

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego SIGNAL IDUNA

Spis treści

Rozdział I. Zasady i definicje	2	§ 15. Karta Ubezpieczenia	5
Rozdział II. Przepisy Ogólne	3	§ 16. Call Center	5
§ 1. Przedmiot Umowy Ubezpieczenia	3	§ 17. Wystąpienia Ubezpieczonego Zdarzenia oraz uzyskanie Świadczeń Medycznych	5
§ 2. Przedmiot i zakres ochrony w ramach Ubezpieczenia	3	§ 18. Roszczenia wobec osób trzecich	6
§ 3. Terytorialność	3	Rozdział V. Rozwiązanie umowy	6
§ 4. Maksymalny wiek	3	§ 19. Rozwiązanie Umowy Ubezpieczenia	6
§ 5. Ochrona Ubezpieczeniowa nieletnich	3	§ 20. Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego	6
Rozdział III. Przepisy przed zawarciem umowy	3	§ 21. Inne podstawy do rozwiązania Umowy Ubezpieczenia	6
§ 6. Obowiązki Ubezpieczającego	3	§ 22. Data wygaśnięcia Ubezpieczenia	6
Rozdział IV. Przepisy dotyczące okresu obowiązywania umowy	4	§ 23. Skutki rozwiązania Umowy Ubezpieczenia	7
§ 7. Zawarcie Umowy Ubezpieczenia	4	Rozdział VI. Inne przepisy	7
§ 8. Początek Ochrony Ubezpieczeniowej i Ubezpieczonego Zdarzenia	4	§ 24. Powiadomienia, komunikacja, sprawy sądowe	7
§ 9. Okresy karencji	4	§ 25. Status Pośrednika	7
§ 10. Czas trwania Umowy Ubezpieczenia	4	§ 26. Zmiany do Umowy Ubezpieczenia	7
§ 11. Kalkulacja Składki Ubezpieczeniowej	4	§ 27. Odstępstwa od Ogólnych Warunków Ubezpieczenia	7
§ 12. Płatność Składek Ubezpieczeniowych	4	§ 28. Elementy techniczne	7
§ 13. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy Ubezpieczenia	5	§ 29. Wejście w życie niniejszych Ogólnych warunków	7
§ 14. Ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela / Wyjątki od odpowiedzialności	5		

Rozdział I. Zasady i definicje

- 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. 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 upoważnionego lekarza.
- Diagnostyka/ Konsultacja:** Procedura wykonywana przez Dostawcę Usług Medycznych w celu badań lekarskich.
- Dostawca Usług Medycznych:** Każdy lekarz lub placówka medyczna, upoważnieni przez właściwe organy i posiadający odpowiednie zezwolenia do świadczenia leczenia zgodnie z powszechną, obowiązującą wiedzą medyczną oraz działający w ramach tego pozwolenia. Dotyczy to również pielęgniarek i innego personelu medycznego dysponującego wiedzą odpowiednią do świadczenia leczenia.
- 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 w związku z zawarciem nowych umów lub rezygnacją z umów istniejących. Aktualna lista Dostawców jest udostępniona na stronie www.zdrowotne.pl.
- Dzień Zawarcia Umowy:** Dzień, w którym Ubezpieczyciel i Ubezpieczający zawierają Umowę Ubezpieczenia w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego.
- Karta Ubezpieczenia:** Dokument wydany przez Ubezpieczyciela, który będzie wykorzystywany wyłącznie przez Ubezpieczonego i który będzie każdorazowo okazany Dostawcy Usług Medycznych przed rozpoczęciem leczenia. Karta Ubezpieczenia zawiera informacje na temat Ubezpieczonego i Umowy Ubezpieczenia.
- Katalog Świadczeń Gwarantowanych:** Wykaz świadczeń medycznych, które mogą być uzyskane w ramach Umowy Ubezpieczenia.
- Koniec Ubezpieczenia:** Data, z którą kończy się Ochrona Ubezpieczeniowa.
- Medycyna Eksperymentalna:** Wszystkie procedury medyczne, które nie zawierają się w ogólnie przyjętej praktyce medycznej, lub które nie są nauczane w uznanych, państwowych uczelniach medycznych lub podobnych instytucjach edukacyjnych lub 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.
- Początek Ubezpieczenia:** Data, określona w Polisie Ubezpieczeniowej, od której 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:** Produkt Ubezpieczyciela, który zawiera pewne dokładnie określone świadczenia (patrz: Katalog Świadczeń Gwarantowanych).
- Warunki Produktu:** Dodatkowa, pisemna część Umowy Ubezpieczenia, która uzupełnia, przekwalifikuje lub zmienia 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 Leczenie jest wykonywane po raz pierwszy na rzecz Ubezpieczonego z powodu 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 z Umowy Ubezpieczenia.
- Ubezpieczone Zdarzenie:** Świadczenia Medyczne, objęte Zakresem Ubezpieczenia, niezbędne 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 do takiego zakresu, w jakim Produkt 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, której miejsce zamieszkania znajduje się 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, Warunkami Produktu i innymi dokumentami prawnymi przedstawionymi lub przygotowanymi w trakcie zawierania umowy.
27. **Wniosek o Objęcie Ubezpieczeniem:** Oświadczenie osoby ubiegającej się o zawarcie Umowy Ubezpieczenia, zawierające informacje istotne dla wykonania Umowy Ubezpieczenia.
28. **Wypadek:** Nieplanowane i nieoczekiwane zewnętrzne zdarzenie losowe, które wystąpiło nagle i ma bezpośredni skutek w postaci uszkodzenia zdrowia Ubezpieczonego.
29. **Leczenie:** Wszystkie procedury medyczne, zarówno diagnostyczne jak i konsultacje, dokonywane w celu oceny, diagnozowania lub leczenia Choroby lub Zaburzenia przez Dostawcę Usług Medycznych.
30. **Leczenie Ambulatoryjne:** Leczenie Medycznie Niezbędne, świadczone przez Dostawcę Usług Medycznych, które nie wymaga przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala.
31. **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.
32. **Leczenie Szpitalne:** Leczenie Medycznie Niezbędne, przez Dostawcę Usług Medycznych, które wymaga przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala.
33. **Zaburzenie:** Każdy symptom wskazujący negatywną zmianę stanu zdrowia Ubezpieczonego.

