

Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie
Generali, z myślą o całym Twoim życiu



(KOD WLF_12.2021)

Obowiązujące od 17 grudnia 2021 roku

[generali.pl](https://www.generali.pl)



Spis treści

3	Skorowidz
4	Postanowienia ogólne
4	Definicje
4	Przedmiot i zakres ubezpieczenia
5	Zawarcie Umowy głównej
5	Ochrona ubezpieczeniowa
6	Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej
6	Składka
6	Skutki nieopłacenia pierwszej i kolejnej Składki
6	Zmiana częstotliwości opłacania Składek
6	Przekształcenie Umowy głównej w bezskładkową
6	Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej i Składki za Umowę główną
7	Indeksacja
7	Wskazanie osób Uposażonych
8	Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności
8	Skutki podania nieprawdziwych informacji
8	Świadczenie z tytułu Umowy głównej
8	Wyplata świadczenia
8	Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego
9	Prawa i obowiązki Towarzystwa
9	Reklamacje
10	Postanowienia końcowe
11	Załącznik nr 1 do OWU – Tabela limitów

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na życie
Generali, z myślą o całym Twoim życiu (kod WLF_OWU_12.2021) dalej „OWU”
z uwzględnieniem definicji z OWU (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWU	§ 4 ust. 1; § 24	§ 22; § 23

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE GENERALI, Z MYŚLĄ O CAŁYM TWOIM ŻYCIU (KOD WLF_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie Generali, z myślą o całym Twoim życiu (zwane dalej „OWU”) stanowią podstawę zawarcia Umowy ubezpieczenia.
2. Przez Umowę ubezpieczenia Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Postępu 15B (od 20 stycznia 2022 roku nowy adres siedziby to: ul. Senatorska 18, 00-082 Warszawa), zwana dalej „Towarzystwem”, zobowiązuje się spełnić określone w OWU świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie zdarzenia ubezpieczeniowego, a Ubezpieczający zobowiązuje się do opłacania Składek.
3. Tabela limitów – kod WLF_TOIL_12.2021 (zwana dalej „Tabelą”) stanowi załącznik nr 1 do OWU.

Definicje

§ 2

1. Użyte w Umowie ubezpieczenia, OWU oraz Dokumentie ubezpieczenia wymienione poniżej terminy oznaczają:
 - 1) **Dokument ubezpieczenia** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem oraz warunki tej umowy (polisa), a także każdy inny dokument potwierdzający zmianę warunków Umowy ubezpieczenia;
 - 2) **Miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego obowiązywania Umowy głównej (przy czym jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu kalendarzowym – w ostatnim dniu takiego miesiąca) i kończący się z upływem dnia poprzedzającego najbliższy Miesiąc polisy;
 - 3) **Płatnica polisy** – data wymagalności Składki, przypadająca na pierwszy dzień okresu, za który jest należna;
 - 4) **Rocznica polisy** – wskazana w Dokumentie ubezpieczenia każda rocznica dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej, przy czym jeżeli Rocznicą polisy przypada w dniu 29 lutego, a w danym roku nie ma takiego dnia, za Rocznicę polisy uznaje się ostatni dzień lutego w danym roku kalendarzowym;
 - 5) **Rok polisy** – roczny okres między kolejnymi Rocznicami polisy, pierwszy Rok polisy rozpoczyna się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej, a kończy z upływem dnia poprzedzającego najbliższą Rocznicę polisy;
 - 6) **Składka** – należna od Ubezpieczającego łączna kwota Składki za Umowę główną oraz Składek za Umowy dodatkowe, płatna w całym okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia, której wysokość i częstotliwość płatności określona jest w Dokumentie ubezpieczenia;
 - 7) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 8) **Składka za Umowę główną** – składka należna z tytułu Umowy głównej;
 - 9) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumentie ubezpieczenia, stanowiąca wysokość zobowiązania Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 10) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej** – kwota określona w Dokumentie ubezpieczenia, stanowiąca wysokość zobowiązania Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy głównej;
 - 11) **Ubezpieczający** – podmiot zawierający Umowę ubezpieczenia z Towarzystwem, zobowiązany do opłacania Składek;
 - 12) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
 - 13) **Umowa dodatkowa** – umowa zawarta na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, rozszerzająca zakres ochrony ubezpieczeniowej Umowy głównej;
 - 14) **Umowa główna** – umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU;
 - 15) **Umowa ubezpieczenia** – Umowa główna wraz z posiadanymi przez Ubezpieczającego Umowami dodatkowymi;
 - 16) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczającego za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego), uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego;
 - 17) **Uposażony zastępczy** – osoba wskazana przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczającego za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego), uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego, jeżeli wskazanie jedyne Uposażonego stało się bezskuteczne;
 - 18) **Uprawniony** – Uposażony lub Uposażony zastępczy, a w przypadku gdy nie został on wskazany lub został wskazany bezskutecznie, osoba wskazana w § 21 ust. 6;
 - 19) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy głównej, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy głównej, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy głównej do daty, w której Wiek jest obliczany;
 - 20) **Wniosek o zawarcie umowy** – formularz Towarzystwa, na którym Ubezpieczający składa ofertę zawarcia Umowy ubezpieczenia (zwany dalej „Wnioskiem”);
 - 21) **Wskaźnik indeksacji** – wskaźnik, o jaki Ubezpieczający ma prawo podwyższyć Sumę ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej i Umów dodatkowych oraz Składkę, ustalany przez Towarzystwo na podstawie wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych publikowanego przez Główny Urząd Statystyczny.

Definicje określone w ust. 1 należy rozumieć także w odpowiednim przypadku i liczbie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego, która wystąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
2. Przedmiot i zakres Umowy głównej może zostać rozszerzony o Umowy dodatkowe wskazane przez Ubezpieczającego:
 - 1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo

- 2) po upływie pierwszego Roku polisy, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
3. Zakres Umowy głównej zostaje rozszerzony o Umowy dodatkowe na podstawie i warunkach określonych w odrębnych ogólnych warunkach ubezpieczeń dodatkowych.

Zawarcie Umowy głównej

§ 5

Przed zawarciem Umowy głównej Towarzystwo doręcza Ubezpieczającemu warunki Umowy głównej, w tym treść OWU wraz z załącznikami oraz Skorowidzem. Jeżeli Towarzystwo posługuje się wzorcami umowy w postaci elektronicznej, doręcza wymienione w zdaniu poprzedzającym dokumenty w taki sposób, aby Ubezpieczający mógł je przechowywać i odtwarzać w zwykłym toku czynności.

§ 6

1. Umowa główna zawierana jest na czas nieokreślony.
2. Umowa główna może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
3. Umowa główna zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpiezonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpiezonego.
4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy głównej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpiezonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy głównej.
5. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę główną przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i 4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.

§ 7

1. Na podstawie dostarczonych informacji, określonych we Wniosku, Towarzystwo ma prawo:
 - 1) zawrzeć Umowę główną na warunkach określonych we Wniosku albo
 - 2) zaproponować zawarcie Umowy głównej na warunkach odmiennych od określonych we Wniosku albo
 - 3) odmówić zawarcia Umowy głównej.
2. Towarzystwo jest zobowiązane do podjęcia decyzji, o której mowa w ust. 1, nie później niż w terminie 60 dni od dnia otrzymania Wniosku.

§ 8

1. Umowę główną uważa się za zawartą z chwilą zaakceptowania przez Towarzystwo Wniosku. Towarzystwo wskazuje datę zawarcia Umowy głównej w Dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie Umowy głównej pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem oraz jej warunki.
2. Jeżeli w odpowiedzi na złożony Wniosek Towarzystwo doręcza Ubezpieczającemu Dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego we Wniosku oferty, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie, wyznaczając mu 14-dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu.
3. W przypadku braku sprzeciwu, Umowa główna dochodzi do skutku zgodnie z treścią Dokumentu ubezpieczenia, następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego na złożenie sprzeciwu.
4. Jeżeli Towarzystwo odmówi zawarcia Umowy głównej, poinformuje o tym Ubezpieczającego, podając przyczyny odmowy oraz zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 14 dni od dnia podjęcia decyzji o odmowie zawarcia Umowy głównej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 9

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej Składki, a wygasa we wcześniejszej z następujących dat:

- 1) w dniu rozwiązania Umowy głównej, o którym mowa w § 11 albo
- 2) w dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy głównej.

§ 10

1. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy głównej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu, w tym za pośrednictwem infolinii Towarzystwa, w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy głównej.
2. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy głównej Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy głównej, termin 30 dni, o którym mowa w ust. 1, biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
3. Odstąpienie od Umowy głównej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku odstąpienia od Umowy głównej Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu Składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminie 7 dni od dnia otrzymania oświadczenia o odstąpieniu.

§ 11

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia Umowy głównej w każdym czasie poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia w tym względzie.
2. Umowa główna ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach i odpowiednio wskazanej dacie:
 - 1) śmierci Ubezpiezonego – z upływem dnia, w którym nastąpiła śmierć Ubezpiezonego;
 - 2) wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczającego – z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy głównej;

- 3) nieopłacenia przez Ubezpieczającego Składki – w terminie i na zasadach określonych w § 15 ust. 2 – z upływem dnia, w którym upływa wyznaczony termin dodatkowy.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej

§ 12

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia aktualna na dzień zawarcia Umowy głównej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej wynosi 1 000 zł (jeden tysiąc złotych).
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).

Składka

§ 13

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia pierwszej Składki nie później niż w terminie 60 dni od dnia złożenia Wniosku.
2. Kolejne Składki mogą być opłacane z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną lub miesięczną i płatne są najpóźniej do pierwszego dnia okresu, za który są należne (data wymagalności Składki).
3. Pierwsza i każda kolejna Składka wpłacana jest na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo we Wniosku oraz Dokumencie ubezpieczenia.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany rachunku bankowego przeznaczonego do wpłat Składek, o czym poinformuje Ubezpieczającego.

§ 14

1. Wysokość Składki oraz jej częstotliwość i sposób opłacania określone są we Wniosku oraz potwierdzone w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka płatna jest do Rocznicy polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 85 lat.
3. Wysokość Składki za Umowę główną ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wzrostu Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.

Skutki nieopłacenia pierwszej i kolejnej Składki

§ 15

1. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci pierwszej Składki w terminie, o którym mowa w § 13 ust. 1, Umowę główną uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego.
2. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci kolejnej Składki w wymaganym terminie, po upływie 30 dni od daty jej wymagalności, Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o zaległości oraz wezwie go do zapłaty Składki regularnej w dodatkowym 30-dniowym terminie od dnia otrzymania wezwania. Towarzystwo poinformuje również o skutkach nieopłacenia Składki regularnej w tym terminie.
3. Skutkiem nieopłacenia Składki jest rozwiązanie Umowy głównej oraz zawartych Umów dodatkowych i wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej.

Zmiana częstotliwości opłacania Składek

§ 16

1. Ubezpieczający ma prawo do zmiany częstotliwości opłacania Składek w całym okresie obowiązywania Umowy.
2. Towarzystwo dokona zmian częstotliwości opłacania Składek na wniosek Ubezpieczającego pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 30 dni przed dniem, w którym zmiana jest możliwa do dokonania.

Przekształcenie Umowy głównej w bezskładkową

§ 17

1. Przekształcenie Umowy głównej w bezskładkową następuje automatycznie od Rocznicy polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 85 lat.
2. Po przekształceniu Umowy głównej w bezskładkową:
 - 1) Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej pozostaje w niezmienionej wysokości do końca trwania Umowy głównej;
 - 2) kontynuowana jest ochrona ubezpieczeniowa z tytułu posiadanych przez Ubezpieczającego Umów dodatkowych;
 - 3) kontynuowane jest opłacanie przez Ubezpieczającego Składek za posiadane przez Ubezpieczającego Umowy dodatkowe.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej i Składki za Umowę główną

§ 18

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
 - 1) podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej – po upływie pierwszego Roku polisy, z zastrzeżeniem ust. 3;
 - 2) obniżenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej – po upływie drugiego Roku polisy.
2. Ubezpieczający wnioskując o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej.
3. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej nie jest możliwe, w przypadku gdy:
 - 1) Ubezpieczony ukończył 71 roku życia;
 - 2) Umowa główna została przekształcona w bezskładkową.
4. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
5. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 4, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.

6. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę główną. Nowa wysokość Składki za Umowę główną obliczona jest zgodnie z § 14 ust. 3 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej.
7. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
8. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej w Rocznicę polisy jest równoznaczna z rezygnacją z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji, o której mowa w § 20.

§ 19

1. Po upływie pierwszego Roku polisy Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę główną. Nowa wysokość Składki za Umowę główną obliczona jest zgodnie z § 14 ust. 3 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę główną w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę główną w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej oraz Składka za Umowę główną nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 20

1. W każdą Rocznicę polisy Ubezpieczającemu przysługuje prawo do podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej oraz posiadanych Umów dodatkowych o Wskaźnik indeksacji zaproponowany przez Towarzystwo.
2. Minimalny Wskaźnik indeksacji określony został w Tabeli.
3. W przypadku, gdy indeksacja spowoduje przekroczenie maksymalnej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej, określonej w § 12 ust. 2, Towarzystwo zaproponuje Sumę ubezpieczenia na poziomie maksymalnej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej.
4. W przypadku, gdy indeksacja spowoduje przekroczenie maksymalnej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, określonej w ogólnych warunkach danego ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zaproponuje Sumę ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej na poziomie maksymalnej Sumy ubezpieczenia z tytułu danej Umowy dodatkowej.
5. Propozycja indeksacji przekazywana jest Ubezpieczającemu przez Towarzystwo najpóźniej na 30 dni przed każdą Rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Propozycja indeksacji nie jest przygotowywana:
 - 1) dla Umów dodatkowych, dla których zapisy ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego wyłączają możliwość indeksacji;
 - 2) w przypadku przejścia przez Towarzystwo opłacania Składek, na podstawie Umowy dodatkowej przejścia opłacania składek na wypadek Niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej;
 - 3) po ukończeniu przez Ubezpieczonego 71 roku życia.
7. Ubezpieczający może:
 - 1) skorzystać z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej oraz Sum ubezpieczenia z tytułu posiadanych Umów dodatkowych albo
 - 2) zrezygnować z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej oraz Sum ubezpieczenia z tytułu posiadanych Umów dodatkowych.
8. Indeksacja Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej powoduje podwyższenie Składki za Umowę główną. Nowa wysokość Składki za Umowę główną, obliczana jest zgodnie z § 14 ust. 3, i odpowiada zindeksowanej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej.
9. Indeksacja Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje podwyższenie Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia dodatkowego i odpowiada zindeksowanej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
10. W przypadku rezygnacji z indeksacji Ubezpieczający ma obowiązek poinformować o tym Towarzystwo najpóźniej do 7 dnia przed Rocznicą polisy. Brak zawiadomienia o rezygnacji z indeksacji traktowany jest jako wyrażenie na nią zgody.
11. Rezygnacja z indeksacji w danym Roku polisy nie pozbawia Ubezpieczającego prawa do indeksacji w kolejnych latach obowiązywania Umowy ubezpieczenia.

