

**Szczególne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego
dla Klientów Lux Med Sp. z o.o.
Nr: SWU/G/002/2013**

SPIS TREŚCI

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE.....	2
II. DEFINICJE.....	2
III. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA.....	4
III.1. MODUŁ SZPITALNY.....	4
III.2. MODUŁ POWAŻNE ZACHOROWANIA.....	4
III.3. MODUŁ NNW.....	4
IV. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA.....	5
V. SKŁADKA.....	5
VI. ZMIANY W UMOWIE UBEZPIECZENIA.....	6
VII. ROZPOCZĘCIE I WYGAŚNIĘCIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA.....	6
VIII. OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA.....	6
VIII.A OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO WSZYSTKICH MODUŁÓW UBEZPIECZENIA.....	6
VIII.B DODATKOWE WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA W POSZCZEGÓLNYCH MODUŁACH.....	7
VIII.B.1. MODUŁ SZPITALNY.....	7
VIII.B.2. MODUŁ POWAŻNE ZACHOROWANIA.....	7
VIII.B.3. MODUŁ NNW.....	7
IX. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH.....	7
IX.1. MODUŁ SZPITALNY.....	7
IX.2. MODUŁ POWAŻNE ZACHOROWANIA.....	8
IX.3. MODUŁ NNW.....	8
X. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH.....	8
XI. PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO.....	8
XII. PRAWO UBEZPIECZONEGO DO WYZNACZANIA UPOSAŻONEGO W MODULE NNW.....	9
XIII. PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA.....	9
XIV. ROZWIĄZANIE I ODSTĄPIENIE OD UMOWY.....	9
XV. ZAWIADOMIENIA I OŚWIADCZENIA STRON.....	9
XVI. REKLAMACJE.....	9
XVII. WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU.....	10
XVIII. CESJA PRAW Z UMOWY UBEZPIECZENIA.....	10
XIX. POSTANOWIENIA KOŃCOWE.....	10

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Na podstawie niniejszych Szczególnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego („SWU”), LMG Försäkrings AB Spółka Akcyjna, działająca poprzez Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie („Ubezpieczyciel”), zawiera Umowę ubezpieczenia z Lux Med Sp. z o.o. („Ubezpieczający”).
2. Ubezpieczający zawiera Umowę ubezpieczenia („Umowa”) na cudzy rachunek, z tym że Ubezpieczeni będą osobami fizycznymi wskazanymi imiennie w Umowie.
3. W przypadku rozbieżności między postanowieniami zawartymi w SWU i w Umowie, pierwszeństwo mają postanowienia Umowy.

II. DEFINICJE

Określenia użyte w niniejszych SWU, Wniosku ubezpieczeniowym, Polisie oraz innych dokumentach stanowiących integralną część Umowy, oznaczają:

