubezpieczyciel obejmie ubezpieczeniem wszystkie Świadczenia Medyczne związane z Leczeniem Szpitalnym tylko wtedy, gdy stanowią one Leczenie Medycznie Niezbędne przeprowadzone w Sieci Szpitali SIGNAL IDUNA, zostały przepisane przez lekarza-specjalistę CM Polmed oraz zostały właściwie zatwierdzone i umówione przez Call Center.
4. Zmieniając § 17. pkt (17.) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, Ochrona Ubezpieczeniowa będzie obowiązywać na tych samych warunkach przez okres nie przekraczający 30 dni od dnia rozwiązania Umowy Ubezpieczenia, jeśli Ubezpieczony jest w trakcie otrzymywania Leczenia Szpitalnego na podstawie Polisy Ubezpieczeniowej. Ubezpieczający ma obowiązek opłacenia odpowiedniej Składki Ubezpieczeniowej za dodatkowy okres obowiązywania Ochrony Ubezpieczeniowej.

§ 8.

Inne przepisy odnoszące się do wykonywania świadczeń medycznych

1. Każde badanie, będzie wykonane wyłącznie, jeśli zostało zlecone przez lekarza oraz jest bezpośrednio związana z Chorobą lub Zaburzeniem, tylko jeśli stanowi Leczenie Medycznie Niezbędne.
2. W § 14. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia po ust. (18.) dodaje się ustęp (19.) 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. Ubezpiezone Zdarzenie

§ 9.

Wystąpienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem, Ochrona świadczeń medycznych udzielonych przez uzgodnione podmioty świadczące usługi medyczne.

Zmieniając § 17. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, Dostawcami Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA są placówki CM Polmed. Ubezpieczający otrzyma wraz z Polisą ich listę.

Rozdział V. Przepisy końcowe

§ 10.

Zatwierdzenie i stosowanie

1. Warunki Produktu Ubezpieczenia Zdrowotnego SIGNAL IDUNA Pełnia Zdrowia Polmed został zatwierdzony przez Zarząd Signal Iduna Polska TU S.A. uchwałą nr 28/Z/2016 z dnia 21.04.2016 r.
2. Niniejsze przepisy Warunków Produktu Ubezpieczenia Zdrowotnego SIGNAL IDUNA Pełnia Zdrowia Polmed mają zastosowanie do Umów Ubezpieczenia będących w mocy od 1.05.2016 r.

Prezes Zarządu



Jürgen Reimann

Wiceprezes Zarządu



Agnieszka Kiełbasińska

Katalog Świadczeń Gwarantowanych SIGNAL IDUNA dla Produktu Pełnia Zdrowia Polmed

SKOROWIDZ

DOTYCZY: najważniejszych informacji zawartych w **Katalogu Świadczeń Gwarantowanych Ubezpieczenia Zdrowotnego dla Produktu Pełnia Zdrowia Polmed** zatwierdzonym przez Zarząd SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. uchwałą nr 28/Z/2016 z dnia 21.04.2016 r.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej
1.	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	A.1. A.2. BI 1. BII 1. BIII 1., 2. BIV 1. BV 1., 2. BVI 1. BVII 1. BVIII 1., 2.1.
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	A.2. BI 2. BII 1. BIII 3. BIV 1. BV 3. BVII 1. BVIII 2.2., 2.3.

A. WPROWADZENIE

1. SIGNAL IDUNA zobowiązuje się do organizacji i dostarczenia usług medycznych wymienionych w Katalogu Świadczeń Gwarantowanych SIGNAL IDUNA dla produktu Pełnia Zdrowia POLMED w CM Polmed.
2. Call Center jest dostępne 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Ubezpieczony wykorzystując Call Center zobowiązany jest do zgłoszenia zamiaru skorzystania ze świadczeń medycznych objętych umową ubezpieczenia i uzyskania autoryzacji SIGNALIDUNA.
3. Ubezpieczenie obejmuje, niezbędne z medycznego punktu widzenia, usługi medyczne, badania, leczenie i profilaktykę takie jak:
 - I. Konsultacje specjalistyczne
 - II. Refundowane wizyty domowe pediatryczne
 - III. Badania diagnostyczne
 - IV. Badania obrazowe
 - V. Specjalistyczne lekarskie zabiegi ambulatoryjne
 - VI. Ambulatoryjne zabiegi pielęgniarstwa
 - VII. Szczepienie p/grypie sezonowej dla osób dorosłych
 - VIII. Leczenie szpitalne