Wskazanie osób Uposażonych

§ 21

1. Ubezpieczający może wskazać jedną lub więcej osób Uposażonych do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.
2. Wskazanie Uposażonego możliwe jest wraz ze składaniem Wniosku ze skutkiem od dnia zawarcia Umowy głównej lub w trakcie jej trwania ze skutkiem od dnia otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia w tym względzie.
3. Jeżeli Umowa główna zawarta jest na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) do wykonania uprawnienia, o którym mowa w ust. 1, konieczna jest uprzednia zgoda Ubezpieczonego.
4. Jeżeli wskazano kilku Uposażonych, powinny zostać określone ich udziały procentowe w kwocie świadczenia.
5. Jeżeli udziały procentowe Uposażonych w kwocie świadczenia nie zostaną określone, przyjmuje się, że są one równe.
6. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, gdy nie został wskazany żaden Uposażony ani Uposażony zastępczy lub wskazanie jedyne Uposażonego oraz Uposażonego zastępczego okazało się bezskuteczne, świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
 - 1) małżonek;
 - 2) dzieci – w częściach równych;
 - 3) rodzice – w częściach równych;
 - 4) rodzeństwo – w częściach równych;

- 5) pozostałe osoby będące spadkobiercami ustawowymi Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy właściwej dla ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz Skarbu Państwa – w częściach równych.
7. Świadczenie może być wypłacone członkowi rodziny wymienionemu w dalszej kolejności wyłącznie wtedy, gdy żadna z osób wskazanych w punktach poprzedzających nie jest uprawniona do otrzymania świadczenia z powodu okoliczności wskazanych w ust. 8.
8. Wskazanie Uposażonego jest bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed Ubezpieczonym albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. W takim przypadku udział bezskutecznie wskazanego Uposażonego w kwocie świadczenia dolicza się proporcjonalnie do udziałów pozostałych Uposażonych. Uważa się, że osoba nie dożyła śmierci Ubezpieczonego także, gdy zmarła jednocześnie z nim.
9. Jeżeli wskazanie jedyne Uposażonego stało się bezskuteczne, prawo do świadczenia nabywa Uposażony zastępczy.
10. Postanowienia ust. 1-5 oraz ust. 8 stosuje się odpowiednio do Uposażonego zastępczego.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 22

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie dwóch lat od daty zawarcia Umowy głównej.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, termin, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, będzie liczony od daty jej podwyższenia, ale tylko dla kwoty, o którą Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej została podwyższona.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 23

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w § 6 ust. 3 i 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 6 ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy głównej, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy głównej podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.
3. Zapisy ust. 1 i 2 mają zastosowanie również w przypadku:
 - 1) rozszerzenia zakresu Umowy głównej o Umowy dodatkowe;
 - 2) podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej lub Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą ta suma ubezpieczenia została podwyższona.
 W takich przypadkach termin, wskazany w ust. 2, liczony jest odpowiednio od daty zawarcia Umowy dodatkowej albo od daty podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej lub Sumy Ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy głównej

§ 24

W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Uprawnionemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej.

Wypłata świadczenia

§ 25

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 3) kopię statystycznej karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci;
 - 4) w przypadku, o którym mowa w § 21 ust. 6, dokument potwierdzający bycie członkiem rodziny, a stosownym wykazaniem takiego stanu będą w szczególności: kopia aktu małżeństwa, kopia aktu urodzenia, kopia prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku, kopia notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczonego dokumentu na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
5. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4.

Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

§ 26

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki w wysokości i terminach określonych w Dokumencie ubezpieczenia lub innych pismach, w których Towarzystwo potwierdziło zmianę jej wysokości.
2. W razie zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego), Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Ubezpieczonemu, na piśmie lub jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę na innym trwałym nośniku:
 - 1) warunków Umowy ubezpieczenia, w tym treści OWU wraz z załącznikami, oraz Skorowidzem będących podstawą do zawarcia Umowy ubezpieczenia;

- 2) informacji o zmianie warunków Umowy ubezpieczenia, zmianie prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia;
- 3) informacji o zmianie sumy ubezpieczenia.
3. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 1, powinny być przekazane Ubezpieczonemu przed zawarciem Umowy ubezpieczenia.
4. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 2, powinny być przekazywane Ubezpieczonemu przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia.
5. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 3, powinny być przekazywane Ubezpieczonemu niezwłocznie po ich przekazaniu Ubezpieczającemu przez Towarzystwo.
6. Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia Towarzystwa o zmianach danych osobowych i teleadresowych Ubezpieczającego, Ubezpiezonego, Uposażonego i Uposażonego zastępczego.
7. Ubezpieczony może żądać od Towarzystwa udzielenia mu informacji o postanowieniach zawartej Umowy ubezpieczenia oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.

Prawa i obowiązki Towarzystwa

§ 27

Towarzystwo zobowiązane jest do:

- 1) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych Umową ubezpieczenia;
- 2) przekazywania Ubezpieczającemu informacji dotyczących zmian warunków Umowy ubezpieczenia lub zmiany prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia;
- 3) informowania Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu Umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia;
- 4) informowania Ubezpieczającego o zmianie Sumy ubezpieczenia;
- 5) informowania Ubezpieczającego lub Ubezpiezonego o zajściu zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną, jeżeli zdarzenie zostało zgłoszone do Towarzystwa, a Ubezpieczający ani Ubezpieczony nie są osobami występującymi z tym zgłoszeniem;
- 6) informowania osoby występującej z roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia zobowiązania Towarzystwa, jeżeli jest to niezbędne do prowadzenia dalszego postępowania;
- 7) informowania osoby występującej z roszczeniem o przyczynach niemożności jego zaspokojenia, w przypadku, gdy Towarzystwo nie wypłaci świadczenia w terminie określonym w § 25 ust. 4;
- 8) informowania osoby występującej z roszczeniem o przyczynie odmowy wypłaty świadczenia albo o przyczynie wypłaty świadczenia w innej wysokości niż określona w zgłoszeniu roszczenia wraz ze wskazaniem podstawy prawnej uzasadniającej całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
- 9) udostępniania Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz osobie występującej z roszczeniem informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia;
- 10) potwierdzania, na żądanie Ubezpieczającego oraz osoby występującej z roszczeniem, udostępnionych im informacji, a także sporządzania na ich koszt kopii dokumentów i potwierdzania ich za zgodność z oryginałem;
- 11) udzielania na wniosek Ubezpiezonego informacji o postanowieniach zawartej Umowy ubezpieczenia oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpiezonego.

Reklamacje

§ 28

1. Będący osobą fizyczną Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy ubezpieczenia do otrzymania świadczenia (zwany w tym paragrafie „Klient”) może składać w każdym czasie zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, w tym skargi i zażalenia (zwane dalej „Reklamacje”). Reklamacje mogą być składane również przez poszukującego ochrony ubezpieczeniowej lub zleceniodawcę gwarancji ubezpieczeniowej, jak również Ubezpieczających lub Ubezpieczonych, w tym będących osobami prawnymi lub spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej.
2. Reklamacje mogą być składane:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa, ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa (od 20 stycznia 2022 roku nowy adres siedziby to: ul. Senatorska 18, 00-082 Warszawa), lub jednostce obsługującej Klientów, albo przesyłane przesyłką pocztową;
 - 2) ustnie – telefonicznie pod numerem +48 913 913 913 albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w miejscu, o którym mowa w pkt 1 powyżej.
3. Reklamacja powinna zawierać dane Klienta umożliwiające jego identyfikację, numer polisy oraz zastrzeżenia zgłaszane przez Klienta.
4. Towarzystwo rozpatruje Reklamację niezwłocznie po jej otrzymaniu. Odpowiedź na Reklamację jest udzielana bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od chwili otrzymania Reklamacji, chyba że mają miejsce szczególnie skomplikowane okoliczności, uniemożliwiające rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w tym terminie. W takim przypadku Towarzystwo 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.
5. Odpowiedź na Reklamację jest udzielana w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika. Na wniosek Klienta odpowiedź na Reklamację może być dostarczona pocztą elektroniczną.
6. Spór między Klientem a Towarzystwem może być zakończony w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między Klientami a podmiotami rynku finansowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, przed Rzecznikiem Finansowym (www.rf.gov.pl).
7. Skargi i zażalenia składane przez inne podmioty, niż wymienione w ust. 1 lub w innej formie, niż określona w ust. 2, dotyczące działania lub zaniechania Towarzystwa związanego z zawarciem lub wykonaniem umowy ubezpieczenia, powinny zawierać dane i informacje, o których mowa w ust. 3. Skargi i zażalenia, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, są rozpatrywane w terminie 30 dni od ich otrzymania przez Towarzystwo, najpóźniej w terminie 14 dni od wyjaśnienia okoliczności niezbędnych do ich załatwienia. Towarzystwo informuje zainteresowanego o sposobie załatwienia skargi lub zażalenia niezwłocznie po ich rozpatrzeniu, w sposób uzgodniony z tą osobą. Do skarg i zażaleń składanych zgodnie z niniejszym ustępem nie mają zastosowania postanowienia ust. 4 i 5.

8. Niezależnie od powyższego Klient może składać skargi i zażalenia na działalność Towarzystwa do uprawnionych organów, np. Komisji Nadzoru Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną Klientów podmiotów rynku finansowego.
9. Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE (rozporządzenie w sprawie ODR w sporach konsumenckich), istnieje możliwość pozasądowego rozstrzygania sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z internetowych umów sprzedaży lub umów o świadczenie usług zawieranych między konsumentami mieszkającymi w Unii Europejskiej a przedsiębiorcami mającymi siedzibę w Unii Europejskiej. Rozstrzyganie ww. sporów odbywa się za pośrednictwem platformy ODR dostępnej pod następującym adresem: <https://webgate.ec.europa.eu/odr/main/?event=main.home.show&lng=PL>.
10. Adres poczty elektronicznej Towarzystwa: centrumklienta@generali.pl.
11. Podmioty określone w ust. 1, mogą składać zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych i agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające, wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń (zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej), w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową, w sposób ustalony przez te podmioty rynku finansowego.

Postanowienia końcowe

§ 29

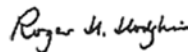
1. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Za zgodą stron Umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone do niej postanowienia dodatkowe lub odmienne od OWU.
3. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia dotyczące Umowy ubezpieczenia składane są przez Towarzystwo pisemnie albo w innej formie uzgodnionej z Ubezpieczającym.
4. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia dotyczące Umowy ubezpieczenia składane są przez Ubezpieczającego pisemnie albo w innej formie uzgodnionej z Towarzystwem, z wyłączeniem Reklamacji, o których mowa w § 28.
5. Strony Umowy ubezpieczenia są zobowiązane do informowania się o każdej zmianie danych teleadresowych wykorzystywanych do kontaktu pomiędzy stronami.
6. Towarzystwo udostępnia Ubezpieczającemu Konto Klienta na stronie generali.pl. Warunkiem korzystania z Konta Klienta jest akceptacja Regulaminu świadczenia usług drogą elektroniczną, który dostępny jest m.in. na stronie generali.pl w trakcie procesu rejestracji oraz po zalogowaniu się do Konta Klienta. Regulamin udostępniony jest nieodpłatnie w formie umożliwiającej jego pozyskanie, odtwarzanie, utrwalanie i drukowanie.
7. Opodatkowanie świadczeń Towarzystwa w przypadku osób fizycznych regulują przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych, a w przypadku osób prawnych oraz innych podatników podatku dochodowego od osób prawnych – przepisy ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych są wolne od podatku dochodowego, z wyjątkiem dochodu z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia w przypadku ubezpieczeń związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Kwoty otrzymane przez osoby prawne oraz innych podatników podatku dochodowego od osób prawnych z tytułu ubezpieczeń na życie stanowią ich przychód, brany pod uwagę przy obliczaniu dochodu podlegającego opodatkowaniu podatkiem dochodowym.
8. Powództwa o roszczenie z Umowy ubezpieczenia mogą zostać wytoczone albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, a także przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczającego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
9. Językiem obowiązującym w relacjach stron jest język polski.
10. Towarzystwo publikuje sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń na stronie generali.pl.
11. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.
12. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWU
TABELA LIMITÓW
(KOD WLF_ TOIL_12.2021)

Tabela limitów

Lp.	Rodzaj limitu	Aktualna wysokość
1.	Zniżki za częstotliwość opłacania Składek ¹⁾	
	Składka roczna	5%
	Składka półroczna	2%
	Składka kwartalna	1%
	Składka miesięczna	0%
2.	Minimalny Wskaźnik indeksacji	3%

¹⁾ Zniżki za częstotliwość nie obejmują Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi, w ramach którego prowadzone jest Indywidualne Konto Emerytalne oraz Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi, w ramach którego prowadzone jest Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego.

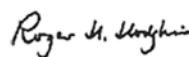
Niniejsza Tabela przyjęta została Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Dodatkowego
Terminowego ubezpieczenia na życie
(kod WLF_TRM_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 13	§ 15

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE (KOD WLF_TRM_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowego Terminowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o śmierć Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Dodatkowego Terminowego ubezpieczenia na życie;
- 2) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego, która wystąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
 - 1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
 - 2) po upływie pierwszego Roku polisy, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres ubezpieczenia wskazany przez Ubezpieczającego we Wniosku.
4. Minimalny okres ubezpieczenia wynosi 10 lat.
5. Maksymalny okres ubezpieczenia wynosi 40 lat, nie może on jednak trwać dłużej niż do dnia poprzedzającego Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 85 lat.
6. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne roczne okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem każdego okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
7. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy głównej;
 - 2) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 3) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 5 000 zł (pięć tysięcy złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wiek Ubezpieczonego,

z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.

2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki za Umowę główną i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
 - 1) podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy;
 - 2) obniżenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego Roku polisy.
2. Ubezpieczający wnioskując o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
7. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej w Rocznicę polisy jest równoznaczna z rezygnacją z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji, o której mowa w § 13.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 15 ust. 2 i 3 OWU.

§ 12

1. Po upływie pierwszego Roku polisy Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 20 OWU.

Wskazanie osób Uposażonych z tytułu Umowy dodatkowej

§ 14

1. Ubezpieczający może wskazać jedną lub więcej osób Uposażonych do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.
2. Wskazanie Uposażonego możliwe jest wraz ze składaniem Wniosku ze skutkiem od dnia zawarcia Umowy dodatkowej lub w trakcie trwania Umowy dodatkowej ze skutkiem od dnia otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia w tym względzie.
3. Jeżeli Umowa dodatkowa zawarta jest na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) do wykonania uprawnienia, o którym mowa w ust. 1, konieczna jest uprzednia zgoda Ubezpieczonego.
4. Jeżeli wskazano kilku Uposażonych, powinny zostać określone ich udziały procentowe w kwocie świadczenia.
5. Jeżeli udziały procentowe Uposażonych w kwocie świadczenia nie zostaną określone, przyjmuje się, że są one równe.
6. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, gdy nie został wskazany żaden Uposażony ani Uposażony zastępczy lub wskazanie jednego Uposażonego oraz Uposażonego zastępczego okazało się bezskuteczne, świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
 - 1) małżonek;
 - 2) dzieci – w częściach równych;
 - 3) rodzice – w częściach równych;
 - 4) rodzeństwo – w częściach równych;
 - 5) pozostałe osoby będące spadkobiercami ustawowymi Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy właściwej dla ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz Skarbu Państwa – w częściach równych.
7. Świadczenie może być wypłacone członkowi rodziny wymienionemu w dalszej kolejności wyłącznie wtedy, gdy żadna z osób wskazanych w punktach poprzedzających nie jest uprawniona do otrzymania świadczenia z powodu okoliczności wskazanych w ust. 8.
8. Wskazanie Uposażonego jest bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed Ubezpieczonym albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci.

W takim przypadku udział bezskutecznie wskazanego Uposażonego w kwocie świadczenia dolicza się proporcjonalnie do udziałów pozostałych Uposażonych. Uważa się, że osoba nie dożyła śmierci Ubezpieczonego także, gdy zmarła jednocześnie z nim.

9. Jeżeli wskazanie jedynego Uposażonego stało się bezskuteczne, prawo do świadczenia nabywa Uposażony zastępczy.
10. Postanowienia ust. 1-5 oraz ust. 8 stosuje się odpowiednio do Uposażonego zastępczego.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 15

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego była konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie 2 lat od daty zawarcia Umowy dodatkowej;
 - 3) okoliczności, o których mowa w § 23 OWU.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, termin, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, będzie liczony od daty jej podwyższenia, ale tylko dla kwoty, o którą Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej została podwyższona.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 16

W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Uprawnionemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu śmierci Ubezpieczonego.

Wypłata świadczenia

§ 17

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie dokumenty wskazane w § 25 ust. 1 OWU.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 25 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 25 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 18

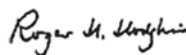
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
wypłaty renty w przypadku śmierci Ubezpieczonego
(kod WLF_PDB1_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 16 ust. 1 i 2	§ 14

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO WYPŁATY RENTY W PRZYPADKU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO (KOD WLF_PDB1_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego wypłaty renty w przypadku śmierci Ubezpieczonego (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ubezpieczenia jest rozszerzony o wypłatę renty w przypadku śmierci Ubezpieczonego.
2. Tabela opłat i limitów – kod WLF_PDB1_TOIL_12.2021 (zwana dalej „Tabelą”) stanowi załącznik nr 1 do niniejszych OWUD.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej wypłaty renty w przypadku śmierci Ubezpieczonego;
- 2) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości renty wypłacanej w przypadku śmierci Ubezpieczonego;
- 3) **Uposażony z tytułu Umowy dodatkowej** – osoba wskazana przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego), uprawniona do otrzymania świadczenia w formie renty w razie śmierci Ubezpieczonego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę renty w przypadku śmierci Ubezpieczonego, która wystąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
 - 1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
 - 2) po upływie pierwszego Roku polisy, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 76 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
5. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
6. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy głównej;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 100 lat;
 - 3) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 2.