Rozdział II. Przepisy Ogólne

§ 1.

Przedmiot Umowy Ubezpieczenia

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

§ 2.

Przedmiot i zakres ochrony w ramach Ubezpieczenia

Ubezpieczyciel zapewnia Ochronę Ubezpieczeniową tylko i wyłącznie kosztów Leczenia Medycznie Niezbędnego, w zakresie określonym w Umowie Ubezpieczenia.

§ 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 nieletnich

- Osoby fizyczne (dzieci biologiczne lub przysposobione) w wieku do 18 lat mogą zostać ubezpieczone wtedy i tylko wtedy, gdy co najmniej jeden rodzic jest ubezpieczony, chyba że w Warunkach Produktu ustalono inaczej. W takim przypadku Ochrona Ubezpieczeniowa zostanie odpowiednio rozszerzona i ta sama Umowa Ubezpieczenia obejmie rodzica (rodziców) i ich dziecko.
- Ochrona Ubezpieczeniowa małoletniego nie może być zawarta na zakres szerszy niż Produkt Ubezpieczenia ubezpieczonego rodzica (rodziców), chyba że w Warunkach Produktu ustalono inaczej.
- Jeżeli ubezpieczony rodzic (rodzice) małoletniego Ubezpieczonego utraci Ochronę Ubezpieczeniową, to Ochrona Ubezpieczeniowa małoletniego Ubezpieczonego ustaje w tym samym momencie.
- Ochrona Ubezpieczeniowa nowonarodzonego dziecka rozpoczyna się z momentem narodzin, w zakresie określonym w Warunkach Produktu pod warunkiem, że co najmniej jeden rodzic był ubezpieczony przez Ubezpieczyciela od co najmniej sześciu miesięcy, licząc od daty urodzenia dziecka.
- Ochrona Ubezpieczeniowa noworodka nie może być zawarta na zakres szerszy niż zakres zawarty w Produkcie Ubezpieczenia ubezpieczonego rodzica (rodziców), chyba że w Warunkach Produktu postanowiono inaczej.
- 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, ubezpieczenie 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

- Przed wyrażeniem zgody na zawarcie Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel ocenia ryzyko związane z Umową Ubezpieczenia. W tym celu Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczycielowi Wniosek o Objęcie Ubezpieczeniem wypełniony przez Ubezpieczonego. Ubezpieczony jest zobowiązany podać we Wniosku o Objęcie Ubezpieczeniem wszystkie okoliczności, które są mu znane. Przede wszystkim jest zobowiązany, zgodnie z prawdą i swoją najlepszą wiedzą, nie pomijając lub wstrzymując jakichkolwiek informacji, odpowiedzieć na wszelkie pytania dotyczące stanu zdrowia przyszłego Ubezpieczonego. W przypadku, gdy Ubezpieczony 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.
- Zobowiązania zawarte w pkt (1.) są również obowiązujące dla okresu pomiędzy zakończeniem wypełniania Wniosku o Objęcie Ubezpieczeniem a zawarciem Umowy Ubezpieczenia.
- Jeżeli Ubezpieczający nie spełni któregokolwiek ze zobowiązań wynikających z punktu (1.) lub (2.), to Ubezpieczyciel uzyskuje prawo do zaproponowania Ubezpieczającemu, w terminie jednego miesiąca od dnia potwierdzenia naruszenia, nie później jednak niż 3 lata po zawarciu Umowy Ubezpieczenia, pisemnej oferty zawarcia Umowy Ubezpieczenia na nowych warunkach, odzwierciedlających wszelkie faktyczne 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 nowej oferty, Umowa Ubezpieczenia będzie obowiązywać zgodnie z nowymi, określonymi warunkami. O tym fakcie Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczającego.
- Jeśli Ubezpieczający nie przyjmie oferty z punktu (3.), to Umowa Ubezpieczenia zostanie uznana za rozwiązaną z upływem ważności tej oferty. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składek Ubezpieczeniowych do tego czasu.
- W przypadku naruszenia przez Ubezpieczającego zobowiązań z punktu (1.) lub (2.), Ubezpieczyciel ma prawo wstrzymać Ochronę Ubezpieczeniową i równocześnie przestaje on być zobowiązany do pokrycia kosztów szkód, jeżeli okoliczności, które nie zostały przez Ubezpieczającego wskazane lub zostały wskazane nieprawidłowo, niecałkowicie lub niezgodnie z punktem (1.) lub (2.), a które wpływają na wystąpienie Ubezpieczonego Zdarzenia lub ochrony z Umowy Ubezpieczenia. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel dokonał już płatności na pokrycie kosztów takiej szkody, Ubezpieczający jest zobowiązany do zwrotu tych kwot na rzecz Ubezpieczyciela, w terminie 14 dni od otrzymania od Ubezpieczyciela wezwania do zapłaty. Wezwanie do zapłaty będzie zawierać