1. **Centrum Obsługi Klienta** - infolinia, w ramach której Ubezpieczony może uzyskać informacje na temat ubezpieczenia;
2. **Certyfikat** - potwierdzenie przez Ubezpieczyciela objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie wynikającym z Umowy.
3. **Choroba** - nieprawidłowy według ogólnie uznanej wiedzy medycznej stan fizyczny lub psychiczny organizmu;
4. **Choroba uprzednio istniejąca** - nawracające, przedłużające się lub przewlekłe schorzenie, zdiagnozowane, leczone lub diagnozowane, które wystąpiło u Ubezpieczonego przed objęciem go ochroną ubezpieczeniową lub schorzenie niediagnozowane, o którym w chwili zawarcia Umowy którakolwiek ze stron wiedziała lub przy należytej staranności mogła się dowiedzieć;
5. **Ciąża o przebiegu fizjologicznym** - ciąża o przebiegu prawidłowym, niewymagająca podczas swojego przebiegu hospitalizacji będącej w bezpośrednim związku z ciążą, w szczególności na oddziale patologii ciąży z przyczyn leżących po stronie zarówno matki jak i płodu;
6. **Ciąża wysokiego ryzyka** - ciąża charakteryzująca się znacznym zagrożeniem dla zdrowia lub życia matki lub płodu, związanym z występowaniem czynników ryzyka statystycznie zwiększających częstość powikłań ciąży i porodu, które mogą mieć charakter medyczny (schorzenia występujące przed ciążą i w trakcie ciąży, nałogi, przeszłość położnicza i ginekologiczna, schorzenia występujące w rodzinie) lub demograficzno-społeczny (wykształcenie, zawód, wykonywana praca, wiek matki, stan społeczno-ekonomiczny);
7. **Data początku ochrony** - data, w której rozpoczyna się odpowiedzialność Ubezpieczyciela wobec Ubezpieczonego w danym Module;
8. **Deklaracja przystąpienia** - formularz Ubezpieczyciela, zawierający zgodę Ubezpieczonego na objęcie go ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w SWU i Umowie;
9. **Dziecko** - dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przez niego przysposobione, które w dniu przystąpienia do ubezpieczenia ukończyło 31 dzień życia i nie ukończyło 18 roku życia, a w przypadku uczęszczania do szkoły [w rozumieniu art. 2 pkt. 2) ustawy z dnia 7 września 1991 roku o systemie oświaty (Dz.U.2004.256.2572 ze zm.), oraz do szkoły wyższej w rozumieniu ustawy z dnia 27 lipca 2005 roku Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U.2005.164.1365 ze zm.)], nie ukończyło 25 lat;
10. **Klient** - osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Ubezpieczającym umowę o świadczenie usług medycznych;
11. **Lekarz/lekarz specjalista** - osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami polskiego prawa oraz posiadająca odpowiednie kwalifikacje zawodowe;
12. **Nieszczęśliwy wypadek** - nagle zdarzenie będące następstwem ekspozycji na fizyczne czynniki zewnętrzne, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, skutkujące obrażeniami ciała lub śmiercią. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Chorób występujących w sposób nagły;
13. **Okres karencji** - okres, w którym odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zajścia zdarzeń ubezpieczeniowych jest czasowo wyłączona lub ograniczona;
14. **Okres ubezpieczenia** - 12 miesięczny okres obowiązywania Umowy;
15. **Okres ochrony** - 12 miesięczny okres w którym udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego, z tym że Okres ochrony rozpoczyna się po upływie Okresu karencji a kończy się zawsze z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia umowy;
16. **Operacja planowa** - zabieg medyczny, połączony z przecięciem tkanek, wykonany w wyznaczonym terminie, którego odroczenie nie stwarza dającego się przewidzieć zagrożenia ciężkim pogorszeniem stanu zdrowia, uzasadniony Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą, przeprowadzony przez Lekarza w Szpitalu wskazanym przez Ubezpieczyciela. Zakres operacji planowych określa załącznik do Umowy - „Wykaz Operacji planowych i Świadczeń towarzyszących”;
17. **Operator** - podmiot koordynujący w imieniu Ubezpieczyciela udzielanie Operacji planowych oraz Świadczeń towarzyszących;
18. **Partner życiowy** - osoba prowadząca z Ubezpieczonym Głównym wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, niezłączona pokrewieństwem ani stosunkiem prawnym takim jak przysposobienie lub powinowactwo;
19. **Polisa** - dokument potwierdzający zawarcie Umowy;
20. **Poważne zachorowania** - Choroby lub stany chorobowe określone w załączniku do Umowy „Wykaz Poważnych zachorowań”;
21. **Pracownik** - osoba fizyczna zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub innej umowy, której przedmiotem jest świadczenie pracy a także osoba fizyczna będąca członkiem jednostki organizacyjnej będącej Klientem Ubezpieczającego;