- Minimalna wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 800 zł.

§ 9

- Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wiek Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
- Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki za Umowę główną i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana okresu wypłacania lub wysokości renty

§ 10

- Ubezpieczający może wnioskować o zmianę okresu wypłacania renty lub wysokości miesięcznej renty, z zastrzeżeniem limitów określonych przez Towarzystwo w Tabeli opłat i limitów stanowiącej załącznik nr 1 do OWUD.
- Ubezpieczający wnioskuje o zmianę okresu wypłacania renty lub wysokości miesięcznej renty poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na taką zmianę.
- Towarzystwo dokona zmian w Umowie dodatkowej na wniosek Ubezpieczającego, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
- Zmiana okresu wypłacania renty lub wysokości miesięcznej renty, o której mowa w ust. 1, powoduje zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1.
- Jeżeli zmiany, o których mowa w ust. 1, powodują podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
- Na podstawie informacji, o których mowa w ust. 5, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na zmianę okresu wypłacania renty lub wysokości miesięcznej renty, które skutkują podwyższeniem Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
- Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej w Rocznicę polisy jest równoznaczna z rezygnacją z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji, o której mowa w § 13.

§ 11

- Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
- Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
- W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 15 ust. 2 i 3 OWU.

§ 12

- Po upływie pierwszego Roku polisy Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
- Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 20 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli śmierć Ubezpieczonego była konsekwencją:
 - wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie 2 lat od daty zawarcia Umowy dodatkowej;
 - okoliczności, o których mowa w § 23 OWU.
- W przypadku zmiany okresu wypłacania lub wysokości renty powodujących podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, termin, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, będzie liczony od daty jej podwyższenia, ale tylko dla kwoty, o którą Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej została podwyższona.

Wskazanie Uposażonego z tytułu Umowy dodatkowej

§ 15

- Ubezpieczający może wskazać jedną osobę jako Uposażonego z tytułu Umowy dodatkowej do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.

2. Jeżeli Umowa zawarta jest na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) do wykonania uprawnienia, o którym mowa w ust. 1, konieczna jest uprzednia zgoda Ubezpieczonego.
3. Wskazanie dotyczące Uposażonego z tytułu Umowy dodatkowej może być w każdym czasie zmienione lub odwołane przez złożenie oświadczenia w Towarzystwie. Zmiana Uposażonego z tytułu Umowy dodatkowej następuje od daty otrzymania tego oświadczenia przez Towarzystwo.
4. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, gdy nie został wskazany Uposażony z tytułu Umowy dodatkowej lub wskazanie Uposażonego z tytułu Umowy dodatkowej okazało się bezskuteczne, świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
 - 1) małżonek;
 - 2) dzieci – w częściach równych;
 - 3) rodzice – w częściach równych;
 - 4) rodzeństwo – w częściach równych;
 - 5) pozostałe osoby będące spadkobiercami ustawowymi Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy właściwej dla ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz Skarbu Państwa – w częściach równych.
5. Świadczenie może być wypłacone członkowi rodziny wymienionemu w dalszej kolejności wyłącznie wtedy, gdy żadna z osób wskazanych w punktach poprzedzających nie dożyła śmierci Ubezpieczonego albo nie jest uprawniona do otrzymania świadczenia z powodu okoliczności wskazanych w ust. 6. Uważa się, że osoba nie dożyła śmierci Ubezpieczonego także, gdy zmarła jednocześnie z nim.
6. Wskazanie Uposażonego z tytułu Umowy dodatkowej jest bezskuteczne, jeżeli Uposażony ten zmarł przed Ubezpieczonym albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 16

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłacać będzie Uposażonemu z tytułu Umowy dodatkowej miesięczną rentę w wysokości wskazanej w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Renta, o której mowa w ust. 1, należy od miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, do końca wskazanego przez Ubezpieczającego okresu za jaki renta ma być wypłacana. Renta wypłacana jest w terminie do końca miesiąca, za który jest należna, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Uposażony z tytułu Umowy dodatkowej, po osiągnięciu przez niego 25 roku życia, może złożyć dyspozycję wypłaty świadczenia w formie jednorazowej.
4. Wypłata renty następuje zgodnie z dyspozycją osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia: przelewem na rachunek bankowy albo przekazem na adres pocztowy, z zastrzeżeniem, że w przypadku przekazu na adres pocztowy Towarzystwo pobiera za każdy taki przekaz opłatę w wysokości wskazanej w Tabeli.

Wypłata świadczenia

§ 17

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie dokumenty wskazane w § 25 ust. 1 OWU.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 25 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 25 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 18

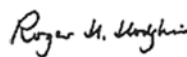
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWUD
TABELA OPŁAT I LIMITÓW
(KOD WLF_PDB1_TOIL_12.2021)

1. Tabela opłat

Lp.	Rodzaj opłaty	Aktualna wysokość
1)	Opłata operacyjna za przygotowanie i realizację przekazu pieniężnego (dotyczy wyłącznie wypłaty renty przekazem na adres pocztowy)	10 zł + 1% wartości przekazu / każdy przekaz

2. Tabela limitów

Lp.	Rodzaj limitu	Aktualna wysokość
1)	Minimalny okres wypłaty renty	3 lata
2)	Maksymalny okres wypłaty renty	25 lat
3)	Minimalna wysokość miesięcznej renty	300 zł

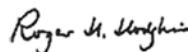
Tabela została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
(kod WLF_ADB_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 15	§ 14; § 15

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD WLF_ADB_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciżenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 2) **Przeciżenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 3) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
- 4) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
 - 1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
 - 2) po upływie pierwszego Roku polisy, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
5. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
6. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy głównej;
 - 2) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 3) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wynosi 1 000 000 zł (jeden milion złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wiek Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki za Umowę główną i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
 - 1) podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy;
 - 2) obniżenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego Roku polisy.
2. Ubezpieczający wnioskując o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o rodzaju wykonywanego zawodu.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy Ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
7. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej w Rocznicę polisy jest równoznaczna z rezygnacją z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji, o której mowa w § 13.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 15 ust. 2 i 3 OWU.

§ 12

1. Po upływie pierwszego Roku polisy Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 20 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, był konsekwencją:

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
- 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);

- 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
- 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- 8) okoliczności, o których mowa w § 23 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 15

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Uprawnionemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:

- 1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 3) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 210 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
- 4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonego a jego śmiercią.

Wypłata świadczenia

§ 16

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie dokumenty wskazane w § 25 ust. 1 OWU oraz kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2 powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 25 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 25 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 17

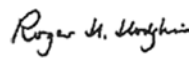
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego
(kod WLF_ATDBE_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 15	§ 14; § 15

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (KOD WLF_ATDBE_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążeń, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 2) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 3) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego;
- 4) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego wyniku Wypadku komunikacyjnego;
- 5) **Środek lokomocji** – pojazd silnikowy, którego konstrukcja umożliwia jazdę z prędkością przekraczającą 25 km/h, a także rower, pojazd szynowy, statek wodny rozumiany jako urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, w tym również prom, wodolot i poduszkowiec oraz statek powietrzny, rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania powietrza innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem quadów, balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów osobowych. Pojęcia „pojazd”, „rower”, „droga”, „pieszy” oraz „kierowca” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym;
- 6) **Wypadek komunikacyjny** – Nieszczęśliwy wypadek, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako kierowca lub pasażer Środka lokomocji lub jako pieszy albo kierujący rowerem i w którym Ubezpieczony uległ wypadkowi w związku z ruchem drogowym, wodnym lub powietrznym, a także w związku z ruchem pojazdu szynowego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
 - 1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
 - 2) po upływie pierwszego Roku polisy, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
5. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
6. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

- Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - rozwiązania Umowy głównej;
 - poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat;
 - odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
- Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

- Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
- Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).
- Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek śmierci w wyniku Wypadku komunikacyjnego wynosi 1 000 000 zł (jeden milion złotych).

§ 9

- Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wzrostu Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
- Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki za Umowę główną i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

- Ubezpieczający może wnioskować o:
 - podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy;
 - obniżenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego Roku polisy.
- Ubezpieczający wnioskując o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o rodzaju wykonywanego zawodu.
- Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
- Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy Ubezpieczenia, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
- Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej w Rocznicę polisy jest równoznaczna z rezygnacją z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji, o której mowa w § 13.

§ 11

- Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
- Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
- W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 15 ust. 2 i 3 OWU.

§ 12

- Po upływie pierwszego Roku polisy Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
- Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 20 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Wypadek komunikacyjny, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, był konsekwencją:

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
- 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
- 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, uśiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
- 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- 8) okoliczności, o których mowa w § 23 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 15

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego Towarzystwo wypłaci Uprawnionemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Wypadku komunikacyjnego, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:

- 1) Wypadek komunikacyjny, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego miała miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 3) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego nastąpiła w ciągu 210 dni od daty wystąpienia Wypadku komunikacyjnego;
- 4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Wypadkiem komunikacyjnym Ubezpieczonego a jego śmiercią.

Wypłata świadczenia

§ 16

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie dokumenty wskazane w § 23 ust. 1 OWU oraz kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Wypadku komunikacyjnego, jeżeli taki protokół był sporządzony.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 25 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 25 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 17

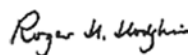
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu
(kod WLF_HDB_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 15	§ 14; § 15 ust. 2 i 3

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W WYNIKU ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU (KOD WLF_HDB_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o śmierć Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu;
- 2) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu;
- 3) **Udar mózgu powodujący śmierć** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych powodujące zaistnienie wszystkich wymienionych niżej okoliczności:
 - a. obecność nowych klinicznych objawów neurologicznych, odpowiadających udarowi mózgu;
 - b. utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
 - c. obecność nowych zmian, charakterystycznych dla udaru mózgu, w badaniach obrazowych (tomografii komputerowej, lub jądrowym rezonansie magnetycznym).

Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 24 godzin od wystąpienia objawów, wystarczające jest spełnienie kryteriów z pkt a i c lub potwierdzenie udaru mózgu w badaniu autopsyjnym.

Termin nie obejmuje:

- a. epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
- b. uszkodzenia mózgu spowodowanego zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
- 4) **Zawał serca powodujący śmierć** – martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - a. objawy kliniczne niedokrwienia serca;
 - b. zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe znamienne zmiany odcinka ST – załamek T (ST-T), patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa;
 - c. nowy ubytek żywnotego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych;
 - d. obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionego badaniem angiograficznym lub w autopsji.

Kryteria rozpoznania zawału serca są też spełnione w przypadku zgonu sercowego z przypuszczalnie nowymi zmianami niedokrwieniami w EKG lub nowym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa, przy czym zgon nastąpił przed oznaczeniem biomarkerów sercowych lub nim stężenie biomarkerów sercowych we krwi mogło się zwiększyć, lub gdy biomarkery sercowe nie były oznaczone.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego Zawału serca powodującego śmierć lub Udaru mózgu powodującego śmierć.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
 - 1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
 - 2) po upływie pierwszego Roku polisy, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
5. Umowa dodatkowa i ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
6. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy głównej;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat;
 - 3) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek śmierci w wyniku zawału serca lub udaru mózgu wynosi 1 000 000 zł (jeden milion złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wzrostu Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki za Umowę główną i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
 - 1) podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy;
 - 2) obniżenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego Roku polisy.
2. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
7. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej w Rocznicę polisy jest równoznaczna z rezygnacją z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji, o której mowa w § 13.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 15 ust. 2 i 3 OWU.

§ 12

1. Po upływie pierwszego Roku polisy Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 20 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli zawał serca albo udar mózgu, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, były konsekwencją:

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) samookaleczenia się Ubezpieczonego, usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
- 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, alkoholizmu Ubezpieczonego, pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem narkotyków lub substancji psychotropowych niezaleconych przez lekarza, środków odurzających lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
- 4) poddania się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
- 5) świadomego nieskorzystania przez Ubezpieczonego z porady lekarskiej, nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich;
- 6) okoliczności, o których mowa w § 23 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 15

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
2. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) zawał serca lub udar mózgu, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, miały miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) śmierć Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru nastąpiła przed upływem 90 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu;
 - 4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu Ubezpieczonego a jego śmiercią.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie pod warunkiem, że przedstawiona dokumentacja medyczna wskaże jako przyczynę śmierci zawał serca lub udar mózgu albo zostanie on potwierdzony badaniem sekcijnym.

Wypłata świadczenia

§ 16

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie dokumenty wskazane w § 25 ust. 1 OWU oraz kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie zawału serca lub udaru mózgu.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2 powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 25 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 25 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 17

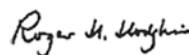
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
(kod WLF_ADISB1_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 15 ust. 1-3	§ 14; § 15 ust. 2, 4-6

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK TRWAŁEGO INWALIDZTWA UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD WLF_ADISB1_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 2) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 3) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
- 4) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
- 5) **Trwałe inwalidztwo** – całkowita fizyczna utrata kończyny górnej (ramię, przedramię, dłoń) lub kończyny dolnej (udo, podudzie, stopa) lub całkowita i trwała utrata władzy w obrębie tych organów bądź całkowita utrata: wzroku w obu oczach, wzroku w jednym oku, słuchu w obu uszach, słuchu w jednym uchu. Pod pojęciem Trwałego inwalidztwa rozumie się wyłącznie te rodzaje Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, które zostały wymienione w § 15 ust. 1.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
 - 1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
 - 2) po upływie pierwszego Roku polisy, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
5. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
6. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ubezpieczony nie może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej i z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (wariant I albo wariant II).
4. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy głównej;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat;
 - 3) wypłaty 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;

- 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
- 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek Trwałego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wynosi 1 000 000 zł (jeden milion złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wiek Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki za Umowę główną i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
 - 1) podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy;
 - 2) obniżenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego Roku polisy.
2. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o rodzaju wykonywanego zawodu.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy Ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
7. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej w Rocznicę polisy jest równoznaczna z rezygnacją z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji, o której mowa w § 13.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 15 ust. 2 i 3 OWU.

§ 12

1. Po upływie pierwszego Roku polisy Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 20 OWU

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, był konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;

- 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 3) spożycia alkoholu przez Ubezpieczonego (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, uśiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotnictwo, paralotnictwo, szybownictwo, motolotnictwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
 - 8) okoliczności, o których mowa w § 23 OWU.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Trwałe inwalidztwo powstało w związku z obrażeniami ciała doznanymi przed datą zawarcia Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 15

1. W przypadku Trwałego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu określony w tabeli nr 1 procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku:

Tabela nr 1

Lp.	Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata władzy nad poszczególnymi organami	% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
Kończyna górna:		
1)	a. w stawie barkowym	70%
	b. powyżej stanu łokciowego	65%
	c. poniżej stanu łokciowego	60%
	d. poniżej nadgarstka	55%
	e. kciuk	20%
	f. palec wskazujący	10%
	g. inny palec ręki	5%
Kończyna dolna:		
2)	a. w stawie biodrowym	70%
	b. powyżej stanu kolanowego	60%
	c. poniżej stanu kolanowego	50%
	d. stopa	40%
	e. stopa z wyłączeniem pięty	30%
	f. paluch	5%
	g. inny palec stopy	2%
Lp.	Całkowita utrata	% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
1)	wzrok w obu oczach	100%
2)	wzrok w jednym oku	50%
3)	słuch w obu uszach	60%
4)	słuch w jednym uchu	30%

2. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z Trwałym inwalidztwem Ubezpieczonego, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
- 1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego wystąpiło Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpiło w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) do powstania Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego doszło przed upływem 180 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a Trwałym inwalidztwem Ubezpieczonego.
3. Jeżeli Nieszczęśliwy wypadek spowodował fizyczną utratę więcej niż jednego organu lub utratę władzy nad więcej niż jednym organem spośród wymienionych w ust. 1, świadczenie wypłacane jest w wysokości sumy świadczeń należnych w związku z utratą poszczególnych organów, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5 i 6.