wysokość kwoty, termin płatności, oświadczenie Ubezpieczyciela o wysokości kwot poniesionych na pokrycie takich szkód. Ubezpieczyciel może zrzec się tych roszczeń, jeżeli Ubezpieczający przyjmie ofertę z punktu (3.).

6. Ubezpieczający jest odpowiedzialny za jakiegokolwiek uchybienia Ubezpieczonego (Ubezpieczonych) w zgodnej z prawdą, pełną, bez pomijania lub wstrzymania jakiegokolwiek informacji, odpowiedzi na wszystkie pytania we Wniosku o Objęcie Ubezpieczeniem odnośnie Ubezpieczonego (Ubezpieczonych) (zobowiązań wynikających z punktów (1.) i (2.)).

Rozdział IV.

Przepisy dotyczące okresu obowiązywania umowy

§ 7.

Zawarcie Umowy Ubezpieczenia

1. Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta w Dzień podpisania 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 Ubezpieczenia, 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 raty Składki Ubezpieczeniowej, to nie ma on prawa składania żadnych roszczeń dotyczących Świadczeń Medycznych.
3. Ubezpieczone Zdarzenie rozpoczyna się z początkiem Leczenia Medycznego 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.

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

Czas 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 Ubezpieczonego;
 - ustalonej częstotliwości opłacania przez Ubezpieczającego Składek Ubezpieczeniowych;
 - stanu zdrowia Ubezpieczonego w chwili zawarcia umowy.

2. W przypadku Umów Ubezpieczenia zawartych na okres dłuższy niż jeden rok, łączna kwota świadczeń wypłaconych przez Ubezpieczyciela może różnić się od szacowanych świadczeń, np. z powodu rosnących kosztów Leczenia 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 uaktualnić kwoty Składek Ubezpieczeniowych o ten współczynnik odchylenia. Na tych samych warunkach, może zostać ustanowiona współpłatność lub wartość minimum, poniżej której Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności. Ta zasada dotyczy umów ubezpieczenia, zawieranych na dłużej niż rok.
3. Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczającego o uaktualnieniu kwoty Składek Ubezpieczeniowych zgodnie z punktem (2.) podając mu ich nową wysokość co najmniej cztery tygodnie wcześniej. O ile Ubezpieczający nie zgadza się na uaktualnienie 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 punktu (3.), przyjmuje się, iż Ubezpieczający prawidłowo zapoznał się z uaktualnieniem 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 część 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 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 niezbędne do wykonania z medycznego punktu widzenia 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

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie Leczenia w następstwie wystąpienia Ubezpieczonego Zdarzenia jest ograniczona. 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, niepokojów społecznych, powstań, zamieszek lub stanów wyjątkowych;
2. Skutków promieniowania jądrowego, fuzji, rozszczepienia 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, nawet jeśli ten związek nie został wprost zgłoszony, 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. Protez używanych przez Ubezpieczonego w Dniu Zawarcia Umowy, w tym konsekwencji ich używania, a także koszty 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 uznanej 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 otrzymaniem 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 wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia (lub jej części), Ubezpieczony ma zaprzestać używania swojej Karty Ubezpieczenia, ponieważ od tego momentu korzystanie z niej jest zabronione.
5. Korzystanie z Karty Ubezpieczenia po zakończeniu Umowy Ubezpieczenia uprawnia Ubezpieczyciela do dochodzenia odszkodowania od Ubezpieczającego jeżeli korzystanie z niej po zakończeniu Umowy będzie miało negatywne skutki dla 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. 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 niezwiązanych z działalnością Call Center. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za jakiegokolwiek oświadczenia z 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 się zmienić w każdej chwili, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia i gdy ona nie obowiązuje. 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.
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 spoza Ochrony Ubezpieczenia.
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. Otrzymanie Świadczenia Medycznego przez Ubezpieczonego wymaga uprzedniej zgody Ubezpieczyciela, chyba że inaczej ustalono w Warunkach Produktu. 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. Akceptacja lub odmowa Ubezpieczyciela zostaną przekazane Ubezpieczonemu lub Ubezpieczającemu za pośrednictwem Call Center.

9. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony nie spełni obowiązku z punktu (8.) a dokonane Leczenie nie zostanie uznane za Leczenie Medycznie Niezbędne, to Ubezpieczyciel zostaje zwolniony z odpowiedzialności za takie Leczenie, jego konsekwencje i świadczenia medyczne z nimi związane.
10. 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.
11. 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.
12. Ubezpieczyciel ma prawo zwrócić się do lekarzy i placówek medycznych o wydanie dokumentów dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego lub do oceny jego zobowiązania do zapłaty.
13. Ubezpieczający i/lub Ubezpieczony jest odpowiedzialny za jakąkolwiek szkodę wynikającą z zawinionego przez niego nieuzyskania przez Ubezpieczyciela informacji i dokumentów z punktów (11.) i (12.).
14. W trakcie procesu weryfikacji Leczenia, Ochrona Ubezpieczeniowa jest zawieszona w stosunku do wszystkich świadczeń medycznych, które mogą odnosić się do weryfikowanego Leczenia.
15. Leczenie jest dostępne tylko po okazaniu Dostawcy Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA ważnej Karty Ubezpieczenia wraz z ważnym dokumentem tożsamości.
16. Każdorazowa niemożność stawienia się na już zaplanowane Leczenie Medycznie Niezbędne musi być zgłoszona 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 niemożność stawienia się na zaplanowane Leczenie została spowodowana przez przyczynę poza jego kontrolą (siła wyższa), która to okoliczność musi zostać udowodniona przez Ubezpieczającego.
17. Ubezpieczony i Ubezpieczający 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.
18. Ochrona Ubezpieczeniowa zostanie wstrzymana – również w stosunku do trwającego Leczenia – z chwilą rozwiązania, wypowiedzenia lub wygaśnięcia Umowy Ubezpieczenia (lub odpowiednio do części Umowy Ubezpieczenia).
19. 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.
20. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony nie zgadza się z decyzją Ubezpieczyciela o odmowie opłacenia żądanego świadczenia medycznego, to musi on tym fakcie powiadomić Ubezpieczyciela na piśmie, w terminie jednego miesiąca od otrzymania odmownej decyzji Ubezpieczyciela.
21. 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. Wszystkie 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.

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 działania w dobrej wierze, 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 lub Ubezpieczony zobowiązany jest zwrócić Ubezpieczycielowi wszelkie takie wydatki.
2. Rozwiązania umowy na podstawie Umowy Ubezpieczenia dokonuje się poprzez wysłanie pisemnego powiadomienia pod rygorem nieważności, bez żadnych uprzednich lub dodatkowych formalności i wyroku sądowego.

§ 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 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.
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 Umowy Ubezpieczenia.

§ 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 odpowiednie 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 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 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 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 terytorium Rzeczypospolitej Polski.
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 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 przepisy

§ 24.

Powiadomienia, komunikacja, sprawy sądowe

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 ustna 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 lub w Umowie Ubezpieczenia. Wszelkie zmiany tych danych muszą zostać niezwłocznie monitorowane drugiej stronie na piśmie w ciągu 7 dni od dnia wystąpienia tych zmian.
4. 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 powództwo można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub 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.
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 dopłat do 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 Umowy Ubezpieczenia wchodzi 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 odstępstwa od Ogólnych Warunków Ubezpieczenia. Takie odstępstwa wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności. Takie odstępstwa będą miały pierwszeństwo przed Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia.
2. Odstępstwa wymienione w punkcie (1.) nie mogą naruszać obowiązującego prawa.

§ 28.

Elementy techniczne

1. Ubezpieczenie na podstawie Umowy Ubezpieczenia nie daje możliwości uzyskania świadczeń pieniężnych, dlatego uzyskanie środków pieniężnych nie jest dozwolone, chyba że w Warunkach Produktu ustalono inaczej.
2. Waluta Umowy Ubezpieczenia jest określona w Umowie Ubezpieczenia.

§ 29.

Wejście w życie niniejszych Ogólnych warunków

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr 12/Z/2015 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 24.02.2015 r. .
2. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia mają zastosowanie do Umów Ubezpieczenia obowiązujących od 01.04.2015 r.

Prezes Zarządu



Jürgen Reimann

Wiceprezes Zarządu



Agnieszka Kiełbasińska

Aneks nr 1

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Zdrowotnego SIGNAL IDUNA zatwierdzonych uchwałą nr 12/Z/2015 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 24.02.2015 r.

