

Ogólne Warunki TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Najważniejsze informacje dotyczące ubezpieczenia

Szanowny Kliencie,

poniżej przedstawiamy najważniejsze informacje zawarte w **Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE.**

Lp.	Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej Ogólnych Warunków Ubezpieczenia TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
1.	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 2; § 3; § 12
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 13

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1.

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

DEFINICJE

§ 2.

Wymienionym poniżej terminom nadaje się następujące znaczenie:

1. **Ubezpieczyciel** – SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna;
2. **Ubezpieczający** – podmiot zawierający umowę ubezpieczenia, zobowiązujący się do opłacania składek;
3. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
4. **Uposażony** – podmiot wskazany przez Ubezpieczonego, uprawniony do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
5. **wiek Ubezpieczonego** – wiek ustalany jako różnica lat pomiędzy rokiem bieżącym oraz rokiem kalendarzowym urodzenia Ubezpieczonego;
6. **umowa ubezpieczenia** – umowa terminowego ubezpieczenia na życie zawarta na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
7. **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
8. **suma ubezpieczenia** – suma pieniężna określona w polisie, stanowiąca podstawę do ustalania wysokości świadczenia;
9. **świadczenie** – suma pieniężna, którą Ubezpieczyciel wypłaca w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia;
10. **składka** – kwota należna od Ubezpieczającego z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia;
11. **okres ubezpieczenia** – okres, na który została zawarta umowa ubezpieczenia;
12. **rocznica umowy ubezpieczenia** – każda kolejna rocznica daty wskazanej w polisie jako początek okresu ubezpieczenia;

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o dodatkowe rodzaje zdarzeń, w terminach oraz na zasadach określonych przez strony umowy.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4.

1. Umowa zawierana jest na czas oznaczony na podstawie wniosku. Ubezpieczyciel przed zawarciem umowy ubezpieczenia może wymagać od Ubezpieczającego dołączenia do wniosku innych dodatkowych dokumentów, w szczególności ankiety lub kwestionariuszy medycznych oraz dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia osoby wskazanej we wniosku jako Ubezpieczony. Ubezpieczający oraz Ubezpieczony zobowiązani są podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał we wniosku o zawarcie umowy lub innych pismach przed zawarciem umowy.
2. Ubezpieczyciel przed zawarciem umowy, w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, może skierować osobę wskazaną we wniosku jako Ubezpieczony na badania lekarskie lub badania diagnostyczne z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Ubezpieczyciel ponosi koszty zleconych przez siebie badań.
3. Ubezpieczyciel w wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka może odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia lub zaproponować jej zawarcie na warunkach odmiennych od wnioskowanych.
4. W przypadku odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą składkę niezwłocznie, nie dłużej niż w terminie siedmiu dni od udzielenia odmowy.
5. Jeżeli w odpowiedzi na złożony wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel doręcza Ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego wniosku lub treści ogólnych warunków ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu uwagę na piśmie na wszelkie zachodzące różnice, wyznaczając Ubezpieczającemu siedmiodniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu. W przypadku braku sprzeciwu w terminie siedmiu dni od daty doręczenia

dokumentu ubezpieczenia, umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

UBEZPIECZONY

§ 5.

Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, o ile osoba wskazana we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia jako Ubezpieczony ukończyła osiemnaście lat, lecz jednocześnie nie ukończyła siedemdziesięciu lat.

OKRES UBEZPIECZENIA

§ 6.

Umowa zawierana jest na czas oznaczony określany w latach. Umowa ubezpieczenia nie może zostać zawarta na okres krótszy niż rok oraz dłuższy niż czterdzieści lat. Okres ubezpieczenia nie może kończyć się później niż w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy osiemdziesiąt lat.

OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

§ 7.

1. Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje Ubezpieczonemu od dnia wskazanego w polisie jako początek ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje Ubezpieczonemu do dnia, w którym umowa ubezpieczenia została rozwiązana lub wygasła.