4. W przypadku wystąpienia Trwałego inwalidztwa w obrębie organu, który był uszkodzony przed zajściem Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci określony procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, obliczony jako różnica pomiędzy stopniem inwalidztwa po zajściu Nieszczęśliwego wypadku a stopniem inwalidztwa istniejącym przed tym wypadkiem.
5. Suma wypłaconych w trakcie trwania Umowy dodatkowej świadczeń w związku z Trwałym inwalidztwem nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku.
6. W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu Trwałego inwalidztwa przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
7. Oceny stopnia Trwałego inwalidztwa dokonuje się po zakończeniu leczenia i zalecanej przez lekarza rehabilitacji na podstawie dokumentacji, o której mowa w § 16 ust. 1 i 2 lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.

Wypłata świadczenia

§ 16

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię dokumentacji medycznej określającej rodzaj Trwałego inwalidztwa;
 - 3) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 25 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem w § 25 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 17

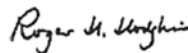
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego
w wyniku Nieszczęśliwego wypadku - wariant I
(kod WLF_ADISB6_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 15 ust. 1 i 3; Załącznik nr 1 do OWUD – Tabela uszczerbków na zdrowiu	§ 14; § 15 ust. 2, 3, 6-8

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU – WARIANT I (KOD WLF_ADISB6_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – wariant I (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o powstanie Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciżenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 2) **Przeciżenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 3) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – wariant I;
- 4) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
- 5) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej jego utracie lub upośledzeniu jego funkcji. Definicja obejmuje wyłącznie przypadki umieszczone w Tabeli uszczerbków na zdrowiu stanowiącej załącznik nr 1 do OWUD.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
 - 1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
 - 2) po upływie pierwszego Roku polisy, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 67 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
5. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
6. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona Ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.
4. Ubezpieczony nie może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej oraz z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – wariant II.
5. Ubezpieczony nie może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej oraz z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

- Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - rozwiązania Umowy głównej;
 - poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat;
 - odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
- Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

- Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
- Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).
- Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wynosi 200 000 zł (dwieście tysięcy złotych).

§ 9

- Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wzrostu Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
- Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki za Umowę główną i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 10

- Ubezpieczający może wnioskować o:
 - podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy;
 - obniżenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego Roku polisy.
- Ubezpieczający wnioskuje o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o rodzaju wykonywanego zawodu.
- Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
- Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
- Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej w Rocznicę polisy jest równoznaczna z rezygnacją z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji, o której mowa w § 13.

§ 11

- Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
- Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
- W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 15 ust. 2 i 3 OWU.

§ 12

- Po upływie pierwszego Roku polisy Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
- Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 20 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, był konsekwencją:

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
- 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
- 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, uśmierzania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
- 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- 8) okoliczności, o których mowa w § 23 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 15

1. W przypadku Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, ustalony zgodnie z Tabelą uszczerbków na zdrowiu stanowiącą załącznik nr 1 do OWUD.
2. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej przysługuje maksymalnie za 100% Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego jednym Nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) do powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego doszło przed upływem 180 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonego a Trwałym uszczerbkiem na jego zdrowiu.
4. Oceny stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w § 16 ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
5. Rodzaj wykonywanych przez Ubezpieczonego czynności i charakter jego pracy nie mają wpływu na ocenę stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
6. W przypadku powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym Nieszczęśliwym wypadkiem, a miało to wpływ na aktualny stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu, rodzaj i stopień (procent) Trwałego uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy, jako różnica upośledzenia danego narządu przed i po Nieszczęśliwym wypadku.
7. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia jak i pogorszenia, nie stanowi podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
8. W przypadku wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku powodującego Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczony zobowiązany jest starać się o złagodzenie skutków Nieszczęśliwego wypadku poprzez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu. Towarzystwo nie odpowiada za Trwały uszczerbek na zdrowiu będący konsekwencją braku działań, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

Wypłata świadczenia

§ 16

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię dokumentacji medycznej określającej rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
 - 3) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 25 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 25 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 17

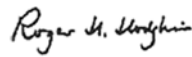
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego
w wyniku Nieszczęśliwego wypadku - wariant II
(kod WLF_ADISB3_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawnijające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 15 ust. 1, 2, 5; Załącznik nr 1 do OWUD – Tabela uszczerbków	§ 14; § 15 ust. 3-5, 8–10

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU – WARIANT II (KOD WLF_ADISB3_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – wariant II (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o powstanie Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciżenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 2) **Przeciżenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 3) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – wariant II;
- 4) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
- 5) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej jego utracie lub upośledzeniu jego funkcji. Definicja obejmuje wyłącznie przypadki umieszczone w Tabeli uszczerbków na zdrowiu stanowiącej załącznik nr 1 do OWUD.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
 - 1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
 - 2) po upływie pierwszego Roku polisy, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 67 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
5. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
6. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.
4. Ubezpieczony nie może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej oraz z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – wariant I.
5. Ubezpieczony nie może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej oraz z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy głównej;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat;
 - 3) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
 - 5) wypłaty świadczenia, w przypadku gdy ustalony procent Trwałego uszczerbku na zdrowiu osiągnie 100%;
 - 6) wypłaty świadczenia, w przypadku gdy suma ustalonych Trwałych uszczerbków na zdrowiu, jeżeli wystąpił więcej niż jeden rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu, osiągnie 100%.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wynosi 200 000 zł (dwieście tysięcy złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wiek Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki za Umowę główną i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
 - 1) podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy;
 - 2) obniżenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego Roku polisy.
2. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o rodzaju wykonywanego zawodu.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
7. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej w Rocznicę polisy jest równoznaczna z rezygnacją z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji, o której mowa w § 13.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 15 ust. 2 i 3 OWU.

§ 12

1. Po upływie pierwszego Roku polisy Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 20 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, był konsekwencją:

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
- 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
- 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, uśmierzania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
- 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- 8) okoliczności, o których mowa w § 23 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 15

1. W przypadku Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu określony procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku.
2. Procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej określany jest zgodnie z tabelą nr 1 w zależności od stopnia (procentu) tego uszczerbku ustalonego zgodnie z Tabelą uszczerbków na zdrowiu stanowiącą załącznik nr 1 do OWUD.

tabela nr 1

Stopień (procent) Trwałego uszczerbku na zdrowiu	% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za każdy 1% (stopień) Trwałego uszczerbku na zdrowiu
do 5% włącznie	1%
powyżej 5% do 20% (włącznie)	za każdy 1% do 5% (włącznie)
	1%
powyżej 20%	za każdy kolejny 1 stopień powyżej 5% do 20% (włącznie)
	2%
	za każdy 1% do 5% (włącznie)
powyżej 20%	1%
	za każdy kolejny 1 stopień powyżej 5% do 20% (włącznie)
	2%
	za każdy kolejny 1 stopień powyżej 20%
	3,5%

3. Stopień (procent) ustalonego Trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może przekroczyć 100%.
4. W przypadku gdy wystąpi więcej niż jeden rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu, suma ustalonych uszczerbków nie może przekroczyć 100%.
5. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) do powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego doszło przed upływem 180 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonego a Trwałym uszczerbkiem na jego zdrowiu.
6. Oceny stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w § 16 ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania

medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.

7. Rodzaj wykonywanych przez Ubezpieczonego czynności i charakter jego pracy nie mają wpływu na ocenę stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
8. W przypadku powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym Nieszczęśliwym wypadkiem, a miało to wpływ na aktualny stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu, rodzaj i stopień (procent) Trwałego uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy, jako różnica upośledzenia danego narządu przed i po Nieszczęśliwym wypadku.
9. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia jak i pogorszenia, nie stanowi podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
10. W przypadku wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku powodującego Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczony zobowiązany jest starać się o złagodzenie skutków Nieszczęśliwego wypadku poprzez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu. Towarzystwo nie odpowiada za Trwały uszczerbek na zdrowiu będący konsekwencją braku działań, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

Wypłata świadczenia

§ 16

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię dokumentacji medycznej określającej rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
 - 3) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 25 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 25 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 17

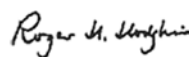
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Urazu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu
(kod WLF_ADISB3P_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawnijące do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 15 ust. 1 i 2	§ 14; § 15

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK URAZU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NIEPOWODUJĄCEGO TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU (KOD WLF_ADISB3P_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Urazu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Uraz niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego powstały w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 2) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 3) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Urazu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
- 4) **Skręcenie** – uraz polegający na przekroczeniu fizjologicznego zakresu ruchu w stawie. Na skutek skręcenia może dojść do uszkodzenia torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien;
- 5) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Urazu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego;
- 6) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej jego utracie lub upośledzeniu jego funkcji;
- 7) **Uraz w wyniku Nieszczęśliwego wypadku** – uraz powodujący Złamanie, Zwłknięcie lub Skręcenie i niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
- 8) **Złamanie** – spowodowane urazem przerwanie ciągłości tkanki kostnej, obejmujące cały jej przekrój, a także urazowe złuszczenie chrząstki nasadowej. W rozumieniu niniejszych OWUD Złamaniem nie jest przerwanie ciągłości tkanki kostnej związane z istniejącym wcześniej stanem chorobowym (tzw. złamanie patologiczne);
- 9) **Zwłknięcie** – spowodowane urazem uszkodzenie stawu, skutkujące przemieszczeniem powierzchni stawowych względem siebie, a w konsekwencji naciągnięcie lub naderwanie torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Uraz niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego powstały w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
 - 1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
 - 2) po upływie pierwszego Roku polisy, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 67 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
5. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
6. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

- Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - rozwiązania Umowy głównej;
 - poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat;
 - odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
- Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

- Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
- Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).
- Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek Urazu niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wynosi 100 000 zł (sto tysięcy złotych).

§ 9

- Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wzrostu Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
- Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki za Umowę główną i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

- Ubezpieczający może wnioskować o:
 - podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy;
 - obniżenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego Roku polisy.
- Ubezpieczający zgłasza o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o rodzaju wykonywanego zawodu.
- Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
- Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
- Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej w Rocznicę polisy jest równoznaczna z rezygnacją z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji, o której mowa w § 13.

§ 11

- Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
- Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
- W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 15 ust. 2 i 3 OWU.

§ 12

- Po upływie pierwszego Roku polisy Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
- Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 20 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek powodujący Uraz u Ubezpieczonego nastąpił wskutek:

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
- 3) spożycia alkoholu przez Ubezpieczonego (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
- 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, uśiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
- 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
- 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 7) obrażeń ciała Ubezpieczonego doznanych przed datą zawarcia Umowy dodatkowej;
- 8) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- 9) okoliczności, o których mowa w § 23 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 15

1. W przypadku Urazu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia ale nie więcej niż 1000 zł za jeden Uraz niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z Urazem w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującym Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpił Uraz Ubezpieczonego niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonego a powstałym u niego Urazem niepowodującym Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
3. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Urazu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego może wynieść maksymalnie kwotę odpowiadającą 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej ale nie więcej niż 100 000 zł (sto tysięcy złotych) w okresie jednego Roku polisy.

Wypłata świadczenia

§ 16

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie u Ubezpieczonego Urazu niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
 - 3) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 25 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 25 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 17

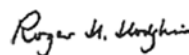
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego Assistance
(kod WLF_ASTV1_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 5 ust. 1; § 13	§ 5 ust. 2; § 12; § 14 ust. 4; § 15 ust. 1 i 4

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO ASSISTANCE (KOD WLF_ASTV1_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego Assistance (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmiennych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o usługi assistance dla Ubezpieczonego, Dziecka Ubezpieczonego oraz Współmałżonka Ubezpieczonego albo Partnera Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Centrum Pomocy Generali** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe czynne przez całą dobę, 365 dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej w zakresie usług pomocy medycznej (medycznego assistance) oraz niezwłocznie organizuje wykonanie wymaganej usługi (zwane dalej „Centrum Pomocy”). Numer telefonu Centrum Pomocy wskazany jest w Dokumencie ubezpieczenia;
- 2) **Drobny sprzęt medyczno-rehabilitacyjny** – sprzęt przenośny do indywidualnego użytku w Miejscu zamieszkania Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, nieemitujący fal elektromagnetycznych, promieniowania ciepłego i niezasilany prądem elektrycznym;
- 3) **Dziecko** – osoba pozostająca pod władzą rodzicielską Ubezpieczonego, która w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie przekroczyła 18 roku życia;
- 4) **Fizjoterapia poporodowa** – dziedzina rehabilitacji, zajmująca się dolegliwościami i powikłaniami wynikającymi ze zmian w organizmie kobiety, jakie zachodzą w czasie ciąży i po porodzie;
- 5) **Hospitalizacja** – leczenie w Szpitalu trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny, licząc od momentu przyjęcia do Szpitala;
- 6) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi dokumentami, do udzielania świadczeń medycznych, nie będąca członkiem najbliższej rodziny Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
- 7) **Lekarz konsultant Centrum Pomocy** – lekarz współpracujący z Centrum Pomocy (zwany dalej „Lekarz konsultant”);
- 8) **Lekarz prowadzący** – lekarz, pod opieką którego znajduje się Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
- 9) **Miejsce zamieszkania** – wskazany przez Ubezpieczonego we wniosku o zawarcie Umowy adres zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 10) **Nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, wymagający natychmiastowej pomocy medycznej;
- 11) **Opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną** – opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną, polegająca na zapewnieniu niezbędnych warunków bytowych;
- 12) **Osoba niesamodzielną** – osoba zamieszkująca w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego w momencie zajścia zdarzenia, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone wymaga stałej opieki i nie może samodzielnie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych;
- 13) **Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance** – Ubezpieczony, Dziecko Ubezpieczonego, Współmałżonek Ubezpieczonego albo Partner Ubezpieczonego;
- 14) **Osoba wskazana do opieki** – osoba zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazana przez Ubezpieczonego, w momencie zgłoszenia zdarzenia do Centrum Pomocy, do sprawowania opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną. Wskazanie osoby do opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad wyżej wymienionymi osobami;
- 15) **Partner** – osoba pozostająca w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe;
- 16) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej Assistance;
- 17) **Szpital** – działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej – na terenie krajów Unii Europejskiej lub krajów Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu – o ile wynika to z zakresu usług realizowanych na podstawie niniejszej Umowy dodatkowej. W rozumieniu niniejszej definicji Szpitalem nie jest dom opieki, hospicjum, ośrodek sanatoryjny, rehabilitacyjny lub wypoczynkowy ani jakakolwiek placówka, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
- 18) **Usługi medycznego assistance** – zorganizowanie przez Centrum Pomocy pomocy medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, o ile wynika to z zakresu usługi opisanego w OWUD, opieki nad ludźmi, a także świadczenie usług informacyjnych w związku z zajściem Nieszczęśliwego wypadku, Nagłego zachorowania lub innego zdarzenia uprawniającego do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
- 19) **Współmałżonek** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;
- 20) **Zwierzęta domowe** – stanowiący własność Ubezpieczonego kot należący do ras domowych lub pies, z wyłączeniem ras uznanych za agresywne zgodnie z powszechnie obowiązującymi w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przepisami prawa.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego, Dziecka oraz Współmałżonka albo Partnera.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Usługi medycznego assistance, wskazane w § 5, z których ma prawo skorzystać Ubezpieczony, Współmałżonek Ubezpieczonego albo Partner Ubezpieczonego oraz Dziecko Ubezpieczonego.