Rozdział I

W Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Zdrowotnego SIGNAL IDUNA zatwierdzonych uchwałą nr 12/Z/2015 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. wprowadza się następujące zmiany:

- 1) Do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, przed jego zapisami, dodaje się Skorowidz najważniejszych informacji zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Zdrowotnego SIGNAL IDUNA zatwierdzonych uchwałą nr 12/Z/2015 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 24.02.2015 r. i zmienionych Aneksem przyjętym uchwałą Zarządu nr 73/Z/2015 z dnia 15.12.2015 r., zamieszczony na drugiej stronie niniejszego Aneksu.
- 2) Do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, po § 18. dodaje się § 18.A. w brzmieniu:

§ 18.A. 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 SIGNAL IDUNA (zwane dalej łącznie „reklamacjami”).
2. Reklamacje można zgłaszać w następujących miejscach i formie:
 - a) pisemnie za pośrednictwem poczty, kuriera lub postańca 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 SIGNAL IDUNA (adres jak wyżej) lub Regionalnym Centrum Obsługi Ubezpieczeń (dane kontaktowe Regionalnych Centrów Obsługi Ubezpieczeń SIGNAL IDUNA podane są na stronie internetowej spółki pod adresem: www.signal-iduna.pl/signaliduna/kontakt) i na bieżąco aktualizowane.
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 SIGNAL IDUNA) oraz przedmiot i zakres reklamacji.
4. SIGNAL IDUNA rozpatruje reklamację i udziela na nią odpowiedzi niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania, chyba że mają miejsce szczególnie skomplikowane okoliczności, uniemożliwiające rozpatrzenie reklamacji i udzielenia odpowiedzi w tym terminie. W takiej sytuacji SIGNAL IDUNA poinformuje Klienta, który złożył reklamację, o przyczynach opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. 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.

3) Do paragrafu § 20. dodaje się ustęp 6. w brzmieniu:

6. 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.

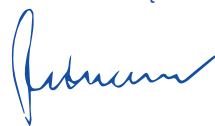
4) § 24. ustęp 4. otrzymuje brzmienie:

4. 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 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.

Rozdział II

- 1) Pozostałe postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia nie ulegają zmianie.
- 2) Niniejszy Aneks nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Zdrowotnego SIGNAL IDUNA zatwierdzonych uchwałą nr 12/Z/2015 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 24.02.2015 r., został zatwierdzony uchwałą numer 73/Z/2015 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 15.12.2015 r.
- 3) Niniejszy Aneks nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 01.01.2016 r.

Prezes Zarządu



Jürgen Reimann

Wiceprezes Zarządu



Agnieszka Kiełbasińska

SKOROWIDZ

DOTYCZY: najważniejszych informacji zawartych w **Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Zdrowotnego SIGNAL IDUNA zatwierdzonych uchwałą nr 12/Z/2015 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 24.02.2015 r.** i zmienionych Aneksiem przyjętym uchwałą Zarządu nr 73/Z/2015 z dnia 15.12.2015 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. § 11. ust. 2. § 13. ust. 1. § 14. § 16. ust. 2.,4. § 17. ust. 9., 13. § 21. ust. 1.

Szczególne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego SIGNAL IDUNA (dalej w skrócie SWU)

Szczególne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego oparte są na Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Zdrowotnego zatwierdzonych przez Zarząd SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. uchwałą nr 12/Z/2015 z dnia 24.02.2015 r. (dalej: Ogólne Warunki Ubezpieczenia).

Zapisy Ogólnych Warunków Ubezpieczenia mają zastosowanie, jeżeli zapisy Szczególnych Warunków Ubezpieczenia nie stanowią inaczej.

Postanowienia niniejszych SWU mają pierwszeństwo przed Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia.