I. Konsultacje specjalistyczne

1. Konsultacje lekarskie to usługi medyczne niezbędne do zdiagnozowania stanu zdrowotnego, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej i do monitorowania leczenia, przeprowadzone w CM Polmed.
Usługi medyczne w zakresie porady lekarskiej przysługujące Ubezpieczonemu to:
 - zebranie wywiadu chorobowego;
 - przeprowadzenie badania lekarskiego: podmiotowego i przedmiotowego, zgodnie z aktualnie 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.
2. Umową ubezpieczeniową objęte są konsultacje specjalistyczne z zakresu następujących specjalności:
 - Internista
 - Pediatra (limit do 10 wizyt w roku polisowym)
 - Chirurg ogólny
 - Ginekolog
 - Okulista
 - Alergolog
 - Dermatolog
 - Endokrynolog
 - Gastroenterolog
 - Kardiolog
 - Ortopeda
 - Laryngolog
 - Neurolog
 - Pulmonolog
 - Urolog

II. Refundowane wizyty domowe pediatryczne

1. Maksymalnie dwie wizyty lekarza pediatry w roku polisowym przebiegające w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego po wcześniejszym zgłoszeniu konieczności wykonania takiej usługi i uzyskania akceptacji jej wykonania za pośrednictwem Call Center. Ubezpieczonemu przysługuje refundacja faktycznie poniesionego kosztu wizyty domowej pediatrycznej jednak nie więcej niż do kwoty 100,00 zł za jedną wizytę.
Wizyta domowa pediatryczna przeprowadzana jest, gdy Ubezpieczony ze względu na aktualny stan zdrowia nie jest w stanie przybyć do CM Polmed.

III. Badania diagnostyczne

1. Badania diagnostyczne to konieczne z medycznego punktu widzenia badania, niezbędne do zdiagnozowania stanu zdrowotnego, monitorowania leczenia i/lub ustalenia właściwego postępowania terapeutycznego.
2. 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 aktualnie obowiązującą wiedzą medyczną.

3. Skierowanie lekarskie jest ważne pod warunkiem, że wystawione zostało w okresie ubezpieczenia i zachowuje swoją ważność przez okres 1 miesiąca od dnia jego wystawienia.
4. Usługi medyczne przysługujące Ubezpieczonemu w ramach badań diagnostycznych:

Badania laboratoryjne:

Badania hematologiczne

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

Badania biochemiczne

Bilirubina bezpośrednia
Bilirubina całkowita
Glukoza
Kreatynina
Kwas moczowy
Magnez całkowity (Mg)
Potas (K)
Sód (Na)
Chlorki
Amylaza
Białko C-reaktywne (CRP)
Cholesterol HDL
Cholesterol LDL
Cynk (Zn)
Ferrytyna
Glukoza – krzywa obciążenia
Mocznik
Hemoglobina glikozylowana HbA1C
Trójglicerydy
Wapń całkowity (Ca, Ca + +)
Wapń zjonizowany (Ca, Ca + +)
Żelazo (TIBC)

Badania enzymatyczne

Aminotransferaza alaninowa (ALT)
Aminotransferaza asparaginowa (AST)
Dehydrogenaza (LDH)
Fosfataza alkaiczna (ALP)
Gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP)
Kinaza fosfokreatynowa (CK-MB)
Lipaza

Badania układu krzepnięcia

Czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT) (czas kaolinowo-kefalinowy)
Czas protrombinowy (PT)

Badania hormonalne i metaboliczne

Hormon tyreotropowy (TSH)

Trójiodotyronina (FT3)

Tyrosyna wolna (FT4)

Badania moczu

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 w moczu

Glukoza w moczu

Badania bakteriologiczne z antybiogramem

Posiew moczu

Posiew z gardła

Posiew z ucha

Posiew z oka

IV. Badania obrazowe

1. 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.
2. Usługi medyczne przysługujące Ubezpieczonemu w ramach badań obrazowych to:

Badania rentgenowskie „małe” (z kosztem kontrastu)

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 - 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 pięty

RTG - ślinianek podżuchwowych

RTG - oczodołu

RTG – zatok

Zdjęcia rentgenowskie „duże” (z kosztem kontrastu)

RTG - zdjęcie biodra

RTG - zdjęcie bioder

RTG - zdjęcie bioder i miednicy u dziecka

RTG - zdjęcie klatki piersiowej (AP)

RTG - zdjęcie kręgosłupa szyjnego

RTG - zdjęcie kręgosłupa piersiowego

RTG - zdjęcia kręgosłupa piersiowo-lędźwiowego

RTG - zdjęcia kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego

RTG - zdjęcia miednicy

RTG - zdjęcia stawów krzyżowo- biodrowych

RTG - kości ogonowej

RTG - krtani warstwowe

RTG - zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej

Badania ultrasonograficzne

USG jamy brzusznej

USG układu moczowego (pęcherz moczowy i nerki)