Kod: SWU/G/002/2013

22. **Rabat** - wskazana w Umowie zniżka procentowa lub kwotowa od ustalonej w Placówce medycznej aktualnej ceny Świadczenia ambulatoryjnego;
23. **Rocznicą** - dzień w każdym roku obowiązywania Umowy, odpowiadający dacie początku obowiązywania Umowy;
24. **Składka** - kwota należna Ubezpieczycielowi od Ubezpieczającego z tytułu Umowy, której wysokość i termin płatności określony jest w Umowie;
25. **Sporty wysokiego ryzyka** - wszelkie sporty lotnicze, motolotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo oraz pilotowanie jakichkolwiek samolotów silnikowych, baloniarstwo, wszelkie odmiany skoków spadochronowych, skoki na linie, kolarstwo górskie, sporty motorowe i motorowodne, jazda na skuterach wodnych, kitesurfing, alpinizm, wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa, speleologia, taternictwo jaskiniowe, skoki narciarskie, snowboard oraz narciarstwo z wyjątkiem uprawianych rekreacyjnie na wyznaczonych trasach, bobsleje, rafting i inne sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, sporty walki, myślistwo oraz jazda konna;
26. **Suma Ubezpieczenia** - określona w Umowie kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela wobec Ubezpieczonego;
27. **Szpital** - szpital działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w rozumieniu Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011/112/654 z późn. zm.);
28. **Świadczenia towarzyszące** - świadczenia związane z pobytem i wyżywieniem Ubezpieczonego w Szpitalu podczas realizacji świadczeń medycznych określonych w Umowie, oraz transportem medycznym w zakresie określonym Umową;
29. **Świadczeniodawca** - Placówka medyczna lub Szpital, współpracujące z Ubezpieczycielem lub Operatorem w zakresie udzielania Świadczeń ambulatoryjnych lub Operacji planowych i Świadczeń towarzyszących;
30. **Typ ubezpieczenia** - ubezpieczenie zdrowotne dostępne jest w Typach: Typ Indywidualny, Typ Rodzinny;
31. **Typ Indywidualny** - Typ ubezpieczenia, w ramach którego ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony Główny;
32. **Typ Rodzinny** - Typ ubezpieczenia, w ramach którego ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony Główny, Współmałżonek/Partner życiowy oraz Dzieci;
33. **Ubezpieczający** - LUX MED Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, adres: ul. Postępu 21C, (02-676) Warszawa, wprowadzony po numerem KRS 0000265353 do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, NIP 5272523080, REGON 140723603;
34. **Ubezpieczony Główny** - osoba fizyczna, będąca Pracownikiem Klienta, na rachunek której zawarto Umowę, zamieszkała na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, która w dniu zawarcia Umowy ukończyła 18 lat i nie ukończyła 64 lat;
35. **Ubezpieczony** - Ubezpieczony Główny lub Współubebezpieczony. Jeżeli OWU posługują się terminem Ubezpieczony oznacza to, że dane postanowienie SWU stosuje się zarówno do Ubezpieczonego Głównego jak i do Współubebezpieczonego;
36. **Udział własny** - kwotowy lub procentowy udział Ubezpieczonego w świadczeniu ubezpieczeniowym, zgodnie z Umową;
37. **Umowa ubezpieczenia (Umowa)** - Umowa ubezpieczenia grupowego zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych SWU;
38. **Uposażony** - osoba wskazana przez Ubezpieczonego uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
39. **Uprawniony** - osoba uprawniona zgodnie z Umową do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego;
40. **Wariant ubezpieczenia** - zakres ochrony ubezpieczeniowej, dostępny w poszczególnych Modułach i Typach ubezpieczenia;
41. **Wiek Ubezpieczonego** - liczba ukończonych pełnych lat Ubezpieczonego w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia;
42. **Wniosek ubezpieczeniowy** - formularz Ubezpieczyciela, na którym Ubezpieczający wnioskuję o zawarcie Umowy;
43. **Współubebezpieczony** - osoba fizyczna (Partner życiowy, Współmałżonek i/lub Dziecko) wskazana przez Ubezpieczonego Głównego, w ramach Typu Rodzinnego, na rachunek której zawarto Umowę, zamieszkała na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, która w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia ukończyła 18 lat i nie przekroczyła 64 lat a w przypadku Dziecka nie przekroczyła 25 lat;
44. **Wyczynowe uprawianie sportu** - za wyczynowe uprawianie sportu uważa się: uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych, polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach i zawodach sportowych, jak również uprawianie dyscyplin sportowych w celach zarobkowych oraz uczestniczenie w wyprawach lub ekspedycjach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi;
45. **„Wykaz Operacji planowych i Świadczeń towarzyszących”** - wykaz Operacji planowych i Świadczeń towarzyszących, objętych zakresem ubezpieczenia zgodnie z Umową;
46. **„Wykaz Poważnych zachorowań”** - wykaz Chorób i stanów chorobowych których wystąpienie objęte jest zakresem ubezpieczenia zgodnie z Umową;
47. **Zdarzenie ubezpieczeniowe:**
 - a) w Module Szpitalnym - wystąpienie i zgłoszenie w Okresie ochrony uzasadnionej medycznie konieczności wykonania Operacji planowej, potwierdzonej skierowaniem wystawionym przez Lekarza albo pobyt w Szpitalu związany z porodem;
 - b) w Module Poważne Zachorowania - wystąpienie Poważnego zachorowania w Okresie ochrony;
 - c) w Module Następstw Nieszczęśliwego wypadku - śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ochrony.

III. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. W ramach ubezpieczenia dostępne są następujące Moduły ubezpieczenia:
 - a) Moduł Szpitalny;
 - b) Moduł Poważne Zachorowania;
 - c) Moduł Następstw Nieszczęśliwych Wypadków (NNW).
3. Zakres ubezpieczenia, w tym Moduły Ubezpieczenia określa Umowa.

III.1. MODUŁ SZPITALNY

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje pokrycie kosztów Operacji planowych i Świadczeń towarzyszących udzielonych Ubezpieczonemu, określonych w załączniku do Umowy „Wykaz Operacji planowych i Świadczeń towarzyszących”, będących następstwem Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, z wyłączeniem Chorób uprzednio istniejących.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w Module Szpitalnym jest ograniczona do wysokości Sumy Ubezpieczenia określonej w Umowie dla wszystkich Operacji planowych i Świadczeń towarzyszących w Okresie ochrony oraz do wysokości Sumy Ubezpieczenia określonej w „Wykazie Operacji planowych i Świadczeń towarzyszących” dla poszczególnych Operacji planowych.
3. Suma Ubezpieczenia stanowi maksymalną kwotę, do której Ubezpieczyciel pokryje koszty Operacji planowych oraz Świadczeń towarzyszących, z zastrzeżeniem, że wysokość świadczenia z tytułu Świadczeń towarzyszących związanych z jednorazowym pobytem w Szpitalu nie może przekroczyć kosztów pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu przez okres dłuższy niż 30 dni.
4. Operacja planowa i Świadczenia towarzyszące udzielane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
5. Operacja planowa i Świadczenia towarzyszące nie obejmują świadczeń zdrowotnych udzielanych w celu ratowania życia zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2006.191.1410 ze zm.).
6. Moduł Szpitalny oferowany jest osobom, które ukończyły 31 dzień życia i nie ukończyły 64 lat.
7. Zakres Operacji planowych i Świadczeń towarzyszących jest uzależniony od wybranego Wariantu ubezpieczenia.
8. W Module szpitalnym odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się po upływie Okresu karencji, wynoszącego 3 miesiące. Okres karencji dla świadczeń związanych z ciążą i porodem wynosi 12 miesięcy. Okres karencji liczony jest od pierwszego dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
9. Okres karencji nie obowiązuje, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe jest wynikiem Nieszczęśliwego wypadku, który zaistniał w Okresie ochrony.
10. W przypadku Chorób uprzednio istniejących, Ubezpieczyciel odpowiada za Zdarzenia ubezpieczeniowe będące ich wynikiem, po upływie 36 miesięcznej, nieprzerwanej ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego, pod warunkiem pisemnego podania tych Chorób do wiadomości Ubezpieczyciela przed przystąpieniem do ubezpieczenia.
11. Kontynuacja leczenia w nowym Okresie ochrony nie jest traktowana jako nowe Zdarzenie ubezpieczeniowe.