§ 5

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Usługi medycznego assistance:

1) usługi realizowane w przypadku Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:

- a. wizyta Lekarza – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty dojazdu oraz honorarium Lekarza za wizytę w miejscu pobytu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, bądź organizuje i pokrywa koszty takiej wizyty w placówce medycznej najbliższego miejsca pobytu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty za maksymalnie 4 wizyty w Roku polisy. W przypadku Nieszczęśliwego wypadku organizacja wizyty możliwa jest w okresie nie dłuższym niż 180 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
- b. wizyta pielęgniarki – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance oraz pokrywa jej honorarium, jeżeli Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance była Hospitalizowana przez okres dłuższy niż 3 dni. Opieka pielęgniarska obejmuje wykonanie niezbędnych zabiegów pielęgniarskich w okresie nie dłuższym niż 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez Lekarza prowadzącego;
- c. dostawa leków – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszt dostarczenia leków przepisanych przez Lekarza, do miejsca pobytu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, w sytuacji gdy stan zdrowia wymaga leżenia zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego;
- d. dostawa sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszt dostarczenia Drobного sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance w sytuacji, gdy stan zdrowia wymaga leżenia zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego;
- e. organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu Drobного sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego – jeżeli Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance, zgodnie ze wskazaniem Lekarza, powinna używać Drobного sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego w domu, Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty jego wypożyczenia lub zakupu, jeżeli nie jest możliwe jego wypożyczenie. Koszty wypożyczenia lub zakupu Drobного sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego wykraczające poza limit świadczenia, określony w tabeli nr 1, pokrywa Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
- f. transport medyczny – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance:
 - a) z Miejsca zamieszkania do, wyznaczonego przez Lekarza konsultanta, Szpitala;
 - b) ze Szpitala do Szpitala (jeżeli placówka medyczna, w której przebywa Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance, nie może zapewnić mu wymaganej opieki, bądź gdy skierowany on jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny);
 - c) ze Szpitala do Miejsca zamieszkania (jeżeli Hospitalizacja trwała dłużej niż 5 dni);
- g. pomoc domowa po Hospitalizacji – jeżeli Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance była Hospitalizowana dłużej niż 5 dni, Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty pomocy domowej (przygotowywanie posiłków, wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych, drobne zakupy, drobne porządki) po zakończeniu Hospitalizacji. Koszty zakupu wszelkich materiałów, środków spożywczych i usług ponosi Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance. Usługa świadczona jest w godzinach 8:00-16:00 w Miejscu zamieszkania;
- h. organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji – jeżeli Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance, zgodnie ze wskazaniem Lekarza, wymaga rehabilitacji, Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty serii wizyt specjalisty fizjoterapeuty, w tym specjalisty fizjoterapii sportowej, w Miejscu zamieszkania lub organizuje i pokrywa koszty transportu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance do poradni rehabilitacyjnej oraz serii wizyt w poradni rehabilitacyjnej;
- i. opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną – jeżeli Ubezpieczony jest Hospitalizowany, a w jego Miejscu zamieszkania bez opieki pozostaje Dziecko lub Osoba niesamodzielną, Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty tylko jednego ze świadczeń:
 - a) opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną przez okres Hospitalizacji – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego;
 - b) transport Ubezpieczonego lub Osoby niesamodzielną do Osoby wskazanej do opieki – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla Ubezpieczonego lub Osoby niesamodzielną z jego Miejsca zamieszkania do Miejsca zamieszkania Osoby wskazanej do opieki;
 - c) transport opiekuna do opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla opiekuna z jego Miejsca zamieszkania do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego;

2) usługa realizowana w przypadku Nieszczęśliwego wypadku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:

- a. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty dojazdu oraz honorarium za opiekę nad Zwierzętami domowymi jeżeli Ubezpieczony jest Hospitalizowany i z informacji otrzymanych od Lekarza prowadzącego wynika, iż okres ten będzie dłuższy niż 3 dni, a w miejscu jego zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej bez opieki pozostają Zwierzęta domowe. Centrum Pomocy zorganizuje świadczenie, do wyboru przez Ubezpieczonego:
 - a) opiekę nad Zwierzętami domowymi – zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki nad Zwierzętami domowymi w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego przez pierwsze 3 dni od Nieszczęśliwego wypadku polegającej na karmieniu (karmę zapewnia Ubezpieczony), wyprowadzaniu na spacer oraz utrzymaniu higieny psa lub kota lub transport do osoby wskazanej, lub transport do najbliższego schroniska dla zwierząt; opieka nie obejmuje leczenia weterynaryjnego;
 - b) transport Zwierząt domowych – zorganizowanie i pokrycie kosztów przewozu Zwierząt domowych do osoby wskazanej przez Ubezpieczonego lub do schroniska/hotelu dla zwierząt.

Warunkiem wykonania świadczenia jest dostarczenie przez Ubezpieczonego lub osobę wskazaną aktualnej książeczki szczepień zwierzęcia;

3) usługi realizowane w przypadku urodzenia się Dziecka Ubezpieczonego:

- a. wizyta położnej – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty dojazdu położnej do miejsca pobytu Ubezpieczonego i pokrywa koszty jej honorarium;
- b. rehabilitacja po porodzie – jeżeli Ubezpieczony na skutek porodu wymaga rehabilitacji, zgodnie ze wskazaniem Lekarza, Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty serii wizyt specjalisty fizjoterapeuty:
 - a) konsultacja fizjoterapeutyczna dla kobiet po porożu (po upływie 6 tygodni od porodu) obejmuje: ocenę mięśni dna miednicy po porodzie, ocenę mięśnia prostego brzucha, ocenę rozejścia spojenia łonowego, ocenę posturalną, instruktaż w zakresie reaktywacji poporodowej mięśni dna miednicy oraz mięśni prostych brzucha;
 - b) konsultacja fizjoterapeutyczna dla kobiet po cesarskim cięciu (3 tygodnie po porodzie) obejmuje: wczesną ocenę blizny, instruktaż wczesnej pielęgnacji i mobilizacji blizny, ocenę posturalną;

- 4) usługa realizowana w przypadku Hospitalizacji Dziecka na skutek jego Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty pobytu opiekuna Dziecka w szpitalu lub hotelu przyszpitalnym za nie więcej niż 5 dob hotelowych;
- 5) usługa realizowana w trudnych sytuacjach losowych, takich jak zgon albo ciężka choroba Ubezpieczonego, Dziecka, Współmałżonka albo Partnera, Rodziców albo Teściów Ubezpieczonego – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszt wizyty Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance u psychologa w placówce medycznej lub koszt dojazdu psychologa do Miejsca zamieszkania oraz honorarium psychologa;
- 6) usługi realizowane na wniosek Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance:
 - a. osobisty asystent – Centrum Pomocy organizuje wybrane świadczenie:
 - a) telefoniczna konsultacja z Lekarzem – Centrum Pomocy zapewni Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance całodobowy dostęp do infolinii medycznej polegający na telefonicznej rozmowie z Lekarzem konsultantem, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli ustnej informacji co do dalszego toku postępowania oraz telefoniczny dostęp do informacji o lekach, ich działaniu, interakcjach z innymi środkami, przeciwwskazaniach, dawkowaniu, ich zamiennikach;
 - b) organizacja wizyty u lekarza specjalisty – jeżeli Lekarz wysłany przez Centrum Pomocy zaleci wizytę u lekarza specjalisty, Centrum Pomocy zorganizuje wizytę w najbliższym możliwym terminie uzgodnionym z Osobą uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance. Koszt wizyty ponosi osoba wnioskująca o świadczenie;
 - c) osoba towarzysząca przy transporcie ze Szpitala do Szpitala – jeżeli Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance korzysta ze świadczenia transportu ze Szpitala do Szpitala, opisanego w ust. 1 pkt 1 ppkt f ppkt b, Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszt transportu osoby towarzyszącej;
 - b. psycholog „na życzenie” – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszt wizyty u psychologa w placówce medycznej lub koszt dojazdu psychologa do Miejsca zamieszkania oraz jego honorarium, za maksymalnie 3 wizyty w Roku polisy;
 - c. Centrum Pomocy zapewni Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance możliwość rozmowy z lekarzem dyżurnym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance ustnej informacji co do dalszego postępowania. Informacje udzielone przez Lekarza konsultanta nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.
 Porady udzielane na infolinii medycznej, o których mowa w ust. 1 pkt 6 ppkt a ppkt a oraz w ust. 1 pkt 6 ppkt c mają charakter wyłącznie informacyjny i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec uprawnionego Lekarza i Centrum Pomocy. Ponadto Centrum Pomocy udostępni Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance następujące informacje:
 - a) baza danych aptek na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów;
 - b) baza danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia;
 - c) baza danych placówek medycznych (lekarzy ogólnych, Szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance i rekomendowanych przez Lekarza konsultanta;
 - d) baza danych placówek leczenia zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych);
 - e) baza danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - f) baza danych placówek opieki społecznej;
 - g) baza danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
 - h) działania, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia);
 - i) informacja o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań;
 - j) informacja medyczna o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów);
 - k) informacja farmaceutyczna o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów;
 - l) informacje o zasadach zdrowego żywienia i dietach;
 - m) informacja o grupach wsparcia i telefonach zaufania w Polsce dla osób w trudnej sytuacji rodzinnej, samotnych matek, cierpiących na określone schorzenia lub dotkniętych narkomanią, alkoholizmem, nikotynizmem, przemocą domową, chorobą nowotworową, cukrzycą, otyłością, anoreksją, bulimią albo depresją;
 - n) informacja o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia;
 - o) informacja o uwarunkowaniach medycznych ciąży i innych zapytań dotyczących ciąży;
 - p) informacje dla młodych matek dotyczące pielęgnacji niemowląt;
 - q) informacje o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy;
 - r) instrukcja przygotowania do zabiegów i badań medycznych;
 - s) profilaktyka zachorowań na grypę;
- 7) usługi realizowane w przypadku Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
 - a. wizyta Lekarza – Centrum Pomocy organizuje wizytę lekarską w miejscu pobytu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, bądź organizuje wizytę u Lekarza w placówce medycznej, pokrywa koszty dojazdu i honorarium Lekarza;
 - b. wizyta pielęgniarki – Centrum Pomocy organizuje wizytę pielęgniarki w miejscu pobytu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, w okresie nie dłuższym niż 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez Lekarza konsultanta;
 - c. transport medyczny – Centrum Pomocy organizuje transport medyczny z miejsca zdarzenia lub pobytu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance do najbliższego Szpitala lub innej placówki medycznej wskazanej przez Lekarza konsultanta;
 - d. transport medyczny powrotny – Centrum Pomocy organizuje transport ze Szpitala lub innej placówki medycznej do miejsca pobytu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance odpowiednim, zalecanym przez Lekarza prowadzącego, środkiem transportu;
 - e. transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi – Centrum Pomocy organizuje transport ze Szpitala do Szpitala (jeśli placówka medyczna, w której przebywa Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance nie może zapewnić mu wymaganą

opieki lub gdy skierowany on jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny) odpowiednim środkiem transportu zalecanym przez Lekarza prowadzącego;

- f. przekazywanie informacji – jeżeli Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance jest Hospitalizowana, Centrum Pomocy zapewnia usługi informacyjne polegające na przekazaniu, na wyraźne życzenie Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, ważnych wiadomości jego rodzinie lub pracodawcy, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych i z zachowaniem poufności informacji medycznych.

Koszt świadczeń, wymienionych w ust. 1 pkt 7 ppkt b-e, pokrywa osoba wnioskująca o świadczenie.

2. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje pomocy medycznej w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 6

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
 - 1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
 - 2) po upływie pierwszego Roku polisy, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
5. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne roczne okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
6. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 8.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 8

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy głównej;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat;
 - 3) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Składka za Umowę dodatkową

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia oraz częstotliwości opłacania Składek. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki za Umowę główną i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 15 ust. 2 i 3 OWU.

Indeksacja

§ 11

Składka za Umowę dodatkową nie podlega indeksacji.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 12

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek lub Nagłe zachorowanie, które wywołały konieczność skorzystania z Usług medycznego assistance, są konsekwencją:

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Osoby uprawnionej do skorzystania z Usług medycznego assistance w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) popełnienia przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usług medycznego assistance czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 3) prowadzenia przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usług medycznego assistance pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 4) spożycia przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usług medycznego assistance alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
- 5) pozostawiania przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usług medycznego assistance pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez Lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usług medycznego assistance, próby samobójczej Osoby uprawnionej do skorzystania z Usług medycznego assistance, świadomego samookaleczenia Osoby uprawnionej do skorzystania z Usług medycznego assistance lub okaleczenia na jej prośbę, niezależnie od stanu jej poczytalności;
- 6) poddania się eksperymentowi medycznemu przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usług medycznego assistance lub zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych;
- 7) leczenia stomatologicznego, operacji kosmetycznych lub plastycznych Osoby uprawnionej do skorzystania z Usług medycznego assistance, z wyjątkiem przypadków gdy ich przeprowadzenie spowodowane było koniecznością usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
- 8) operacji zmiany płci Osoby uprawnionej do skorzystania z Usług medycznego assistance, pozbawienia płodności, usunięcia ciąży (z wyjątkiem sytuacji, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia Osoby uprawnionej do skorzystania z Usług medycznego assistance), sztucznego zapłodnienia tej osoby lub innego sposobu leczenia jej niepłodności;
- 9) pobrania od Osoby uprawnionej do skorzystania z Usług medycznego assistance narządów lub tkanek do przeszczepu;
- 10) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usług medycznego assistance na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
- 11) niestosowania się przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usług medycznego assistance do zaleceń Lekarza prowadzącego lub Lekarza konsultanta;
- 12) chorób przewlekłych Osoby uprawnionej do skorzystania z Usług medycznego assistance, rozumianych jako schorzenie utrzymujące się długotrwale, a w trakcie jego przebiegu mogą występować okresy zaostrzenia, mniejszego lub czasowego ustąpienia objawów i które zostało zdiagnozowane lub było leczone przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej;
- 13) uprawiania przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usług medycznego assistance niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału tej osoby w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 13

1. Świadczenia w zakresie poszczególnych Usług medycznego assistance udzielane są do wysokości limitu wskazanego w tabeli nr 1, z zastrzeżeniem ust. 2.

tabela nr 1

	Usługa medycznego assistance	Limit świadczenia na zdarzenie
Usługi realizowane w przypadku Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	Wizyta Lekarza (honorarium i koszty za wizytę)	500,00 zł
	Wizyta pielęgniarki	400,00 zł
	Dostawa leków	500,00 zł
	Transport medyczny z Miejsca zamieszkania do Szpitala, wyznaczonego przez Lekarza konsultanta	2 000,00 zł
	Transport medyczny ze Szpitala do Miejsca zamieszkania	
	Transport medyczny ze Szpitala do Szpitala	2 000,00 zł
	Organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji	
	Dostawa sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego	500,00 zł
	Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu Drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego	2 000,00 zł
	Pomoc domowa po Hospitalizacji	500,00 zł
	Opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną	500,00 zł
	Transport opiekuna do opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną	

Usługi realizowane w przypadku Nieszczęśliwego wypadku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	Opieka nad Zwierzętami domowymi	Przez okres pierwszych 3 dni do wysokości kosztów
	Transport Zwierząt domowych	300,00 zł
Usługa realizowana w przypadku urodzenia Dziecka	Wizyta położnej	400,00 zł
	Rehabilitacja po porodzie	800,00 zł
Usługa realizowana w przypadku Hospitalizacji Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania	Organizacja i pokrycie kosztów pobytu opiekuna Dziecka w szpitalu lub hotelu przyszpitalnym	1 000,00 zł
Usługa realizowana w trudnych sytuacjach losowych (zgon osoby bliskiej, poważne zachorowanie)	Wizyta psychologa	400,00 zł
Usługi realizowane w przypadku Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	Wizyta Lekarza	150 EUR raz w trakcie Roku polisy
	Wizyta pielęgniarki	Organizacja wizyty
	Transport medyczny	Organizacja transportu
	Transport medyczny powrotny	Organizacja transportu
	Transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi	Organizacja transportu
	Przekazywanie informacji	Usługa
	Telefoniczna konsultacja z Lekarzem	Usługa
	Organizacja wizyty u lekarza specjalisty	Usługa
	Psycholog „na życzenie”	600,00 zł
Inne usługi	Osoba towarzysząca przy transporcie ze Szpitala do Szpitala	Do limitu dla usługi Transportu medycznego ze Szpitala do Szpitala
	Infolinia medyczna	Usługa

2. W przypadku zajścia Nieszczęśliwego wypadku, Nagłego zachorowania lub innych okoliczności uprawniających do świadczeń wymienionych w § 5, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance ma prawo do skorzystania z każdej wymienionej powyżej Usługi medycznego assistance bez limitu zdarzeń w Roku polisy, chyba że w opisie świadczenia w § 5 taki limit został wskazany.

Realizacja świadczenia

§ 14

- W przypadku zajścia zdarzenia uprawniającego do skorzystania z Usług medycznego assistance, wskazanych w § 5, Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance zobowiązana jest do telefonicznego skontaktowania się z Centrum Pomocy pod numerem telefonu podanym w Dokumencie ubezpieczenia. Połączenie z powyższym numerem następuje na koszt dzwoniącego.
- W trakcie kontaktu z Centrum Pomocy Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance powinna podać następujące dane:
 - imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - adres zamieszkania Ubezpieczonego;
 - numer PESEL Ubezpieczonego;
 - imię i nazwisko oraz numer PESEL Współmałżonka albo Partnera lub Dziecka, jeżeli tych osób dotyczy zgłoszenie;
 - krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym;
 - inne informacje niezbędne pracownikowi Centrum Pomocy do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
- W przypadku gdy podane telefonicznie informacje są niezgodne z danymi posiadanymi przez Centrum Pomocy i mogą nasuwać wątpliwości co do uprawnień Ubezpieczonego do korzystania z Usług medycznego assistance, Ubezpieczony na żądanie pracownika Centrum Pomocy zobowiązany jest okazać usługodawcy przybyłemu na miejsce zdarzenia dokument tożsamości ze zdjęciem pod rygorem niezrealizowania Usługi medycznego assistance.
- W przypadku odmowy udzielenia informacji, o których mowa w ust. 2 lub 3 lub braku współpracy z obsługą Centrum Pomocy, Centrum Pomocy może odmówić organizacji świadczeń.