ROZWIĄZANIE LUB WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 8.

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, w przypadku, gdy jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od daty zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Ubezpieczyciel nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. W przypadku odstąpienia od umowy Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu składkę pomniejszoną o jej część odpowiadającą okresowi odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
2. Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana przez Ubezpieczającego na piśmie w każdym czasie z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia. W przypadku złożenia przez Ubezpieczającego wypowiedzenia, Ubezpieczający ma obowiązek opłacenia składki za okres wypowiedzenia. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia.
3. Umowę ubezpieczenia uznaje się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego w przypadku nieopłacenia składki w dodatkowym terminie – pomimo poprzedniego wezwania do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w dodatkowym, nie krótszym niż siedem dni, terminie od dnia otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem ostatniego dnia dodatkowego terminu, w którym składka miała zostać opłacona.
4. Umowa ubezpieczenia wygasa z chwilą śmierci Ubezpieczonego albo z upływem ostatniego dnia okresu ubezpieczenia.

SKŁADKA

§ 9.

1. Składka może być opłacana regularnie – miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Ubezpieczający ustala częstotliwość opłacania składki we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Wysokość składki ustala się na podstawie taryfy składek Ubezpieczyciela, stosownie do wieku Ubezpieczonego w dniu rozpoczęcia okresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela, długości okresu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości sumy ubezpieczenia oraz częstotliwości opłacania składek. Wysokość składki może zostać podwyższona przez Ubezpieczyciela w wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka, w szczególności z uwagi na następujące czynniki ryzyka: tryb życia Ubezpieczonego, wykonywany zawód, uprawiany przez Ubezpieczonego sport lub hobby oraz czynniki medyczne związane ze stanem zdrowia Ubezpieczonego.
3. Składkę uważa się za opłaconą z chwilą jej wpływu w pełnej wysokości na właściwy rachunek bankowy Ubezpieczyciela. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty składki najpóźniej do pierwszego dnia okresu, za który jest

należna. Jeżeli Ubezpieczający nie zapłaci składki w wymienionym terminie, Ubezpieczyciel poinformuje o tym fakcie Ubezpieczającego wyznaczając dodatkowy, nie krótszy niż siedem dni od dnia otrzymania wezwania, termin na opłacenie zaległej składki. Jeżeli Ubezpieczający pomimo uprzedniego wezwania nie opłaci składki w dodatkowym terminie, przyjmuje się, iż umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem ostatniego dnia dodatkowego terminu, w którym składka miała zostać opłacona.

4. Obowiązek opłacania składki ustaje z chwilą opłacenia ostatniej składki należnej z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia. Obowiązek opłacania składek ustaje ponadto z końcem okresu, za który została opłacona składka – jeżeli w okresie tym Ubezpieczony zmarł oraz z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

ZMIANY W ROCZNICĘ UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 10.