III.2. MODUŁ POWAŻNE ZACHOROWANIA

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego w Okresie ochrony pierwszego i jednego Poważnego zachorowania wskazanego w „Wykazie Poważnych zachorowań”.
2. Moduł Poważne Zachorowania zapewnia ochronę ubezpieczeniową na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.
3. Zakres ochrony jest uzależniony od wybranego Wariantu ubezpieczenia. Ubezpieczenie jest oferowane wyłącznie osobom, które ukończyły 18 rok życia i nie ukończyły 64 lat.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe stanowi aktualna na dzień wystąpienia Poważnego zachorowania Suma Ubezpieczenia.
5. Za dzień wystąpienia Poważnego zachorowania uznaje się:
 - a) dzień postawienia przez Lekarza ostatecznej diagnozy potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z warunkami wskazanymi w opisie Choroby, znajdującym się w „Wykazie Poważnych zachorowań” - w przypadku raka, zawału serca, udaru, łagodnego guza mózgu, utraty kończyn, śpiączki, stwardnienia rozsianego, oparzenia trzeciego stopnia, ślepoty, utraty słuchu, niewydolności nerek, paraliżu, utraty mowy;
 - b) dzień zabiegu operacyjnego - w przypadku zabiegu chirurgicznego polegającego na operacyjnym leczeniu choroby wieńcowej (by-pass), operacji zastawki serca, operacji aorty, przeszczepu głównych organów.

III.3. MODUŁ NNW

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w Okresie ochrony w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
2. Moduł NNW zapewnia ochronę ubezpieczeniową na całym świecie, przez 24 godziny na dobę.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie osobie uprawnionej po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowo skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe stanowi wypłata kwoty w wysokości określonej w Umowie, aktualnej na dzień śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Sumy Ubezpieczenia.

IV. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa zawierana jest na okres 1 roku (Okres ubezpieczenia).
2. Umowa zawierana jest na podstawie Wniosku ubezpieczeniowego, wraz z dołączonymi do niego wymaganymi dokumentami.
3. Jeżeli Wniosek ubezpieczeniowy nie zawiera wszystkich wymaganych danych lub nie zostały do Wniosku załączone wszystkie wymagane dokumenty, Ubezpieczający uzupełni Wniosek w zakresie i terminie wskazanym przez Ubezpieczyciela.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie uzupełni braków we wskazanym terminie, nie dochodzi do zawarcia Umowy ubezpieczenia.
5. Warunkiem objęcia Ubezpieczonego Ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy jest dostarczenie przez Ubezpieczającego prawidłowo wypełnionych i kompletnych Deklaracji.
6. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie Umowy lub objęcie poszczególnych Pracowników ochroną ubezpieczeniową od uzyskania dodatkowych informacji mających wpływ na ocenę ryzyka, o czym informuje Ubezpieczającego.
7. Ubezpieczyciel może skierować Pracowników na dodatkowe badania medyczne w celu dokonania oceny ryzyka. Koszty tych badań ponosi Ubezpieczyciel.
8. Umowa na podstawie niniejszych OWU może zostać zawarta, jeżeli ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy zostanie objętych co najmniej 10 Ubezpieczonych Głównych.
9. Ubezpieczyciel na podstawie dokonanej oceny ryzyka ubezpieczeniowego może odmówić zawarcia Umowy albo uzależnić jej zawarcie od wprowadzenia do Umowy postanowień odmiennych lub dodatkowych w stosunku do niniejszych OWU.
10. Ubezpieczyciel potwierdza zawarcie Umowy Polisą.
11. Treść Umowy stanowią dane zawarte we Wniosku, w Polisie oraz w każdym innym dokumencie złożonym Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, który został zaakceptowany przez Ubezpieczyciela, jako część Umowy, w tym w szczególności wszystkie oświadczenia dotyczące stanu zdrowia składane przez Ubezpieczonego.
12. Jeżeli w odpowiedzi na złożony przez Ubezpieczającego Wniosek, Ubezpieczyciel doręczy Ubezpieczającemu Polisę zawierającą postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego Wniosku, Ubezpieczyciel będzie obowiązany zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu Polisy, wyznaczając mu co najmniej 7 dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku, zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne a Umowa jest zawarta zgodnie z warunkami Wniosku.
13. W przypadku opisanym w ust. 12, przy braku sprzeciwu, Umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią Polisy następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
14. Postanowień ust. 12 i 13 nie stosuje się jeżeli Umowa zostanie zawarta w drodze negocjacji.
15. Jeżeli żadna ze stron nie później niż na 30 dni przed Rocznicą nie złoży drugiej stronie pisemnego Oświadczenia o rezygnacji z przedłużenia Umowy, wówczas zostaje ona automatycznie przedłużona na dotychczasowych warunkach na kolejny Okres ubezpieczenia, bez konieczności składania nowego Wniosku ubezpieczeniowego przez Ubezpieczającego oraz nowych Deklaracji przystąpienia przez Ubezpieczonych.