Rozdział I. Zasady i definicje

- 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. W pewnych okolicznościach, w przypadku obowiązkowego ubezpieczenia grupowego, ubezpieczyciel nie będzie przeprowadzać oceny stanu zdrowia osób, którzy przystąpią do ubezpieczenia.
- Grupa:** W myśl niniejszych SWU przez Grupę rozumiemy 11 lub więcej osób. Zazwyczaj są to pracownicy lub członkowie stowarzyszenia zawodowego. Jednostki te będą traktowane jako osoby ubezpieczone. W przypadku ubezpieczenia grupowego Ubezpieczającym jest pracodawca lub stowarzyszenie zawodowe. Przy wyliczeniu minimalnej liczby osób wymaganych do utworzenia grupy członkowie rodzin Ubezpieczonych nie będą brani pod uwagę, natomiast mogą być objęci umową ubezpieczenia. Zawarcie grupowego ubezpieczenia wymaga minimalnego progu partycypacji pracowników lub członków stowarzyszenia zawodowego w ogólnej liczbie Ubezpieczonych. Minimalny próg partycypacji uzależniony jest od wielkości grupy.
- Grupa Fakultatywna:** Grupę nazywamy fakultatywną, wtedy kiedy decyzja o przystąpieniu do ubezpieczenia zdrowotnego lub wybór pakietu jest decyzją każdego członka tej grupy. Jeśli grupa nie zawiera minimalnej liczby osób przystępujących do ubezpieczenia, mogą utworzyć oni grupę fakultatywną
- Grupa Obligatoryjna:** Grupa jest obligatoryjna, wtedy, kiedy decyzja o przystąpieniu do ubezpieczenia zdrowotnego lub wybór pakietu Ubezpieczenia jest decyzją Ubezpieczającego. Wszyscy pracownicy lub członkowie stowarzyszenia muszą zostać objęci ochroną ubezpieczeniową w wybranym dla danej grupy przez Ubezpieczającego zakresie ubezpieczenia. W przypadku grupy obligatoryjnej, nie przeprowadza się oceny stanu zdrowia osób mających przystąpić do ubezpieczenia, pod warunkiem, że zakres ubezpieczenia obejmuje jedynie leczenie ambulatoryjne. Jeśli grupę obligatoryjną stanowi więcej niż 40 osób, dla których zakres ubezpieczenia zawiera obowiązkowo leczenie szpitalne, nie przeprowadza się oceny stanu zdrowia osób mających przystąpić do ubezpieczenia.
- Podgrupa:** Poza powyżej zdefiniowaną grupą obligatoryjną Ubezpieczający i Ubezpieczyciel mogą wyrazić zgodę na powstanie podgrupy (według obiektywnego kryterium podziału np. kadra zarządzająca). Grupę taką traktujemy wtedy jak grupę obligatoryjną nawet, jeśli podgrupa nie spełnia kryterium minimalnego progu partycypacji określonego w definicji Grupy.
- Członkowie Rodziny:** Partnerzy życiowi lub małżonkowie pracowników, prowadzący wspólne gospodarstwo domowe z pracownikiem i ich dzieci do 18. roku życia lub do 26., o ile są studentami.

Rozdział II. Przepisy ogólne

§ 1.

Maksymalny wiek

Niezależnie od paragrafu 4. OWU maksymalny wiek wejścia do grupowego ubezpieczenia wynosi 67 lat.

§ 2.

Ochrona ubezpieczeniowa nieletnich

W uzupełnieniu do punktu 5. OWU nieletni może być ubezpieczony, jeżeli jest pracownikiem. W tym przypadku § 5. punkty (1.), (2.) i (3.) OWU nie są stosowane.

§ 3.

Ubezpieczenie członków rodziny

- Małżonkowie i dzieci pracownika mogą być również Ubezpieczonymi, jeżeli pracownik jest ubezpieczony w ramach tej samej umowy, chyba że ustalono inaczej.
- Członkowie Rodziny mogą przystąpić do ubezpieczenia tylko w tym samym czasie, co pracownik.

Rozdział III. Przepisy przed zawarciem umowy

§ 4.

Obowiązki Ubezpieczającego

- W przypadku ubezpieczenia w zakresie ambulatoryjnych świadczeń medycznych zapisy § 6. punkty (1.) i (2.) OWU, dotyczące prawidłowych i kompletnych odpowiedzi na pytania dotyczące stanu zdrowia dla Grup Obligatoryjnych nie będą miały zastosowania.
- To samo odnosi się do szpitalnych świadczeń medycznych w przypadku Grup Obligatoryjnych, które składają się z więcej niż 40 osób.

Rozdział IV. Przepisy w okresie obowiązywania umowy

§ 5.

Obliczanie Składek Ubezpieczeniowych

- § 11. (1.) OWU zostaje uzupełniony o następujące kryterium Oceny Ryzyka: Składka Ubezpieczeniowa zależy między innymi od struktury wiekowej wszystkich Ubezpieczonych.
- Przy określonych warunkach stan zdrowia osób, które przystąpią do ubezpieczenia nie jest już kryterium przy ustalaniu składki ubezpieczeniowej (patrz § 4. niniejszych Szczególnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego).
- W uzupełnieniu do paragrafu 12. (1.) OWU miesięczna Składka Ubezpieczeniowa powinna być obliczona na podstawie zaktualizowanej listy osób objętych ubezpieczeniem, będących pracownikami, na podstawie cen pakietów ubezpieczenia określających zakres ochrony dla Ubezpieczonego.
- Możliwa jest zmiana zakresu dla Ubezpieczonego tylko wtedy, gdy zgodnie z umową ustalono różne zakresy ochrony dla różnych grup pracowników, a Ubezpieczony jest przenoszony z jednej grupy do drugiej według obiektywnych kryteriów (na przykład w związku z awansem).
- Po otrzymaniu listy osób, które mają być objęte ochroną ubezpieczeniową i/lub listy osób, dla których ochrona ubezpieczeniowa ma być zakończona, jak opisano w § 8. niniejszych SWU, Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczającego o zmianie składki miesięcznej.
- Składka będzie płacona z góry do 25. dnia każdego miesiąca kalendarzowego, przelewem bankowym na konto wskazane przez Ubezpieczyciela, chyba że w Umowie Ubezpieczenia ustalono inaczej.