1. Ubezpieczający, za zgodą Ubezpieczyciela, może w rocznicę umowy ubezpieczenia dokonać zmiany wysokości sumy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składki regularnej lub rozszerzyć zakres ochrony ubezpieczeniowej. Ubezpieczający zobowiązany jest złożyć wniosek o dokonanie zmian najpóźniej na trzydzieści dni przed rocznicą umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku złożenia przez Ubezpieczającego wniosku o zmianę sumy ubezpieczenia, kwota zmiany składki ustalana jest na podstawie taryfy składek Ubezpieczyciela, stosownie do kwoty zmiany sumy ubezpieczenia, czasu jaki pozostał do końca okresu ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składki, wyników oceny ryzyka w zakresie kwoty zmiany sumy ubezpieczenia oraz wieku Ubezpieczonego w dniu dokonania zmiany sumy ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo nie wyrazić zgody na wysokość zaproponowanej przez Ubezpieczyciela zmienionej składki składając oświadczenie w tej sprawie – w takim przypadku wysokość dotychczasowej sumy ubezpieczenia oraz składki nie ulega zmianom.
3. W umowie ubezpieczenia opłacanej składką regularną Ubezpieczającemu w rocznicę umowy przysługuje prawo do podwyższenia sumy ubezpieczenia zgodnie z zaproponowanym przez Ubezpieczyciela wskaźnikiem indeksacyjnym. Ubezpieczyciel przedstawia Ubezpieczającemu propozycję zmiany sumy ubezpieczenia oraz składki najpóźniej na trzydzieści dni przed rocznicą umowy ubezpieczenia.
4. Wysokość wskaźnika indeksacyjnego ustala się zgodnie z procentowym średniorocznym wskaźnikiem wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych ogłaszanych przez Główny Urząd Statystyczny, a w przypadku, gdy opublikowany wskaźnik jest niższy niż trzy procent, przyjmuje się wartość wskaźnika indeksacyjnego na poziomie trzech procent.
5. Obliczenie kwoty podwyższenia składki w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia jest dokonywane na podstawie taryfy składek Ubezpieczyciela, stosownie do kwoty podwyższenia sumy ubezpieczenia, czasu jaki pozostał do końca okresu ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składek regularnych, wyników oceny ryzyka z dnia zawarcia umowy ubezpieczenia oraz wieku Ubezpieczonego w dniu podwyższenia sumy ubezpieczenia zgodnie z zaproponowanym wskaźnikiem indeksacyjnym.
6. Ubezpieczający może zrezygnować z podwyższenia sumy ubezpieczenia zgodnie z zaproponowanym wskaźnikiem indeksacyjnym składając oświadczenie w tej sprawie nie później niż w terminie siedmiu dni przed datą rocznicy umowy ubezpieczenia. Brak zawiadomienia o odrzuceniu propozycji Ubezpieczyciela uznaje się jako wyrażenie zgody na indeksację. Odmowa indeksacji przez dwie kolejne rocznice umowy ubezpieczenia powoduje utratę prawa do otrzymywania propozycji indeksacyjnych w kolejnych okresach.

GWARANTOWANE PODWYŻSZENIE SUMY UBEZPIECZENIA

§ 11.

1. Ubezpieczający ma prawo, bez konieczności dodatkowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, wnioskować o podwyższenie sumy ubezpieczenia w przypadku następujących zdarzeń: zawarcia przez Ubezpieczonego małżeństwa; urodzenia się Ubezpieczonemu dziecku albo przysposobienia małoletniego przez Ubezpieczonego; ustanowienia hipoteki na nieruchomości, której Ubezpieczony jest właścicielem lub współwłaścicielem, zabezpieczającej kredyt udzielony Ubezpieczonemu w celu nabycia tej nieruchomości.
2. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do gwarantowanego podwyższenia sumy ubezpieczenia wyłącznie raz z tytułu danego zdarzenia. Wniosek o gwarantowane podwyższenie sumy ubezpieczenia powinien zostać złożony w terminie nie dłuższym niż trzydzieści dni od daty zajścia zdarzenia uprawniającego do takiej zmiany wraz z dokumentami poświadczającymi zajście

zdarzenia: odpisem aktu małżeństwa, odpisem aktu urodzenia dziecka lub prawomocnym orzeczeniem sądu o przysposobieniu, odpisem księgi wieczystej lub numerem elektronicznej księgi wieczystej obejmującej wpis hipoteki.