V. SKŁADKA

1. Składka obliczana jest za czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu za jaki została zapłacona Składka, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
2. Wysokość Składki jest ustalana na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zawarcia Umowy i jest uzależniona od zakresu ubezpieczenia, przedziału wiekowego, liczby osób zgłoszonych do ubezpieczenia oraz oceny ryzyka.
3. Składka może być opłacona:
 - a) jednorazowo;
 - b) w ratach: miesięcznych, kwartalnych, półrocznych.
4. Składka jest płatna z góry (chyba, że strony umówiły się inaczej), w wysokości i terminach wskazanych w Umowie.
5. Płatność Składki następuje przelewem na wskazany w Umowie rachunek bankowy Ubezpieczyciela.
6. Za dzień opłacenia Składki uznaje się dzień uznania rachunku Ubezpieczyciela całą należną kwotą Składki.
7. W przypadku, gdy wpłacona kwota jest niższa od należnej Składki, Składkę uważa się za niezapłaconą.
8. W przypadku powstania zaległości w opłacaniu Składek, dokonane wpłaty w pierwszej kolejności są przekazywane na pokrycie wcześniej nieuregulowanych płatności.
9. Jeżeli Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem Składki lub jej pierwszej raty a Składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty Składki za okres przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia Umowy wygasa ona z końcem okresu za który przypadła niezapłacona Składka.
10. W razie opłacania Składki w ratach i nieopłaceniu kolejnej raty Składki, Ubezpieczyciel może wezwać Ubezpieczającego do zapłaty raty Składki w dodatkowym terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania, pod rygorem wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w przypadku braku zapłaty raty Składki w dodatkowym terminie.
11. W wezwaniu Ubezpieczyciel poda do wiadomości Ubezpieczającego skutki niezapłacenia Składki.
12. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłacenia Składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
13. W przypadku automatycznego odnowienia Umowy na kolejny Okres ubezpieczenia, Ubezpieczający obowiązany jest do opłacenia Składki lub jej pierwszej raty do dnia rozpoczęcia kolejnego Okresu ubezpieczenia, chyba że Umowa stanowi inaczej.
14. Ubezpieczyciel zastrzega sobie możliwość zmiany wysokości Składki na kolejny Okres ubezpieczenia o wskaźnik indeksacji określony w Umowie. Indeksacja Składki nie oznacza zmiany warunków Umowy.

VI. ZMIANY W UMOWIE UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający ma prawo do zmiany zakresu ubezpieczenia w każdą Rocznicę.
2. Ubezpieczyciel dokonuje zmiany zakresu ubezpieczenia na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, który powinien zostać doręczony Ubezpieczycielowi najpóźniej na 60 dni przed Rocznicą, z zastrzeżeniem ust. 4.
3. Zmiana zakresu ubezpieczenia jest skuteczna od najbliższej Rocznicy, pod warunkiem akceptacji ryzyka przez Ubezpieczyciela i opłaceniu przez Ubezpieczającego Składki ustalonej przez Ubezpieczyciela dla nowego zakresu ubezpieczenia. Ubezpieczyciel potwierdza zmianę zakresu ubezpieczenia aneksem do Umowy.
4. Za zgodą Ubezpieczyciela, zmiana zakresu ubezpieczenia może być dokonana także w innym terminie niż określony w ust. 1, pod warunkiem złożenia przez Ubezpieczającego odpowiedniego wniosku oraz opłacenia Składki w wysokości ustalonej przez Ubezpieczyciela dla nowego zakresu ubezpieczenia. Datę, od której zmiana jest skuteczna, określa aneks do Umowy.