Refundacje

§ 15

- Towarzystwo nie przewiduje refundacji za usługi niezorganizowane przez Centrum Pomocy, chyba że Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance przed zorganizowaniem usługi we własnym zakresie uzyskała telefonicznie taką zgodę od Centrum Pomocy.

2. Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance powinna złożyć do Centrum Pomocy pisemny wniosek o refundację kosztów usług wraz z kopiami rachunków nie później niż w terminie 14 dni od ustania przeszkody w zawiadomieniu Centrum Pomocy.
3. Centrum Pomocy przekazuje Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance decyzję w sprawie wniosku o refundację w terminie do 30 dni od daty jego otrzymania.
4. Towarzystwo poprzez Centrum Pomocy refunduje koszty w wysokości, w jakiej byłyby poniesione, gdyby Usługa medycznego assistance była organizowana przez Centrum Pomocy, jednak nie wyższe niż potwierdzone przedłożonymi rachunkami.
5. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości refundacji kosztów nie jest możliwe w terminie określonym w ust. 3, refundacja kosztów dokonywana jest w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsprawną część refundacji Centrum Pomocy wypłaca w terminie określonym w ust. 3.

Postanowienia końcowe

§ 16

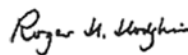
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
(kod WLF_ADCHB_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 15 ust. 1, 2, 6	§ 14; § 15 ust. 3-5

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD WLF_ADCHB_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (zwanymi dalej „**OWUD**”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przebiegu, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 2) **OIOM** – oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii będący wydzielonym oddziałem szpitalnym, posiadający stanowiska intensywnej terapii zaopatrzone w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie funkcji życiowych i wspomaganie czynności jednego lub kilku podstawowych układów organizmu, w szczególności oddychania, krążenia oraz ośrodkowego układu nerwowego, zapewniający przez 24 godziny na dobę opiekę lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki anestezjologicznej. W rozumieniu niniejszej definicji OIOM-em nie są wydzielone sale intensywnego nadzoru, istniejące w ramach innych oddziałów specjalistycznych;
- 3) **Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku** – odbywający się na zlecenie lekarza pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, rozumianym jako zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń szpitalnych w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa, trwający nieprzerwanie co najmniej 1 dzień, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia, spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem. Definicja obejmuje także pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym lub oddziale rehabilitacyjnym. Definicja obejmuje szpitale znajdujące się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz krajów Unii Europejskiej, a także krajów spoza Unii Europejskiej pod warunkiem dostarczenia dokumentacji medycznej przetłumaczonej na język angielski. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala. Jeżeli w czasie Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpił zgon, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu. W rozumieniu niniejszej definicji Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nie jest pobyt w:
 - a. placówkach leczenia odwykowego;
 - b. zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności: szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach, prewentiach;
 - c. hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych;
- 3) **Przebiegu** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 4) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
- 5) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się i trwał w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, który wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
 - 1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
 - 2) po upływie pierwszego Roku polisy, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
5. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
6. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy głównej;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat;
 - 3) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 5 000 zł (pięć tysięcy złotych).
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wynosi 50 000 zł (pięćdziesiąt tysięcy złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wiek Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki za Umowę główną i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
 - 1) podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy;
 - 2) obniżenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego Roku polisy.
2. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o rodzaju wykonywanego zawodu.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy Ubezpieczenia, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
7. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej w Rocznicę polisy jest równoznaczna z rezygnacją z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji, o której mowa w § 13.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 15 ust. 2 i 3 OWU.

§ 12

1. Po upływie pierwszego Roku polisy Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 20 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną pobytu Ubezpieczonego w szpitalu nastąpił wskutek:
 - wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, alkoholizmu Ubezpieczonego, spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych.
- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli miał on na celu:
 - operację plastyczną lub kosmetyczną Ubezpieczonego, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - wykonywanie przez Ubezpieczonego rutynowych badań lekarskich lub badań diagnostycznych niewynikających z Nieszczęśliwego wypadku;
 - wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych u Ubezpieczonego, z wyjątkiem rehabilitacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - poddanie się leczeniu dentystycznemu przez Ubezpieczonego, z wyjątkiem leczenia dentystycznego niezbędnego do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;a także, jeżeli Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku:
 - został zlecony Ubezpieczonemu lub o którym postanowiono przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
 - jest skutkiem okoliczności, o których mowa w § 23 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 15

- W przypadku Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu za każdy dzień pobytu w szpitalu 0,5% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu rozpoczęcia Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
- W przypadku przebywania Ubezpieczonego na OIOM-ie podczas Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od świadczenia wymienionego w ust. 1, świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Świadczenie to wypłacane jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
- Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z łącznymi Pobytami Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nieprzekraczającymi 200 dni w jednym Roku polisy.
- Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się jeden raz.
- Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
- Zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku możliwe jest także w trakcie pobytu w szpitalu po 30 dniu tego pobytu. Zasadę tę stosuje się do każdego kolejnego 30-dniowego okresu pobytu w szpitalu.

Wypłata świadczenia

§ 16

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) kopię zaświadczenia o trwającej hospitalizacji wydanego przez lekarza prowadzącego, w przypadku gdy pobyt w szpitalu się nie zakończył;
 - 4) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W przypadku gdy Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku miał miejsce w kraju spoza Unii Europejskiej dokumenty, o których mowa w ust. 1 pkt 2 i 3, powinny być przetłumaczone na język angielski.
5. Koszt tłumaczenia dokumentów ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
6. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 25 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. § 25 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 17

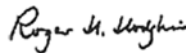
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
dotyczącego refundacji kosztów leczenia Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
(kod WLF_AKL_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 15 ust. 1	§ 14; § 15 ust. 2

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO DOTYCZĄCEGO REFUNDACJI KOSZTÓW LECZENIA UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD WLF_AKL_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego dotyczącego refundacji kosztów leczenia Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o refundację kosztów leczenia Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciżenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 2) **Przeciżenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 3) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej refundacji kosztów leczenia Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
- 4) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości refundacji kosztów leczenia Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje refundację kosztów leczenia poniesionych przez Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, któremu Ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, powstałe z tytułu:

- 1) udzielenia pierwszej pomocy lekarskiej lub ambulatoryjnej;
- 2) pobytu w szpitalu, przeprowadzenia badań, zabiegów (z wyłączeniem zabiegów rehabilitacyjnych) i operacji (z wyłączeniem operacji plastycznych);
- 3) nabycia leków i środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza;
- 4) przewozu Ubezpieczonego do szpitala lub ambulatorium.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
 - 1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
 - 2) po upływie pierwszego Roku polisy, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznic polisy.
5. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
6. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy głównej;
 - 2) odstąpienia od Umowy dodatkowej;

- 3) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 1 000 zł (jeden tysiąc złotych).
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych dotyczących refundacji kosztów leczenia w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki za Umowę główną i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
 - 1) podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy;
 - 2) obniżenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego Roku polisy.
2. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o rodzaju wykonywanego zawodu.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy Ubezpieczenia, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
7. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej w Rocznice polisy jest równoznaczna z rezygnacją z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji, o której mowa w § 13.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 15 ust. 2 i 3 OWU.

§ 12

1. Po upływie pierwszego Roku polisy Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 20 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu refundacji kosztów leczenia w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek nastąpił wskutek:

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;

- 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
- 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
- 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- 8) okoliczności, o których mowa w § 23 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 15

1. Świadczenie polega na refundacji kosztów leczenia Ubezpieczonego poniesionych przez Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Refundacja kosztów leczenia w wyniku Nieszczęśliwego wypadku obejmuje koszty, które zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

Wypłata świadczenia

§ 16

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony;
 - 3) kopię rachunku lub faktury za wydatki poniesione w trakcie leczenia wystawionych imiennie na Ubezpieczonego;
 - 4) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej udzielenie Ubezpieczonemu pomocy medycznej, o której mowa w § 4.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 25 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 25 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 17

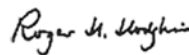
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
dotyczącego ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych
po Pobycie Ubezpieczonego w szpitalu
(kod WLF_RCMDCHB_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawnijające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 14 ust. 1-3	§ 12; § 13 ust. 1; § 14 ust. 4

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO DOTYCZĄCEGO RYCZAŁTOWEGO POKRYCIA KOSZTÓW LEKÓW ZALECONYCH PO POBYCIE UBEZPIECZONEGO W SZPITALU (KOD WLF_RCMDCHB_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego dotyczącego ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po Pobycie Ubezpieczonego w szpitalu (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o ryczałtowe pokrycie kosztów leków zaleconych po Pobycie Ubezpieczonego w szpitalu.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążeń, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 2) **Pobyt w szpitalu** – odbywający się na zlecenie lekarza pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, rozumianym jako zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń szpitalnych w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa, trwający nieprzerwanie co najmniej 1 dzień, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. Definicja obejmuje szpitale znajdujące się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz krajów Unii Europejskiej, a także krajów spoza Unii Europejskiej pod warunkiem dostarczenia dokumentacji medycznej przetłumaczonej na język angielski.
Okres Pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala. Jeżeli w czasie Pobytu w szpitalu nastąpił zgon, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu.
W rozumieniu niniejszej definicji Pobyt w szpitalu nie jest pobyt w:
 - a. placówkach leczenia odwykowego;
 - b. zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności: szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach, prewentiach;
 - c. hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych;
- 3) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 4) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po Pobycie Ubezpieczonego w szpitalu;
- 5) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po Pobycie Ubezpieczonego w szpitalu;
- 6) **Wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
 - a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje ryczałtowe pokrycie kosztów zakupu leków zaleconych Ubezpieczonemu po Pobycie w szpitalu.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
 - 1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
 - 2) po upływie pierwszego Roku polisy, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
5. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
6. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej wyłącznie w przypadku, gdy jest jednocześnie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu lub Umowy dodatkowej na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy głównej;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat;
 - 3) rozwiązania Umowy dodatkowej na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu lub Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (w zależności od tego, która z tych Umów dodatkowych zostanie rozwiązana jako ostatnia) zawartej w ramach Umowy ubezpieczenia, której zakres został rozszerzony o niniejszą Umowę dodatkową;
 - 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest stała i wynosi 600 zł (sześćset złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wiek Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 13 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczona jest do Składki za Umowę główną i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 15 ust. 2 i 3 OWU.

Indeksacja

§ 11

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej nie podlega indeksacji.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 12

1. Jeżeli Ubezpieczony objęty jest jednocześnie ochroną z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej oraz Umowy dodatkowej na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po Pobycie Ubezpieczonego w szpitalu, jeśli konieczność tego pobytu była konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 3) nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, alkoholizmu Ubezpieczonego, spożycia alkoholu przez Ubezpieczonego (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, uśiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne

uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;

8) wad wrodzonych Ubezpieczonego i schorzeń będących ich skutkiem;

9) choroby AIDS Ubezpieczonego;

a także, jeżeli miał on na celu:

10) operację plastyczną lub kosmetyczną Ubezpieczonego, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

11) wykonywanie przez Ubezpieczonego rutynowych badań lekarskich lub badań diagnostycznych niewynikających z zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku;

12) wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych u Ubezpieczonego, z wyjątkiem rehabilitacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

13) leczenie lub zabiegi związane z usunięciem ciąży, porodem lub porodem, poza przypadkami gdy zdiagnozowano komplikacje porodu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiące zagrożenie dla życia Ubezpieczonego;

14) poddanie się leczeniu dentystrycznemu przez Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem;

15) pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu od Ubezpieczonego;

16) leczenie wszelkiego rodzaju uzależnień Ubezpieczonego;

oraz jeżeli pobyt ten:

17) został zlecony Ubezpieczonemu lub o którym postanowiono przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;

18) był następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:

a. zdiagnozowanych u Ubezpieczonego lub

b. leczonych u Ubezpieczonego, lub

c. których leczenie zalecono u Ubezpieczonego,

w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej;

19) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w § 23 OWU.

2. Jeżeli Ubezpieczony objęty jest jednocześnie ochroną z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej oraz Umowy dodatkowej na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po Pobycie Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, jeśli Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu nastąpił wskutek:

1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;

2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;

3) nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, alkoholizmu Ubezpieczonego, spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);

4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, uśpiwania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;

5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;

6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;

7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;

a także, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku miał na celu:

8) operację plastyczną lub kosmetyczną Ubezpieczonego, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

9) wykonywanie przez Ubezpieczonego rutynowych badań lekarskich lub badań diagnostycznych niewynikających z Nieszczęśliwego wypadku;

10) wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych u Ubezpieczonego, z wyjątkiem rehabilitacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

11) poddanie się leczeniu dentystrycznemu przez Ubezpieczonego, z wyjątkiem leczenia dentystrycznego niezbędnego do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

oraz, jeżeli Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku:

12) został zlecony Ubezpieczonemu lub o którym postanowiono przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;

13) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w § 23 OWU.

§ 13

1. W przypadku gdy Umowa dodatkowa zawierana jest w okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po Pobycie Ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt ten był konsekwencją Nieszczęśliwego wypadku.

2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na kolejny okres ubezpieczenia.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - 1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
 - 2) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu miał miejsce po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 14

1. Świadczenie polega na ryczałtowym pokryciu kosztów zakupu leków zaleconych Ubezpieczonemu po Pobycie w szpitalu w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu rozpoczęcia Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej aktualnej w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej pod warunkiem, że ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się dzień przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli zalecenie zakupu leków po Pobycie Ubezpieczonego w szpitalu wynika bezpośrednio z karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.
4. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu nie więcej niż trzy świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej w okresie jednego Roku polisy (decyduje data wydania zalecenia zakupu leków).

Wypłata świadczenia

§ 15

1. W przypadku gdy Ubezpieczony jest objęty ochroną z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu albo Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku jest równoznaczne ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 25 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 25 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 16

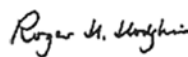
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego Zawału serca lub Udaru mózgu
(kod WLF_ DDHS_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 16 ust. 1 i 2	§ 14; § 15; § 16 ust. 3

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK WYSTĄPIENIA U UBEZPIECZONEGO ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU (KOD WLF_DDHS_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego Zawału serca lub Udaru mózgu (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o wystąpienie u Ubezpieczonego Zawału serca lub Udaru mózgu.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego Zawału serca lub Udaru mózgu;
- 2) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego Zawału serca lub Udaru mózgu;
- 3) **Udar mózgu** – nagle, ogniskowe uszkodzenie mózgu spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorom materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - a. obecność nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - b. utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
 - c. obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w badaniach obrazowych (tomografii komputerowej lub jądrowym rezonansie magnetycznym);
 - d. istnienie trwałych deficytów neurologicznych musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie co najmniej 2 miesięcy od daty zdarzenia.Definicja nie obejmuje:
 - a. epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
 - b. zdarzeń skutkujących jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci;
 - c. objawów mózgowych spowodowanych migreną;
 - d. uszkodzenia mózgu spowodowanego zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
 - e. chorób naczyniowych dotyczących oka, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;
- 4) **Wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
 - a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu;
- 5) **Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99 centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - a. objawy kliniczne niedokrwienia serca;
 - b. zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe, znamienne zmiany odcinka ST – załamek T (ST-T), patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa);
 - c. nowy ubytek żywego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych;
 - d. obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionej badaniem angiograficznym lub w autopsji.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Zawału serca lub Udaru mózgu, zdefiniowanych w § 2.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
 - 1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
 - 2) po upływie pierwszego Roku polisy, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.

5. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
6. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy głównej;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat;
 - 3) wypłaty 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu wynosi 1 000 000 zł (jeden milion złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wiek Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 15 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki za Umowę główną i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
 - 1) podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy;
 - 2) obniżenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego Roku polisy.
2. Ubezpieczający wnioskując o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
7. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej w Rocznicę polisy jest równoznaczna z rezygnacją z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji, o której mowa w § 13.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 15 ust. 2 i 3 OWU.