3. Suma ubezpieczenia zostanie podwyższona o kwotę wskazaną przez Ubezpieczającego. Podwyższenie sumy ubezpieczenia nie może jednak przekroczyć łącznie dwudziestu pięciu procent sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu złożenia wniosku o jej podwyższenie oraz nie może przekroczyć kwoty dwustu tysięcy złotych. Jeżeli Ubezpieczający w trakcie trwania umowy ubezpieczenia korzystał z gwarantowanego podwyższenia sumy ubezpieczenia, w przypadku wystąpienia kolejnego zdarzenia uprawniającego do dokonania takiej zmiany maksymalny procentowy limit podwyższenia będzie liczony od sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu złożenia wniosku, pomniejszonej o kwoty, o jakie została poprzednio podwyższona suma ubezpieczenia.
4. W przypadku złożenia przez Ubezpieczającego wniosku o zmianę sumy ubezpieczenia, kwota podwyższenia składki ustalana jest na podstawie taryfy składek Ubezpieczyciela, stosownie do kwoty zmiany sumy ubezpieczenia, czasu, jaki pozostał do końca okresu ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składki, wyników oceny ryzyka z dnia zawarcia umowy ubezpieczenia oraz wieku Ubezpieczonego w dniu zmiany wysokości sumy ubezpieczenia.
5. Ubezpieczający ma prawo nie wyrazić zgody na wysokość zaproponowanej przez Ubezpieczyciela zmienionej składki składając oświadczenie w tej sprawie – w takim przypadku wysokość dotychczasowej sumy ubezpieczenia oraz składki nie ulega zmianom.

ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO

§ 12.

Z tytułu śmierci Ubezpieczonego, która wystąpiła w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia w wysokości sumy ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 13.

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego, jeżeli zdarzenie to nastąpiło w wyniku działań wojennych lub stanu wojennego, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru, rozruchach bądź zamieszkach, popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa.
2. Ubezpieczyciel zwolniony jest z odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony popełnił samobójstwo przed upływem roku od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 14.

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie siedmiu dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczeń, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. Za pisemną zgodą Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel może uzyskać od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, informacje o okolicznościach związanych z weryfikacją podanych przez Ubezpieczonego danych o jego stanie zdrowia, z wyłączeniem badań genetycznych, ustaleniem prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia.
3. Za pisemną zgodą Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel może nadto uzyskać od Narodowego Funduszu Zdrowia dane o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili opieki zdrowotnej w związku ze zdarzeniem będącym podstawą ustalenia jego odpowiedzialności oraz wysokości świadczenia.
4. Osoba występująca z roszczeniem zobowiązana jest do przedstawienia wraz z wnioskiem o wypłatę świadczenia odpisu skróconego aktu zgonu wraz z kartą statystyczną do karty zgonu z wpisem dotyczącym przyczyn zgonu lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę śmierci Ubezpieczonego.
5. Ubezpieczyciel, ma prawo żądać przedstawienia dodatkowych dokumentów dotyczących zajścia, okoliczności oraz przebiegu powstałego zdarzenia, możliwych do pozyskania w sposób prawnie i zwyczajowo przyjęty, potwierdzających zasadność zgłaszanego roszczenia. Jeżeli dostarczenie dokumentów

- niezbędnych do dalszego prowadzenia postępowania nie jest możliwe, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia wskazuje adres oraz nazwę organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
6. Ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia. Gdyby wyjaśnienie w terminie trzydziestu dni od daty zawiadomienia okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu czternastu dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
 7. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia w terminie trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia, informuje pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części.
 8. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Osoba występująca z wnioskiem o wypłatę świadczenia ma prawo dochodzić swych roszczeń na drodze sądowej.
 9. Świadczenia wypłacane są na rachunek bankowy osób uprawnionych do ich otrzymania lub w inny uzgodniony z nimi sposób. Opodatkowanie świadczeń regulują ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych. Świadczenia otrzymywane przez osoby fizyczne są wolne od podatku – zgodnie z artykułem dwudziestym pierwszym, ustęp pierwszy, punkt czwarty, ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych. Świadczenia otrzymywane przez osoby prawne podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób prawnych – zgodnie z artykułem dwunastym, ustęp pierwszy, ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

UPOSAŻONY

§ 15.