USG ginekologiczne wykonywane przez powłoki skórne

USG płodu (macicy ciężarnej)

USG jader i najądrzy

USG sutków

USG ślinianek

USG tkanek miękkich szyi i węzłów chłonnych powierzchownych

USG prostaty/gruczołu krokowego

USG przezodbytnicze (transrektalne, diagnostyka chorób jelita grubego)

USG przezpochwowe (transvaginalne)

USG tarczycy

USG serca (ECHO bez Dopplera)

Badanie dopplerowskie tętnic nerkowych

Badanie dopplerowskie tętnic kończyn górnych

Badanie dopplerowskie tętnic kończyn dolnych

Badanie dopplerowskie żył kończyn górnych

Badanie dopplerowskie żył kończyn dolnych

Badanie dopplerowskie tętnic szyjnych i kręgowych

Inne badania diagnostyczne

EKG w spoczynku

KTG prowadzenie ciąży – ocena/monitorowanie prenatalne

Echokardiografia z użyciem techniki Dopplera kolorowego

Badanie dna oka

Autorefraktometria

Badanie widzenia kolorów

Tonometria (ciśnienia wewnątrzgałkowego)

Audiometria

Dermatoskopia

Spirometria

V. Specjalistyczne lekarskie zabiegi ambulatoryjne

1. Specjalistyczne zabiegi ambulatoryjne obejmują wykonanie procedury medycznej, wskazanej poniżej, przez uprawnionego do jej przeprowadzenia lekarza.
2. Specjalistyczne zabiegi ambulatoryjne przeprowadzane są na podstawie ważnego skierowania wystawionego przez lekarza w przypadkach uzasadnionych ich wykonaniem aktualnym stanem zdrowia Ubezpieczonego. W sytuacjach, gdy specjalistyczny zabieg ambulatoryjny zostanie wykonany w trakcie wizyty przez lekarza udzielającego porady lekarskiej, skierowanie o którym mowa powyżej nie jest wymagane.
3. Skierowanie lekarskie jest ważne pod warunkiem, że zostało wystawione w okresie ubezpieczenia i zachowuje swoją ważność 1 miesiąca od daty wystawienia.
4. Usługi medyczne przysługujące Ubezpieczonemu w ramach zabiegów ambulatoryjnych:

Zabiegi ogólnolekarskie

Nacięcie i drenaż ropnia

Pobranie wymazu/posiewu

Uodparnianie, podanie preparatów immunologicznych (odczulanie bez leków)

Cewnikowanie/ płukanie pęcherza moczowego

Założenie cewnika Foleya (cewnikowanie pęcherza moczowego)

Zabiegi okulistyczne

Usunięcie ciała obcego z powierzchni oka

W ramach kosztu konsultacji specjalistycznej:

Pomiar ciśnienia śródgałkowego

Badanie ostrości widzenia

Podanie leku do worka spojówkowego

Płukanie worka spojówkowego

Dobór okularów

Zabiegi ginekologiczne

Elektrokoagulacja szyjki macicy

Koagulacja (krioterapia) szyjki macicy

Kolposkopia pochwy

Pochwy i szyjki macicy z biopsją

Pobranie wymazu/posiewu

Pobranie wymazu cytologicznego z szyjki macicy

Zabiegi chirurgiczne

Wycięcie zmian skórnych – łagodnych:

W obrębie twarzy, głowy/szyi (do 2.0 cm)

W obrębie twarzy, głowy/szyi (powyżej 2.0 do 3.0 cm)

W obrębie twarzy, głowy/szyi (powyżej 3.0 do 4.0 cm)

W obrębie twarzy, głowy/szyi (powyżej 4.0 cm)

W obrębie kończyny górnej i dolnej (od 0.6 do 2 cm)

W obrębie kończyny górnej i dolnej (powyżej 2.0 do 3.0 cm)

W obrębie kończyny górnej i dolnej (powyżej 3.0 do 4.0 cm)

W obrębie kończyny górnej i dolnej (powyżej 4.0 cm)

W obrębie tułowia (od 0.6 do 2.0 cm)

W obrębie tułowia (powyżej 2.0 do 3.0 cm)

W obrębie tułowia (powyżej 3.0 do 4 cm)

W obrębie tułowia (powyżej 4 cm)

Wycięcie zmian skórnych – złośliwych:

W obrębie twarzy, głowy/szyi (do 2.0 cm)

W obrębie twarzy, głowy/szyi (powyżej 2.0 do 3.0 cm)

W obrębie twarzy, głowy/szyi (powyżej 3.0 do 4.0 cm)