VII. ROZPOCZĘCIE I WYGAŚNIĘCIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Data początku Okresu ochrony w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych z tytułu Modułu NNW, Poważnego zachorowania i Szpitalnego wskazana jest w Certyfikacie, z zastrzeżeniem Okresów karencji, jeżeli mają one zastosowanie.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się:
 - a) w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych z:
 - ostatnim dniem Okresu ubezpieczenia, jeżeli jedna ze stron Umowy złożyła oświadczenie o braku woli odnowienia Umowy na kolejny Okres ubezpieczenia;
 - dniem odstąpienia od Umowy przez Ubezpieczającego;
 - ostatnim dniem okresu wypowiedzenia Umowy, wskutek wypowiedzenia jej przez Ubezpieczającego;
 - ostatnim dniem okresu wypowiedzenia Umowy, z powodu wypowiedzenia jej przez Ubezpieczyciela w przypadku niezapłacenia przez Ubezpieczającego Składki lub pierwszej raty Składki;
 - ostatnim dniem upływu 7 dniowego terminu na zapłatę kolejnej raty Składki, jeżeli Ubezpieczyciel uprzednio wezwie Ubezpieczającego do zapłaty raty Składki, liczonego od dnia doręczenia wezwania Ubezpieczającemu.
 - b) w stosunku do danego Ubezpieczonego z:
 - dniem jego śmierci;
 - ostatnim dniem okresu, za który została zapłacona Składka lub rata Składki za danego Ubezpieczonego;
 - ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym złożony został wniosek przez Ubezpieczającego o wyłączenie Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej;
 - ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat a w przypadku Współubezpieczonego będącego Dzieckiem odpowiednio 18 lub 26 lat;
 - dniem wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania.

VIII. OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

VIII.A OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO WSZYSTKICH MODUŁÓW UBEZPIECZENIA

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje Zdarzeń ubezpieczeniowych, będących bezpośrednim lub pośrednim następstwem:

1. działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, wojny domowej, rewolucji, stanu wyjątkowego, cywilnego zamachu stanu, aktów terroryzmu, służby wojskowej, udziału w misjach wojskowych lub stabilizacyjnych, czynnego uczestnictwa Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach lub strajkach;
2. stosowania naukowo nieuznanych metod leczenia oraz medycyny niekonwencjonalnej, ludowej i orientalnej, stosowania leków niedopuszczonych do użytku w Polsce oraz ich następstw, jak również udziału Ubezpieczonego w eksperymentach medycznych oraz ich następstw;
3. transplantacji organów lub tkanek, komórek, hodowli komórkowych (pochodzenia naturalnego lub sztucznego), w tym także z wykorzystaniem autoprzeszczepu, wszczepianie implantów i urządzeń (chyba, że zakres ubezpieczenia stanowi inaczej);
4. wyczynowego uprawiania sportów lub uprawiania Sportów wysokiego ryzyka;
5. epidemii, stanów kłęski żywiołowej lub katastrof naturalnych ogłoszonych i potwierdzonych przez właściwe organy administracji państwowej;
6. działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego oraz czynników biologicznych i chemicznych w zakresie szkodliwym dla człowieka;
7. prowadzenia pojazdu przez Ubezpieczonego bez uprawnień lub prowadzenia pojazdu bez aktualnego badania technicznego, zgodnych z obowiązującymi przepisami lub prowadzenia pojazdu pod wpływem dobrowolnie spożytych:

- alkoholu, narkotyków albo innych środków odurzających, psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
8. usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, samookaleczenia, świadomego spowodowania rozstroju zdrowia, popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa lub wykroczenia;
 9. działania umyślnego lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego;
 10. pozostawania pod wpływem, nadużycia lub zatrucia dobrowolnie spożywanymi: alkoholem, narkotykami, innymi substancjami odurzającymi lub psychotropowymi, tytoniem, lekami stosowanymi niezgodnie z zaleceniem Lekarza;
 11. detoksykacji, zabiegów odwykowych oraz leczenia odwykowego;
 12. leczenia chorób psychicznych, zaburzeń lub innych zakłóceń czynności psychicznych, w tym choroby Alzheimera, i ich następstw.

VIII.B DODATKOWE WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA W POSZCZEGÓLNYCH MODUŁACH

VIII.B.1. MODUŁ SZPITALNY

1. Oprócz wyłączeń określonych w pkt. VIII A., odpowiedzialność Ubezpieczyciela w Module Szpitalnym nie obejmuje pokrywania kosztów Operacji planowych lub Świadczeń towarzyszących będących następstwem lub w zakresie:
 - a) diagnozowania i leczenia niepłodności oraz zabiegów związanych ze zmianą płci;
 - b) diagnozowania i leczenia oraz zabiegów lub operacji z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej oraz kosmetologii;
 - c) leczenia sanatoryjnego i uzdrowiskowego oraz pobytów rehabilitacyjnych i w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo-leczniczej lub leczniczo-pielęgniacyjnej, w której Ubezpieczony przebywa z przyczyn medycznych, rodzinnych lub społecznych;
 - d) zabiegów aborcji, Ciąży wysokiego ryzyka;
 - e) leczenia zakażenia wirusami HIV (AIDS), wirusami zapalenia wątroby oraz schorzeń będących następstwem ww. zakażeń;
 - f) Choroby uprzednio istniejącej;
 - g) będących wynikiem uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nie licencjonowanych linii lotniczych.
2. Jeśli udzielone Ubezpieczonemu przez Szpital świadczenia zdrowotne wykraczają ponad zakres konieczny z medycznego punktu widzenia, Ubezpieczyciel może odpowiednio zredukować świadczenie.
3. Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia ubezpieczeniowe wynikłe z:
 - a) błędów medycznych;
 - b) błędów z nienależycie prowadzonej przez Placówki medyczne oraz Szpitale dokumentacji medycznej.