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie Uposażonemu w przysługującej mu części. Ubezpieczony może wskazać Uposażonego we wniosku o zawarcie umowy lub w formie pisemnego oświadczenia.
2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie dokonać zmiany Uposażonego. Zmiana Uposażonego wymaga pisemnego oświadczenia Ubezpieczonego i staje się skuteczna z dniem otrzymania przez Ubezpieczyciela pisemnego oświadczenia o zmianie Uposażonego.
3. W przypadku, gdy Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego i nie określił ich udziału w świadczeniu lub suma wskazań procentowych nie jest równa sto procent, przyjmuje się, że wskazani Uposażeni mają równy udział w świadczeniu.
4. W przypadku śmierci Uposażonego lub utraty przez jednego lub kilku Uposażonych prawa do świadczenia, przypadający im udział powiększa udział w świadczeniu pozostałym Uposażonym w proporcji do ich udziałów. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.
5. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub, gdy żaden z Uposażonych nie żyje lub nie jest uprawniony do świadczenia, świadczenie będzie przypadać według kolejności pierwszeństwa: małżonkowi Ubezpieczonego – w całości; dzieciom Ubezpieczonego – w równych częściach; rodzicom Ubezpieczonego – w równych częściach; spadkobiercom Ubezpieczonego – w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym.

SPOSÓB ROZPATRYWANIA REKLAMACJI, SĄD WŁAŚCIWY DO ROZSTRZYGANIA SPORÓW

§ 16.

1. SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z umowy ubezpieczenia, będący osobą fizyczną (zwany dalej „Klientem”) może składać skargi, zażalenia i reklamacje, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela (zwane dalej łącznie „reklamacjami”).
3. Reklamację można zgłaszać w następujących miejscach i formie:
 - a) pisemnie za pośrednictwem poczty, kuriera lub posłańca na adres: SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa,
 - b) faksem na numer: 22 50 56 101,
 - c) pocztą elektroniczną: reklamacje@signal-iduna.pl,

- d) telefonicznie, pod numerem 0 801 120 120 lub 22 50 56 506,
- e) osobiście w siedzibie SIGNAL IDUNA (adres jak wyżej) lub Regionalnym Centrum Obsługi Ubezpieczeń (dane kontaktowe Regionalnych Centrów Obsługi Ubezpieczeń SIGNAL IDUNA podane są na stronie internetowej spółki pod adresem: www.signal-iduna.pl/signaliduna/kontakt i na bieżąco aktualizowane).
4. Reklamacja powinna zawierać podstawowe dane kontaktowe Klienta umożliwiające identyfikację i kontakt w celu udzielenia odpowiedzi (imię i nazwisko, adres, numer umowy ubezpieczenia/polisy, której reklamacja dotyczy lub numer sprawy dotyczącej roszczenia, nadany wcześniej przez SIGNAL IDUNA).
5. 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.
6. Odpowiedź na reklamację jest udzielana w formie papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, a na wniosek Klienta – może być również dostarczona pocztą elektroniczną.
7. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia, a także przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
8. Klient może też składać skargi i zażalenia na działalność Ubezpieczyciela do Komisji Nadzoru Finansowego, Rzecznika Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną klientów podmiotów rynku finansowego.
9. Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia mogą być rozpatrywane przez sądy polubowne przy Rzeczniku Ubezpieczonych oraz Komisji Nadzoru Finansowego zgodnie z regulaminami tych sądów.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

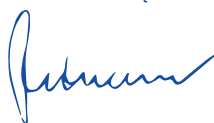
§ 17.

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

POSTANOWIENIA OGÓLNE

Ogólne warunki terminowego ubezpieczenia na życie zostały zatwierdzone Uchwałą Nr 57/Z/2015 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 15 grudnia 2015 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia na życie zawieranych od dnia 01.01.2016 r.

Prezes Zarządu



Jürgen Reimann

Wiceprezes Zarządu



Agnieszka Kielbasińska