§ 6.

Karta Ubezpieczenia

- Karty Ubezpieczenia zostaną dostarczone wszystkim Ubezpieczonym przez Ubezpieczającego niezwłocznie po przyjęciu ich do ubezpieczenia.
- Niezależnie od paragrafu 15. (3.), tylko Ubezpieczony zobowiązany jest do zgłoszenia utraty karty ubezpieczenia.

§ 7.

Wystąpienia Ubezpiezonego Zdarzenia oraz uzyskanie Świadczeń Medycznych

1. Ubezpieczający dostarczy niezwłocznie Ubezpieczonym listę Dostawców Usług Medycznych sieci SIGNAL IDUNA otrzymaną od Ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczający niezwłocznie dostarczy Ubezpieczonym Katalog Świadczeń Gwarantowanych otrzymaną od Ubezpieczyciela.
3. Po zmianie punktów (7.), (11.) i (13.) §17. OWU ich zapisy nie odnoszą się do Ubezpieczającego lecz tylko do Ubezpiezonego.

§ 8.

Przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia

1. Ubezpieczający powiadomi Ubezpieczyciela o przystąpieniu do umowy nowych pracowników lub członków stowarzyszenia w przeciągu 30 dni od momentu rozpoczęcia ich zatrudnienia lub członkostwa. Ubezpieczyciel ma prawo żądać od Ubezpieczającego wypełnienia formularza zgłoszeniowego dla każdego nowego Ubezpiezonego. Ochrona ubezpieczeniowa dla nowych członków grupy odpowiada ochronie dotychczasowych Ubezpieczonych i wygasa w tym samym czasie.
2. Jeśli Ubezpieczający nie poinformuje Ubezpieczyciela w przeciągu czasu określonego w punkcie (1.), zobowiązany jest on do wypełnienia oddzielnego wniosku weryfikującego stan zdrowia osoby chcącej przystąpić do ubezpieczenia.
3. Osoby będące na zwolnieniu lekarskim w dniu rozpoczęcia ubezpieczenia będą objęte Ochroną Ubezpieczeniową od początku kolejnego okresu rozliczeniowego po dacie powrotu do pracy. W przypadku kontynuacji Umowy Ubezpieczenia dla osób Ubezpieczonych przebywających na zwolnieniu lekarskim przypadającym na czas rozpoczynającej się umowy, przyjmuje się kontynuację ubezpieczenia.
4. Osoby zatrudnione po rozpoczęciu umowy ubezpieczenia, zostają objęte ubezpieczeniem w terminie 30 dni od daty zatrudnienia, ale nie wcześniej niż 1. dnia kolejnego okresu rozliczeniowego, następującego po zgłoszeniu do objęcia ochroną ubezpieczeniową.
5. Osoby nieobjęte ubezpieczeniem w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub też w przeciągu 30 dni od momentu zatrudnienia, mogą zostać ubezpieczone przy odnowieniu umowy ubezpieczenia.
6. Członkowie Rodziny pracownika lub członka stowarzyszenia mogą być objęte ubezpieczeniem tylko od daty rozpoczęcia ubezpieczenia pracownika lub członka stowarzyszenia. Rozpoczęcie Ochrony Ubezpieczeniowej w innym terminie jest możliwe tylko w następujących przypadkach:
 - a) urodzenie dziecka,
 - b) adopcja dziecka,
 - c) zawarcie małżeństwa.W przeciągu 30 dni od daty wystąpienia, któregoś z powyższych zdarzeń, Ubezpieczający powinien powiadomić o ich zajściu Ubezpieczyciela.

§ 9.

Wystąpienie z ochrony ubezpieczeniowej podczas trwania umowy ubezpieczeniowej

1. Ubezpieczający poinformuje Ubezpieczyciela o wyjściu z ubezpieczenia byłych pracowników lub członków stowarzyszenia w przeciągu dwóch tygodni od daty wygaśnięcia statusu pracownika lub członka danej instytucji. Ubezpieczający poinformuje Ubezpieczyciela o wyjściu z ubezpieczenia członków rodzin byłych pracowników w ciągu 2 tygodni od utraty ich statusu. W przypadku tych osób, ta część Umowy Ubezpieczenia ulega zakończeniu bez dalszych formalności lub konieczności interwencji sądu.
2. Składkę ubezpieczeniową za ten okres należy uiścić do końca miesiąca w którym to pracownik lub Członek Rodziny opuszcza Grupę.
3. Umowa w części dotyczącej Członka Rodziny pracownika lub członka stowarzyszenia ustaje z chwilą, gdy ustnie ona w stosunku do pracownika lub członka stowarzyszenia.

Rozdział V. Rozwiązanie Umowy Ubezpieczenia

§ 10.