§ 12

1. Po upływie pierwszego Roku polisy Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 20 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu są konsekwencją:

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześcinnym);
 - 3) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, uśmierzania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 4) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotnictwo, paralotnictwo, szybownictwo, motolotnictwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
 - 5) wad wrodzonych Ubezpieczonego i schorzeń będących ich skutkiem;
- a także, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu:
- 6) zostały zdiagnozowane lub były leczone u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 7) były następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
 - a. zdiagnozowanych u Ubezpieczonego lub
 - b. leczonych u Ubezpieczonego, lub
 - c. których leczenie zalecono,
 w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej;
 - 8) są skutkiem okoliczności, o których mowa w § 23 OWU.

§ 15

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli rozpoznanie Zawału serca lub Udaru mózgu nastąpiło w okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - 1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
 - 2) Zawał serca lub Udar mózgu nastąpiły po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.
 Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 16

1. Z tytułu wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości:
 - 1) w przypadku wystąpienia Zawału serca: 50% albo 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu wystąpienia Zawału serca uzależnione od stopnia zaawansowania choroby:
 - a. I stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku, gdy w wyniku Zawału serca doszło do uszkodzenia funkcji lewej komory małego lub średniego stopnia – wartość frakcji wyrzutowej mięśnia lewej komory (EF), mierzonej po co najmniej 3 miesiącach od zdarzenia wynosi co najmniej 50%;
 - b. II stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku, gdy w wyniku Zawału serca doszło do uszkodzenia funkcji serca znacznego stopnia – wartość frakcji wyrzutowej mięśnia lewej komory (EF), mierzonej po co najmniej 3 miesiącach od zdarzenia wynosi poniżej 50%;

- 2) w przypadku wystąpienia Udaru mózgu – 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu wystąpienia Udaru mózgu, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu Zawału serca, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 ppkt a, w pierwszym stopniu zaawansowania choroby i dalszego pogorszenia się stanu zdrowia z tytułu tego samego Zawału serca, skutkującego wystąpieniem drugiego stopnia zaawansowania choroby, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Zawału serca lub Udaru mózgu dla jednego Ubezpieczonego nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu Zawału serca lub Udaru mózgu przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Wypłata świadczenia

§ 17

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Zawału serca lub Udaru mózgu.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
5. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 25 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 25 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 18

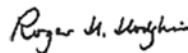
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego lub jego Dzieci Nowotworu
(kod WLF_ DDC1_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawnijące do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 17 ust. 1-3	§ 14; § 15; § 16; § 17 ust. 4 i 5

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK WYSTĄPIENIA U UBEZPIECZONEGO LUB JEGO DZIECI NOWOTWORU (KOD WLF_DDC1_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego lub jego Dzieci Nowotworu (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o wystąpienie u Ubezpieczonego lub jego Dzieci Nowotworu.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przez niego Przysposobione, które nie ukończyło 21 roku życia;
- 2) **Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy** – histologicznie łagodny guz nowotworowy mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych powodujący uszkodzenie tkanek, spełniający wszystkie poniższe warunki:
 - a. wymaga usunięcia chirurgicznego, a w przypadku jego nieoperacyjności powoduje trwały ubytek neurologiczny, istniejący stale przez co najmniej 3 miesiące (ataki padaczkowe nie są uważane za trwały ubytek neurologiczny w rozumieniu niniejszych owu);
 - b. jego istnienie zostało potwierdzone przez neurologa lub neurochirurga na podstawie stosownych badań obrazowych (magnetyczny rezonans jądrowy lub tomografia komputerowa).
 Definicja nie obejmuje:
 - a. torbieli;
 - b. ziarniniaków;
 - c. malformacji naczyniowych;
 - d. krwaków;
 - e. ropni;
 - f. guzów rdzenia kręgowego;
 - g. guzów przysadki mózgowej mniejszych niż 10 mm;
- 3) **Nowotwór** – Nowotwór złośliwy inwazyjny lub Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ), lub Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy;
- 4) **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie zdrowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Definicja obejmuje także złośliwe nowotwory ośrodkowego układu nerwowego oraz krwi i narządów krwiotwórczych. Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie Nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia poniższych trzech kryteriów:
 - a. pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne;
 - b. posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem;
 - c. rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności.
 Definicja nie obejmuje:
 - a. nowotworów łagodnych;
 - b. zróżnicowanych raków tarczycy i prostaty o stopniu zaawansowania mniejszym niż II zgodnie z klasyfikacją AJCC;
 - c. nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania większym niż IA zgodnie z klasyfikacją AJCC;
 - d. nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania mniejszym niż IB w klasyfikacji AJCC;
 - e. nowotworów rozpoznanych jedynie na podstawie płynnej biopsji (liquid biopsy);
- 5) **Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ)** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórek nowotworowych, nieprzekraczający błony podstawnej nabłonka, z którego się wywodzi i niepowodujący naciekania tkanek sąsiednich (stopień zaawansowania 0 zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC). Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Definicja obejmuje także zróżnicowane raki tarczycy o stopniu zaawansowania I, raki prostaty o stopniu zaawansowania I, czerniaka złośliwego o stopniu zaawansowania IA i nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania IA w klasyfikacji AJCC. Definicja nie obejmuje:
 - a. nowotworów łagodnych;
 - b. hiperkeratoz, dysplazji, stanów przedrakowych;
 - c. nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania IA zgodnie z klasyfikacją AJCC;
- 6) **Przysposobienie** – powstanie takiego stosunku między przysposabiającym a przysposobionym jak między rodzicem a dzieckiem, tj. przysposobienie pełne nierozwiązywalne/całkowite potwierdzone aktem urodzenia Dziecka, w którym przysposabiający występuje w roli rodzica Dziecka;
- 7) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego lub jego Dzieci Nowotworu;
- 8) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego lub jego Dzieci Nowotworu złośliwego;
- 9) **Wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
 - a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,
 w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu wystąpienia Nowotworu złośliwego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej u Ubezpieczonego lub jego Dzieci Nowotworów, zdefiniowanych w § 2.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
 - 1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
 - 2) po upływie pierwszego Roku polisy, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 18 lat i nie ukończył 71 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
5. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
6. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy głównej;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 85 lat;
 - 3) wypłaty 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z powodu tego samego Nowotworu złośliwego inwazyjnego;
 - 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego lub jego Dzieci Nowotworów, wynosi 1 000 000 zł (jeden milion złotych).

Składka za Umowę dodatkową

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wiek Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 16 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki za Umowę główną i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
 - 1) podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy;
 - 2) obniżenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego Roku polisy.
2. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
7. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej w Rocznicę polisy jest równoznaczna z rezygnacją z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji, o której mowa w § 13.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 15 ust. 2 i 3 OWU.

§ 12

1. Po upływie pierwszego Roku polisy Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 20 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia Nowotworu u Ubezpieczonego, jeżeli:

- 1) było ono konsekwencją choroby AIDS Ubezpieczonego;
- 2) Nowotwór został zdiagnozowany lub był leczony u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.

§ 15

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia Nowotworu u Dziecka, jeżeli:

- 1) Nowotwór był zdiagnozowany przed ukończeniem przez Dziecko 1 roku życia;
- 2) Nowotwór został zdiagnozowany lub był leczony u Dziecka przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
- 3) Nowotwór był konsekwencją choroby AIDS Dziecka;
- 4) Ubezpieczony wiedział o Nowotworze Dziecka przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.

§ 16

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli rozpoznanie Nowotworu nastąpiło w okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
 2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia.
 3. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - 1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
 - 2) Nowotwór wystąpił po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.
- Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej**§ 17**

1. Z tytułu wystąpienia Nowotworu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu:
 - 1) świadczenie w wysokości 20% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku rozpoznania Nowotworu złośliwego przedinwazyjnego;
 - 2) świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku rozpoznania Łagodnego nowotworu wewnątrzczaszkowego;
 - 3) świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku rozpoznania Nowotworu złośliwego inwazyjnego w I stopniu zaawansowania (Stage I), zgodnie z klasyfikacją AJCC lub przewlekłej białaczki limfocytowej w stopniu zaawansowania mniejszym niż II wg klasyfikacji RAI;
 - 4) świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku rozpoznania Nowotworu złośliwego inwazyjnego o wyższym stopniu zaawansowania niż wskazane w pkt 3 oraz nowotworu złośliwego inwazyjnego ośrodkowego układu nerwowego wg Klasyfikacji Chorób dla Onkologii WHO.
2. Świadczenia, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, mogą zostać wypłacone jeden raz dla Ubezpieczonego i każdego jego Dziecka w całym okresie obowiązywania Umowy dodatkowej.
3. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu Nowotworu złośliwego inwazyjnego, o którym mowa w ust. 1 pkt 3 i dalszego pogorszenia się stanu zdrowia z tytułu tego samego Nowotworu złośliwego inwazyjnego, skutkującego wystąpieniem wyższego stopnia zaawansowania choroby, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Suma świadczeń wypłaconych z tytułu tego samego Nowotworu złośliwego liczona odrębnie dla Ubezpieczonego i każdego jego Dziecka nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu tego samego Nowotworu złośliwego przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
5. W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu tego samego Nowotworu złośliwego wypłacona na rzecz Ubezpieczonego albo któregośkolwiek z Dzieci osiągnie 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa a Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu.

Wypłata świadczenia**§ 18**

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Nowotworu.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego lub Dziecko na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
5. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 25 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 25 ust. 5 OWU.

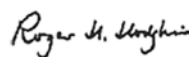
Postanowienia końcowe**§ 19**

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski


Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss


Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
Assistance na wypadek Nowotworu
(kod WLF_ ASTC_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawnijące do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 5	§ 5 ust. 2; § 12; § 13 ust. 4

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO ASSISTANCE NA WYPADEK NOWOTWORU (KOD WLF_ASTC_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego Assistance na wypadek Nowotworu (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o usługi assistance dla Ubezpieczonego oraz jego Dziecka.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Centrum Pomocy Generali** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe czynne przez całą dobę, 365 dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej w zakresie usług pomocy medycznej (medycznego assistance) oraz niezwłocznie organizuje wykonanie wymaganej usługi (zwanej dalej „Centrum Pomocy”). Numer telefonu Centrum Pomocy wskazany jest w Dokumencie ubezpieczenia;
- 2) **Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przez niego Przysposobione, które w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie przekroczyło 18 roku życia;
- 3) **Hospitalizacja** – leczenie w Szpitalu trwające nieprzerwanie co najmniej 2 doby, licząc od momentu przyjęcia do Szpitala;
- 4) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi dokumentami, do udzielania świadczeń medycznych, niebędąca członkiem najbliższej rodziny Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
- 5) **Lekarz konsultant** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza, zgodnie z prawem obowiązującym w kraju wykonywania przez niego zawodu lekarza, wskazana przez konsultanta Centrum Pomocy w celu sporządzenia drugiej opinii medycznej;
- 6) **Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy** – histologicznie łagodny guz nowotworowy mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych powodujący uszkodzenie tkanek, spełniający wszystkie poniższe warunki:
 - a. wymaga usunięcia chirurgicznego, a w przypadku jego nieoperacyjności powoduje trwały ubytek neurologiczny, istniejący stale przez co najmniej 3 miesiące (ataki padaczkowe nie są uważane za trwały ubytek neurologiczny w rozumieniu niniejszych OWUD);
 - b. jego istnienie zostało potwierdzone przez neurologa lub neurochirurga na podstawie stosownych badań obrazowych (magnetyczny rezonans jądrowy lub tomografia komputerowa).

Definicja nie obejmuje:

- a. torbieli;
- b. ziarniniaków;
- c. malformacji naczyniowych;
- d. krwaków;
- e. ropni;
- f. guzów rdzenia kręgowego;
- g. guzów przysadki mózgowej mniejszych niż 10 mm;
- 7) **Miejsce zamieszkania** – wskazany przez Ubezpieczonego we wniosku o zawarcie Umowy głównej adres zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 8) **Nowotwór** – Nowotwór złośliwy inwazyjny lub Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ) lub Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy;
- 9) **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie zdrowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania.

Definicja obejmuje także złośliwe nowotwory ośrodkowego układu nerwowego oraz krwi i narządów krwiotwórczych.

Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie Nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia poniższych trzech kryteriów:

- a. pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne;
- b. posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem;
- c. rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności.

Definicja nie obejmuje:

- a. nowotworów łagodnych;
- b. zróżnicowanych raków tarczycy i prostaty o stopniu zaawansowania mniejszym niż II zgodnie z klasyfikacją AJCC;
- c. nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania większym niż IA zgodnie z klasyfikacją AJCC;
- d. nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania mniejszym niż IB w klasyfikacji AJCC;
- e. nowotworów rozpoznanych jedynie na podstawie płynnej biopsji (liquid biopsy);
- 10) **Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ)** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórek nowotworowych, nieprzekraczający błony podstawnej nabłonka, z którego się wywodzi i niepowodujący naciekania tkanek sąsiednich (stopień zaawansowania 0 zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC). Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Definicja obejmuje także zróżnicowane raki tarczycy o stopniu zaawansowania I, raki prostaty o stopniu zaawansowania IA w klasyfikacji AJCC i nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania IA w klasyfikacji AJCC.

Definicja nie obejmuje:

- a. nowotworów łagodnych;
- b. hiperkeratoz, dysplazji, stanów przedrakowych;
- c. nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania IA zgodnie z klasyfikacją AJCC;

- 11) **Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance** – Ubezpieczony oraz Dziecko Ubezpieczonego;
- 12) **Przysposobienie** – powstanie takiego stosunku między przysposabiającym a przysposobionym jak między rodzicem a dzieckiem, tj. przysposobienie pełne nierozwiązywalne/całkowite potwierdzone aktem urodzenia Dziecka, w którym przysposabiający występuje w roli rodzica Dziecka;
- 13) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej Assistance na wypadek Nowotworu;
- 14) **Szpital** – działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej – na terenie krajów Unii Europejskiej lub krajów Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu – o ile wynika to z zakresu usług realizowanych na podstawie niniejszej Umowy dodatkowej. W rozumieniu niniejszej definicji Szpitalem nie jest dom opieki, hospicjum, ośrodek sanatoryjny, rehabilitacyjny lub wypoczynkowy ani jakkolwiek placówka, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
- 15) **Usługi medycznego assistance** – zorganizowanie przez Centrum Pomocy pomocy medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, o ile wynika to z zakresu usługi opisanego w OWUD, opieki nad ludźmi, a także świadczenie usług informacyjnych w związku z zachorowaniem przez Ubezpieczonego lub jego Dziecko na Nowotwór.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego oraz jego Dziecka.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Usługi medycznego assistance, wskazane w § 5, z których ma prawo skorzystać Ubezpieczony oraz Dziecko.