W obrębie twarzy, głowy/szyi (powyżej 4.0 cm)

kończyny górne/dolne (od 0.6 do 2 cm)

kończyny górne/dolne (powyżej 2.0 do 3.0 cm)

kończyny górne/dolne (powyżej 3.0 do 4.0 cm)

kończyny górne/dolne (powyżej 4.0 cm)

W obrębie tułowia (od 0.6 do 2.0 cm)

W obrębie tułowia (powyżej 2.0 do 3.0 cm)

W obrębie tułowia (powyżej 3.0 do 4 cm)

Szycie ran:

W obrębie twarzy (do 2.5 cm)

W obrębie twarzy (powyżej 2.5 do 5.0 cm)

W obrębie twarzy (powyżej 5 cm)

W obrębie głowy i szyi (do 2.5 cm)

W obrębie głowy i szyi (powyżej 2.5 do 7.5 cm)

W obrębie głowy i szyi (powyżej 7.5 cm)

W obrębie tułowia (do 2.5 cm)

W obrębie tułowia (powyżej 2.5 do 7.5 cm)

W obrębie tułowia (powyżej 7.5 cm)

W obrębie kończyny górnej i dolnej (do 2.5 cm)

W obrębie kończyny górnej i dolnej (powyżej 2.5 do 7.5 cm)

W obrębie kończyny górnej i dolnej (powyżej 7.5 cm)

Usunięcie ciała obcego:

W obrębie dłoni

W obrębie stopy

W obrębie powierzchni skóry pleców

W obrębie powierzchni skóry brzucha

W obrębie powierzchni skóry głowy

Inne

Usunięcie płytki/płytek paznokciowych

Elektrokoagulacja zmian powierzchniowych na skórze

Kriochirurgiczne usuwanie zmian powierzchniowych na skórze

Zmiana opatrunków po zabiegach

Usunięcie szwów po zabiegach

Usunięcie szwów po zabiegach wykonanych poza CM Polmed za wyjątkiem usuwania szwów po porodzie, po wcześniejszej kwalifikacji lekarza.

Zabiegi ortopedyczne

Zaopatrzenie/ unieruchomienie opatrunkiem tymczasowym zwichnięcia lub złamania za pomocą bandaża lub chusty

Blokada dostawowa (bez kosztu leku)

Iniekcje dostawowe i okołostawowe

Nakłucie stawów

Zabiegi laryngologiczne

Zatrzymanie krwotoku z nosa

Usunięcie ciała obcego z gardła, ucha lub nosa

Drenaż ucha zewnętrznego (krwiak, ropień)

Płukanie uszu

VI. Ambulatoryjne zabiegi pielęgniarские

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

Iniekcje podskórne/ domięśniowe, bez kosztu leku

Iniekcje dożyłne, bez kosztu leku

Wlewy kroplowe (podanie kroplówki), bez kosztu leku

Pomiar ciśnienia tętniczego

Inhalacje/nebulizacje, bez kosztu leku

VII. Szczepienia p/grypie sezonowej dla osób dorosłych

1. Jest to usługa medyczna przeprowadzana raz w ciągu roku ubezpieczeniowego obejmująca swoim zakresem:

- kwalifikację do szczepienia przeprowadzoną przez lekarza chorób wewnętrznych (internistę)

- wykonanie szczepienia wraz z kosztem szczepionki

VIII. Usługi szpitalne

1. 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 Leczenie Szpitalne.

2. Leczenie Szpitalne

- 1) 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.

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.
- 2) Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za leczenie szpitalne przeprowadzone bez wcześniejszej autoryzacji SIGNAL IDUNA.
 - 3) 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 CM Polmed, Zabieg Szpitalny zostanie wykonany po kwalifikacji lekarza PZ Polmed.
 - 4) Zabiegi szpitalne przysługujące Ubezpieczonemu w ramach wykupionego pakietu, to:
 - Nacięcie migdałka (tonsillotomia);
 - Usunięcie migdałka (tonsillektomia);
 - Usunięcie polipów (polipektomia wewnątrznosowa);
 - Tympanoplastyka;
 - Appendektomia (usunięcie wyrostka robaczkowego) – metoda klasyczna;
 - Appendektomia (usunięcie wyrostka robaczkowego) – metoda laparoskopowa.

C. ZATWIERDZENIE I STOSOWANIE

Niniejszy Katalog Świadczeń Gwarantowanych został zatwierdzony przez Zarząd SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. uchwałą nr 28/Z/2016 z dnia 21.04.2016 r. i ma zastosowanie do Umów Ubezpieczenia z datą Początku Ubezpieczenia od 01.05.2016 r

Prezes Zarządu



Jürgen Reimann

Wiceprezes Zarządu



Agnieszka Kielbasińska

SIGNAL IDUNA 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