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczyciela

§ 19. OWU nie znajduje zastosowania, jeżeli weryfikacja stanu zdrowia Ubezpieczonych nie została przeprowadzona.

§ 11.

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego

§ 20. (4.) OWU nie znajduje zastosowania do ubezpieczeń grupowych.

§ 12. Inne przyczyny wypowiedzenia

1. Po zmianie paragrafu 21. (5.) OWU, w przypadku ubezpieczeń grupowych, regulacje odnoszą się do Głównej Siedziby Ubezpieczającego.
2. Po zmianie paragrafu 21. (2.) OWU Ubezpieczony ma prawo złożyć w przeciągu miesiąca wniosek o kontynuację umowy ubezpieczenia na warunkach indywidualnych.

Rozdział VI. Pozostałe postanowienia

§ 13.

Powiadomienia, komunikacja, postępowania sądowe

Zapisy § 24. OWU odnoszą się do Ubezpieczającego i Ubezpiezonego.

§ 14.

Odstępstwa od Szczegółowych Warunków Ubezpieczenia Grupowego

1. Strony mogą zgodzić się na odstępstwa od OWU. Takie odstępstwa wymagają zachowania formy pisemnej i będą miały pierwszeństwo przed Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia i Szczegółowymi Warunkami dla Ubezpieczenia Grupowego.
2. Umowa ubezpieczenia nie może naruszać obowiązującego w Polsce prawa.

§ 15.

Wymagane dokumenty konieczne do zawarcia umowy dostarczane Ubezpieczonym, przez Ubezpieczającego

Ubezpieczający dostarczy Ubezpieczonym następujące dokumenty niezwłocznie po otrzymaniu ich od Ubezpieczyciela:

- a) Listę Dostawców Usług Medycznych Sieci SIGNAL IDUNA;
- b) Karty Ubezpieczonych;
- c) OWU;
- d) SWU;
 - Warunki Produktu Zdrowotnego;
 - Uzupełniające Warunki Produktu Zdrowotnego, w razie konieczności;
 - Katalog Świadczeń Gwarantowanych;
- e) Odstępstwa ustalone przez Strony, konieczne do realizacji warunków umowy.

§ 16.

Wejście w życie niniejszych Szczególnych Warunków Ubezpieczenia

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego SIGNAL IDUNA zostały zatwierdzone uchwałą nr 12/Z/2015 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 24.02.2015 r.
2. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego SIGNAL IDUNA mają zastosowanie do Umów Ubezpieczenia obowiązujących od 1.04.2015 r.

Prezes Zarządu



Jürgen Reimann

Wiceprezes Zarządu



Agnieszka Kiełbasińska

Aneks nr 1
do Szczególnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego SIGNAL IDUNA
zatwierdzonych uchwałą nr 12/Z/2015 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 24.02.2015 r.

Rozdział I

W Szczególnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego SIGNAL IDUNA zatwierdzonych uchwałą nr 12/Z/2012 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. wprowadza się następujące zmiany:

- 1) Pierwsze zdanie Szczególnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia otrzymuje brzmienie:
 Szczególne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego oparte są na Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia zatwierdzonych przez Zarząd SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. uchwałą nr 12/Z/2015 z dnia 24.02.2015 r. i zmienionych Aneksem przyjętym uchwałą Zarządu nr 73/Z/2015 z dnia 15.12.2015 r. (dalej: Ogólne Warunki Ubezpieczenia).
- 2) Do Szczególnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego, przed jego zapisami, dodaje się Skorowidz najważniejszych informacji zawartych w Szczególnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego SIGNAL IDUNA zatwierdzonych uchwałą nr 12/Z/2015 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 24.02.2015 r. i zmienionych Aneksem przyjętym uchwałą Zarządu nr 73/Z/2015 z dnia 15.12.2015 r.

SKOROWIDZ

DOTYCZY: najważniejszych informacji zawartych w **Szczególnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego SIGNAL IDUNA zatwierdzonych przez Zarząd SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. uchwałą nr 12/Z/2015 z dnia 24.02.2015 r.** i zmienionych Aneksem przyjętym uchwałą Zarządu nr 73/Z/2015 z dnia 15.12.2015 r.

Lp.	Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej
1.	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 7.

Rozdział II

- 1) Pozostałe postanowienia Szczególnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego nie ulegają zmianie.
- 2) Niniejszy Aneks nr 1 do Szczególnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego SIGNAL IDUNA zatwierdzonych uchwałą nr 12/Z/2015 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 24.02.2015 r., został zatwierdzony uchwałą numer 73/Z/2015 Zarządu SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z dnia 15.12.2015 r.
- 3) Niniejszy Aneks nr 1 do Szczególnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego wchodzi w życie z dniem 01.01.2016 r.

Prezes Zarządu



Jürgen Reimann

Wiceprezes Zarządu



Agnieszka Kiełbasińska