VIII.B.2. MODUŁ POWAŻNE ZACHOROWANIA

Oprócz wyłączeń określonych w pkt. VIII A., odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje Poważnych zachorowań, które są następstwem:

- a) zakażenia wirusami HIV (AIDS), wirusami zapalenia wątroby oraz schorzeń będących następstwem w/w zakażeń;
- b) Choroby uprzednio istniejącej;
- c) uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nie licencjonowanych linii lotniczych.

VIII.B.3. MODUŁ NNW

Oprócz wyłączeń określonych w pkt. VIII A., odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje następstw Nieszczęśliwych wypadków, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek był wynikiem uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nie licencjonowanych linii lotniczych.

IX. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

IX.1. MODUŁ SZPITALNY

1. Operacje planowe i Świadczenie towarzyszące realizowane są w Szpitalach wskazanych przez Operatora.
2. Operacje planowe i Świadczenia towarzyszące są realizowane wyłącznie na podstawie skierowania od Lekarza Placówki medycznej.
3. Skierowanie nie może być wystawione wcześniej niż 30 dni przed datą zgłoszenia roszczenia przez Ubezpieczonego do Ubezpieczyciela.
4. Zgłoszenie roszczenia następuje za pośrednictwem Centrum Obsługi Klienta.
5. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Operacji planowej realizowane jest po przedłożeniu Ubezpieczycielowi wszystkich wymaganych dokumentów:
 - a) wniosku o realizację Operacji planowej złożonego na formularzu Ubezpieczyciela z załącznikami;
 - b) dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;

- c) skierowania Lekarza Placówki medycznej;
- d) dokumentacji medycznej, karty informacyjnej leczenia oraz wyników badań potwierdzających wskazanie do przeprowadzenia Operacji planowej.

IX.2. MODUŁ POWAŻNE ZACHOROWANIA

Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Poważnego zachorowania wypłacane jest po przedłożeniu Ubezpieczycielowi wszystkich wymaganych dokumentów:

1. wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego złożonego na formularzu Ubezpieczyciela wraz z załącznikami;
2. dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Ubezpieczonego;
3. w zależności od charakteru Poważnego zachorowania:
 - a) dokumentacji medycznej, karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub zaświadczenia prowadzącego leczenie Lekarza specjalisty i badań dodatkowych potwierdzających ostateczną diagnozę Poważnego zachorowania objętego ochroną ubezpieczeniową zgodnie z „Wykazem Poważnych zachorowań”;
 - b) wyników badania histopatologicznego dotyczącego Poważnego zachorowania (o ile dotyczy);
 - c) zaświadczenia ze stacji sanitarno-epidemiologicznej stwierdzającego, że w wyniku dochodzenia epidemiologicznego ustalono, że przyczyną zakażenia wirusem HIV było przetoczenie zarażonej krwi lub rutynowa procedura medyczna (o ile dotyczy).

IX.3. MODUŁ NNW

Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest po przedłożeniu przez Uprawnionego wszystkich wymaganych dokumentów:

- a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego złożonego na formularzu Ubezpieczyciela wraz z załącznikami;
- b) aktu zgonu Ubezpieczonego (odpis lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem);
- c) zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu (karta statystyczna zgonu lub diagnoza lekarska);
- d) wyniku sekcji zwłok, jeśli była przeprowadzona;
- e) dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości Uprawnionego;
- f) dokumentu potwierdzającego nabycie prawa do świadczenia w przypadku gdy Uprawniony nie został wskazany imiennie jako Uposażony;
- g) dokumentu potwierdzającego okoliczności Nieszczęśliwego wypadku i przyczynę śmierci Ubezpieczonego.

X. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

1. Ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie do 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być wypłacone w terminie 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie przewidzianym w pkt. 1 niniejszego Rozdziału.

XI. PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał we Wniosku albo przed zawarciem Umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczyciel zawarł Umowę mimo braku odpowiedzi Ubezpieczającego/Ubezpieczonego na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do:
 - a) opłacania Składki w wysokości i terminach określonych w Umowie;
 - b) powiadamiania Ubezpieczyciela niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni o każdej zmianie swojego adresu korespondencyjnego;
 - c) informowania Ubezpieczyciela o wszelkich zmianach danych osobowych Ubezpieczonych;
 - d) przekazania Ubezpieczonemu Certyfikatu;
 - e) poinformowania Ubezpieczonych o zmianie numeru Centrum Obsługi Klienta oraz Operatora oraz o zmianie Placówki medycznej w sytuacji, o której mowa w pkt.III.1. Moduł Ambulatoryjny, niezwłocznie po uzyskaniu tych informacji od Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczony jest zobowiązany do:
 - a) ścisłego przestrzegania zaleceń lekarskich;
 - b) informowania Ubezpieczyciela o wszelkich zmianach danych osobowych i adresowych; w przypadku kiedy Współubezpieczony nie jest pełnoletni obowiązek ten spoczywa na Ubezpieczonym Głównym lub Ubezpieczającym;
 - c) przestrzegania terminów wykonania świadczeń medycznych uzgodnionych ze Świadczeniodawcą;
 - d) powstrzymania się od wszelkich działań utrudniających lub uniemożliwiających udzielenie świadczenia medycznego przez Świadczeniodawcę.

XII. PRAWO UBEZPIECZONEGO DO WYZNACZANIA UPOSAŻONEGO W MODULE NNW

1. W Module NNW Ubezpieczony może wskazać Uposażonego. W trakcie trwania Umowy Ubezpieczony może zmieniać Uposażonych oraz procent ich udziału w świadczeniu, jeżeli wskazał więcej niż jednego Uposażonego.
2. W przypadku, gdy Uposażony zmarł przed Ubezpieczonym lub utracił prawo do świadczenia, jego prawo przejmują pozostali Uposażeni proporcjonalnie do przyznanego im procentowego udziału w świadczeniu.
3. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia osobie, która swoim umyślnym działaniem spowodowała lub przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego. W tym przypadku prawo do tej części świadczenia przechodzi na inne osoby uposażone proporcjonalnie do przyznanego im procentowego udziału w świadczeniu.
4. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych lub wskazani przez niego Uposażeni zmarli przed datą śmierci Ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, uprawnionymi do wypłaty świadczenia stają się:
 - a) małżonek, a w przypadku jego braku;
 - b) dzieci (w równych częściach), a w przypadku ich braku;
 - c) rodzice (w równych częściach), a w przypadku ich braku;
 - d) rodzeństwo (w równych częściach), a w przypadku ich braku;
 - e) inni spadkobiercy ustawowi w kolejności wynikającej z przepisów prawa, z wyłączeniem gminy i Skarbu Państwa.

XIII. PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

Ubezpieczyciel zobowiązany jest do:

- a) wystawienia Polisy i przekazania jej Ubezpieczającemu;
- b) wystawienia i przekazania Certyfikatów Ubezpieczającemu dla każdego Ubezpieczonego;
- c) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych Umową;
- d) poinformowania Ubezpieczającego o zmianie siedziby lub adresu korespondencyjnego;
- e) poinformowania Ubezpieczającego o zmianie numeru infolinii Centrum Obsługi Klienta oraz Operatora;

XIV. ROZWIĄZANIE I ODSTĄPIENIE OD UMOWY

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy.
2. Odstąpienie od Umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę w każdym czasie z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec Okresu ubezpieczenia.
4. Jeżeli Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem Składki lub jej pierwszej raty a Składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty Składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia Umowy wygasa ona z końcem okresu za który przypadała niezapłacona Składka.
5. W razie opłacania Składki w ratach, niezaplacenie w terminie kolejnej raty Składki może powodować ustanie odpowiedzialności Ubezpieczyciela w przypadku, gdy Ubezpieczyciel po upływie terminu wezwał Ubezpieczającego do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności.

XV. ZAWIADOMIENIA I OŚWIADCZENIA STRON

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez Strony w związku z Umową powinny być dokonywane na piśmie lub w innej formie uzgodnionej między Stronami.
2. Strony zobowiązują się niezwłocznie informować wzajemnie o zmianie ich siedziby (adresu).

XVI. REKLAMACJE

1. Reklamacje związane z zawarciem lub wykonaniem Umowy mogą być kierowane przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy do Ubezpieczyciela pisemnie, za pomocą poczty elektronicznej, poprzez formularz znajdujący się na stronie internetowej oraz telefonicznie na numer Centrum Obsługi Klienta. Reklamacja może być złożona osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela lub za pośrednictwem poczty lub posłańca.
2. Reklamacja powinna być kierowana do Dyrektora Oddziału.
3. Odpowiedź na reklamacje udzielana jest bez zbędnej zwłoki jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji w formie odpowiadającej zgłoszeniu reklamacji.
4. Jeżeli w terminie określonym powyżej wyjaśnienie wszystkich okoliczności niezbędnych do udzielenia odpowiedzi na reklamacje okazało się niemożliwe, odpowiedź udzielana jest w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, nie później jednak niż w terminie 90 dni od otrzymania reklamacji.
5. Reklamacja może być złożona również przez pełnomocnika.

XVII. WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU

Powództwo o roszczenia wynikające z Umów zawartych na podstawie SWU można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego Uposażonego lub Uprawnionego.

XVIII. CESJA PRAW Z UMOWY UBEZPIECZENIA

Roszczenia z tytułu świadczeń ubezpieczeniowych wynikających z Umowy nie mogą być przedmiotem cesji w rozumieniu przepisów art. 509 Kodeksu Cywilnego, ani zastawu w rozumieniu art. 327 Kodeksu Cywilnego.

XIX. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych SWU mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego, a w szczególności przepisy Kodeksu cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

SWU zostały zatwierdzone przez Dyrektora Generalnego i mają zastosowanie do Umów zawieranych od dnia 1 czerwca 2012r.

Anna Rulkiewicz



Dyrektor Generalny Oddziału