§ 5

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Usługi medycznego assistance, w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego lub jego Dziecka Nowotworu:
 - 1) Konsultacja telefoniczna albo wideokonsultacja medyczna z Lekarzem.
 - a. Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji medycznej z Lekarzem.
 - b. Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance przysługuje konsultacja telefoniczna z Lekarzem albo jedna wideokonsultacja medyczna z Lekarzem, zgodnie z wyborem Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance.
 - c. Przed konsultacją telefoniczną lub wideokonsultacją Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance może przesłać Lekarzowi drogą mailową albo w inny uzgodniony sposób, dokumentację medyczną dotyczącą stanu swojego zdrowia.
 - d. Po konsultacji lekarz udzielający konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji medycznej, może przesłać Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, drogą mailową albo w inny uzgodniony z nią sposób, recepty pełnopłatne lub skierowanie na zalecone przez siebie badania.
 - 2) Pomoc onkopsychologa.
 - a. Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty wizyty Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance u onkopsychologa.
 - 3) Wizyta pielęgniarska po Hospitalizacji.
 - a. W przypadku gdy Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance była hospitalizowana i po zakończeniu Hospitalizacji potrzebuje opieki pielęgniarskiej, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty wizyty pielęgniarskiej po Hospitalizacji. Wizyta pielęgniarska obejmuje następujące czynności:
 - a) wykonywanie zabiegów leczniczych: ćwiczeń terapeutycznych, okładów, opatrunków, rehabilitacji oddechowej, zastrzyków, podawanie leków – zgodnie z zaleceniem Lekarza Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
 - b) wykonywanie czynności diagnostycznych: pomiaru ciśnienia, tętna i wagi – zgodnie z zaleceniem Lekarza Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
 - 4) Pomoc domowa po Hospitalizacji.
 - a. W przypadku gdy Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance była hospitalizowana i po zakończeniu Hospitalizacji potrzebuje pomocy w domu, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty pomocy domowej w jej Miejscu zamieszkania.
 - b. Zakres świadczenia pomocy domowej po Hospitalizacji obejmuje następujące czynności:
 - a) utrzymanie czystości w domu: sprzątanie podłóg na sucho i na mokro, ścieranie kurzy z mebli i parapetów, odkurzanie dywanów lub wykładzin, czyszczenie ceramiki łazienkowej, czyszczenie wanny lub kabiny prysznicowej z ewentualnym brodzikiem, zmywanie naczyń, czyszczenie zlewu, czyszczenie płyty kuchennej;
 - b) przyrządzanie codziennych posiłków (również dla niepełnoletniego dziecka zamieszkującego razem z Ubezpieczonym lub osoby niesamodzielnej zamieszkującej razem z Ubezpieczonym, która ze względu na zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie przygotować posiłków);
 - c) robienie zakupów, niezbędnych do realizacji wyżej wymienionych czynności, w miejscach wskazanych przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance, o ile odległość do nich nie będzie większa niż 50 km od jej Miejscza zamieszkania; robienie zakupów nie obejmuje pokrycia kosztów tych zakupów;
 - d) podlewanie kwiatów;
 - e) wyrzucanie śmieci.
 - 5) Transport medyczny.
 - a. W przypadku gdy powstanie konieczność przywiezienia Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance z jej Miejscza zamieszkania do szpitala lub innej placówki medycznej odpowiednio wyposażonej do udzielenia jej pomocy medycznej oraz transportu powrotnego Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance do jej Miejscza zamieszkania, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu medycznego do 350 km.
 - b. Centrum Pomocy nie zorganizuje transportu medycznego, jeżeli z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance konieczne będzie pilne wezwanie pogotowia ratunkowego. W takim przypadku lekarz Centrum Pomocy wyjaśni Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance przyczynę odmowy zorganizowania transportu medycznego oraz ustali z nią sposób zawiadomienia pogotowia ratunkowego.

- c. Decyzję o wyborze czasu, celu i środka transportu podejmuje Centrum Pomocy po konsultacji z Lekarzem Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, uwzględniając jej stan zdrowia, dostępne środki transportu oraz czas i cel transportu.
 - d. W celu umożliwienia spełnienia świadczenia transportu medycznego Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance zobowiązana jest do zapewnienia Centrum Pomocy dostępu do wszelkich informacji pozwalających na ocenę stanu zdrowia.
- 6) Konsultacja dietytyka.
- a. W przypadku gdy powstanie konieczność konsultacji dietytyka, Centrum pomocy zorganizuje i pokryje koszty takiej konsultacji z dietytykiem w celu przekazania informacji o zasadach zdrowego żywienia i dietach (bezglutenowej, bogatoresztkowej, cukrzycowej, ubogobiałkowej, bogatobiałkowej, niskocholesterolowej, niskokalorycznej, redukcyjnej, wątrobowej, wrzodowej).
- 7) Dostarczenie leków.
- a. W przypadku gdy powstanie konieczność dostarczenia leków, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia leków dla Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance do wskazanego przez nią miejsca.
 - b. Świadczenie dostarczenia leków nie obejmuje pokrycia kosztów tych leków.
- 8) Organizacja i dostawa sprzętu rehabilitacyjnego.
- a. W przypadku, gdy zgodnie ze wskazaniami Lekarza, Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance do jego Miejsca zamieszkania, sprzętu rehabilitacyjnego lub transportu tej osoby do miejsca zakupu w sytuacji, gdy niezbędne jest dopasowanie sprzętu rehabilitacyjnego przed zakupem.
 - b. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego.
- 9) Organizacja i dofinansowanie zakupu peruki lub protezy.
- a. W przypadku, gdy zgodnie ze wskazaniami w skierowaniu lekarskim bądź wskazaniami lekarza Centrum Pomocy, powstanie konieczność używania przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance peruki lub protezy, Centrum Pomocy zorganizuje i dofinansuje zakup zaleconej peruki lub protezy do kwoty 2 000 zł (dwóch tysięcy złotych).
 - b. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu dostarczenia peruki lub protezy.
- 10) Organizacja i pokrycie kosztu procesu rehabilitacji.
- a. Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty wizyt specjalisty fizjoterapeuty w Miejscu zamieszkania Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance lub zorganizuje jej transport do poradni rehabilitacyjnej wraz z pokryciem kosztów wizyt w poradni rehabilitacyjnej.
- 11) Druga krajowa opinia medyczna.
- a. W ramach drugiej krajowej opinii medycznej Centrum Pomocy zweryfikuje kompletność dokumentacji, zorganizuje Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance i pokryje koszty sporządzenia pisemnej opinii Lekarza konsultanta będącego specjalistą w danej dziedzinie, w celu weryfikacji postawionej diagnozy lub proponowanego toku leczenia.
 - b. Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance przysługuje świadczenie organizacji i pokrycia kosztów sporządzenia pisemnej opinii Lekarza konsultanta raz w okresie ubezpieczenia. Limit tego świadczenia nie jest odnawiany w przypadku przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia.
 - c. Pisemna opinia, o której mowa w pkt a, dotyczy diagnozy stanu zdrowia Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance oraz sposobu leczenia, na podstawie dostarczonej przez nią dokumentacji i zawiera:
 - a) opis historii choroby Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
 - b) opinię Lekarza konsultanta na temat postawionej diagnozy i dotychczasowego procesu leczenia;
 - c) propozycje dotyczące dalszego postępowania i leczenia dostępnego na rynku krajowym lub za granicą, zalecanego przez Lekarza konsultanta;
 - d) informacje o osiągnięciach i doświadczeniach zawodowych Lekarza konsultanta, który przygotował drugą krajową opinię medyczną.
 - d. W celu realizacji świadczenia konieczne jest przekazanie przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance do Centrum Pomocy pełnej i kompletnej dokumentacji zawierającej informacje o dotychczasowej diagnostyce oraz leczeniu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance. W przypadku nieprzekazania przez nią kompletnej dokumentacji medycznej, usługa drugiej krajowej opinii medycznej może nie zostać zrealizowana.
 - e. Świadczenie nie obejmuje kosztów zabiegów diagnostycznych lub terapeutycznych wykonanych w związku z przeprowadzeniem konsultacji.
- 12) Druga zagraniczna opinia medyczna.
- a. Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance przysługuje opinia Lekarza konsultanta praktykującego poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, będącego specjalistą w danej dziedzinie.
 - b. Opinia, o której mowa w pkt a, uzyskiwana jest w sytuacji, gdy u Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance wystąpił Nowotwór, który został poddany diagnostyce i zaproponowano Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance plan leczenia.
 - c. Druga opinia lekarska ma na celu uzyskanie przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance następujących informacji:
 - a) czy proponowane leczenie jest zgodne z aktualną wiedzą lekarską w danej dziedzinie;
 - b) czy istnieją metody leczenia odpowiednie i zalecane w danym przypadku, a dostępne jedynie poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, wraz ze wskazaniem ośrodka stosującego tego typu leczenie. Świadczenie jest realizowane, w okresie do 25 dni roboczych od daty otrzymania kompletnej dokumentacji, przy koordynacji lekarza wybranego przez Centrum Pomocy na podstawie pełnej dokumentacji medycznej (zawierającej informacje o dotychczasowej diagnostyce oraz leczeniu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance zebranej i udostępnionej przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance).
- 13) Organizacja procesu leczenia.
- a. Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance przysługuje organizacja procesu leczenia mająca na celu wykonanie zaleceń drugiej opinii medycznej, o której mowa w pkt 11 i 12, obejmująca:
 - a) analizę przypadku;
 - b) koordynację i wsparcie podczas realizacji indywidualnego planu leczenia;
 - c) zakończenie indywidualnego planu leczenia.

- 14) Badania genetyczne dla Dzieci po zdiagnozowaniu nowotworu u Ubezpieczonego.
 - a. Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty diagnostyki (badania genetyczne, morfologia, cytologia, PSA).
 - b. Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie organizacji i pokrycia kosztów diagnostyki raz w okresie ubezpieczenia. Limit tego świadczenia nie jest odnawiany w przypadku przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia.
- 15) Infolinia medyczna – informacje o chorobach i hospicjach:
 - a. Centrum Pomocy oferuje możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem infolinii, który udzieli Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance ogólnej informacji na temat:
 - a) placówek hospicyjnych, w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance i rekomendowanych przez Lekarzy tej osoby;
 - b) zasad występowania o opiekę hospicyjną;
 - c) możliwości dofinansowania do zakupu protez, peruk i innych środków pomocniczych;
 - d) fundacji onkologicznych.
- 16) Opieka nad dziećmi/osobami starszymi w trakcie leczenia.
 - a. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty opieki nad dziećmi/osobami starszymi w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego w trakcie jego leczenia.
- 17) Zakupy z dostawą do domu podczas kwarantanny w okresie leczenia.
 - a. Centrum Pomocy dokona zakupu artykułów pierwszej potrzeby oraz dostarczy je do Miejsca zamieszkania lub pobytu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance przebywającej na kwarantannie.
 - b. Koszty zakupów ponosi Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance. Przez zakupy pierwszej potrzeby rozumiane są artykuły spożywcze, chemiczne oraz leki przepisane przez Lekarza.
2. Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance może skorzystać z każdej z Usługi medycznego Assistance, wymienionej w ust. 1, raz w okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 1 pkt 11 ppkt b oraz pkt 14 ppkt b.
3. Limit, o którym mowa w ust 2, liczony jest odrębnie dla każdego Dziecka.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 6

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
 - 1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
 - 2) po upływie pierwszego Roku polisy, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku (okres ubezpieczenia) z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
5. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne roczne okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
6. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej wyłącznie w przypadku, gdy jest jednocześnie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego lub jego Dzieci Nowotworu.
3. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 8.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 8

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy głównej;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat;
 - 3) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
 - 5) rozwiązania Umowy dodatkowej na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego lub jego Dzieci Nowotworu.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Składka za Umowę dodatkową

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia oraz częstotliwości opłacania Składek. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki za Umowę główną i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 15 ust. 2 i 3 OWU.

Indeksacja

§ 11

Składka za Umowę dodatkową nie podlega indeksacji.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 12

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia lub brak możliwości wykonania świadczeń zaistniałe z przyczyn zewnętrznych niezależnych od Centrum Pomocy i mogących powodować brak dyspozycyjności usługodawców realizujących dane świadczenie.
2. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje kosztów usług powstałych z tytułu lub w następstwie:
 - 1) chorób przewlekłych Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, istniejących lub zdiagnozowanych przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 2) chorób, z którymi związana była hospitalizacja Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance w ciągu ostatnich sześciu miesięcy przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 3) helioterapii lub zabiegów zaleconych Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance ze wskazań estetycznych;
 - 4) chorób przenoszonych drogą płciową, chorób wenerycznych, AIDS, wirusa HIV pozytywnego;
 - 5) ciąży Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
 - 6) leczenia przez Lekarza będącego członkiem rodziny Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
 - 7) szczepień, a także leczenia dentystycznego Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
 - 8) wypadków Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance wynikających z zabiegów lub leczenia nieuznanego w sposób naukowy i medyczny;
 - 9) niestosowania się Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Pomocy.
3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje leczenia oraz transportu w przypadku, gdy stan zdrowia Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance wymaga natychmiastowej interwencji pogotowia ratunkowego.

Realizacja świadczenia

§ 13

1. W przypadku zajścia zdarzenia uprawniającego do skorzystania z Usług medycznego assistance, wskazanych w § 5, Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance zobowiązana jest do telefonicznego skontaktowania się z Centrum Pomocy pod numerem telefonu podanym w Dokumencie ubezpieczenia. Połączenie z powyższym numerem następuje na koszt dzwoniącego.
2. W trakcie kontaktu z Centrum Pomocy Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance powinna podać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) adres zamieszkania Ubezpieczonego;
 - 3) numer PESEL Ubezpieczonego;
 - 4) imię i nazwisko oraz numer PESEL Dziecka, jeżeli zgłoszenie dotyczy Dziecka;
 - 5) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - 6) numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym;
 - 7) inne informacje niezbędne pracownikowi Centrum Pomocy do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. W przypadku gdy podane telefonicznie informacje są niezgodne z danymi posiadanymi przez Centrum Pomocy i mogą nasuwać wątpliwości co do uprawnień do korzystania z Usług medycznego assistance, Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance na żądanie pracownika Centrum Pomocy zobowiązana jest okazać usługodawcy przybyłemu na miejsce zdarzenia dokument tożsamości ze zdjęciem pod rygorem niezrealizowania Usługi medycznego assistance.
4. W przypadku odmowy udzielenia informacji, o których mowa w ust. 2 lub 3 lub braku współpracy z obsługą Centrum Pomocy, Centrum Pomocy może odmówić organizacji świadczeń.

Postanowienia końcowe

§ 14

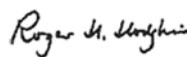
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Poważnego zachorowania Ubezpieczonego
(kod WLF_DD3_DD4_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 5; § 17 ust. 1-3	§ 15; 16 ust. 1; § 17 ust. 4-6

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO (KOD WLF_DD3_DD4_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego zachorowania Ubezpieczonego (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Poważne zachorowanie Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążeń, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 2) **Poważne zachorowanie** – jednostka chorobowa lub zabieg operacyjny zdefiniowane w § 3;
- 3) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Poważnego zachorowania Ubezpieczonego;
- 4) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Poważnego zachorowania Ubezpieczonego;
- 5) **Wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
 - a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,
 w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Poważnego zachorowania.

§ 3

Poważne zachorowania, o których mowa w niniejszych OWUD, otrzymują następujące definicje:

- 1) **Anemia aplastyczna** – przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego, powodujące niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z poniżej wymienionych sposobów:
 - a. przetaczanie preparatów krwiopochodnych;
 - b. podawanie preparatów stymulujących szpik kostny;
 - c. podawanie preparatów immunosupresyjnych;
 - d. przeszczepienie szpiku kostnego.
 Rozpoznanie musi być oparte na wyniku badania histopatologicznego szpiku kostnego (trepanobiopsja) i potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii;
- 2) **Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – ostre zakażenie bakteryjne ośrodkowego układu nerwowego, powodujące zaburzenia jego funkcji. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego, wskazującym na obecność infekcji bakteryjnej oraz powstaniem trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przez co najmniej 3 miesiące od zachorowania;
- 3) **Choroba Alzheimera** – ograniczenie lub utrata zdolności intelektualnych, polegająca na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych, spowodowana nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzona testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera. Rozpoznanie musi być potwierdzone klinicznie przez specjalistę w zakresie neurologii, musi być także spełnione co najmniej jedno z poniższych kryteriów:
 - a. w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego stwierdza się cechy uogólnionego zaniku kory mózgowej;
 - b. ocena podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living”) musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum trzech z listy sześciu podstawowych czynności życiowych w ciągu co najmniej 6 miesięcy:
 - a) mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;
 - b) zdolność do ubierania / rozbierania się;
 - c) używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
 - d) zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
 - e) wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
 - f) picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków.
 Definicja nie obejmuje demencji spowodowanej nadużywaniem alkoholu, substancji odurzających lub AIDS;
- 4) **Choroba Creutzfeldta-Jakoba** – zwyrodnieniowa choroba ośrodkowego układu nerwowego (gąbczaste zapalenie mózgu), rozpoznana klinicznie przez specjalistę w zakresie neurologii za życia Ubezpieczonego, prowadząca do demencji i wyrażająca się utratą możliwości wykonywania przez Ubezpieczonego minimum trzech z listy sześciu podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living”):
 - a. mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;
 - b. zdolność do ubierania / rozbierania się;
 - c. używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
 - d. zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
 - e. wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
 - f. picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków.
 Definicja nie obejmuje przypadków spowodowanych stosowaniem leków lub substancji toksycznych;
- 5) **Choroba Heinego – Medina (poliomyelitis)** – ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem polio przebiegająca z porażeniami mięśni kończyn i/lub uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez odpowiednie badania laboratoryjne.

Konieczne jest utrzymywanie się objawów porażennych przez okres co najmniej 3 miesięcy. Definicja nie obejmuje przypadków zakażenia wirusem polio, przebiegających bez objawów ze strony układu mięśniowego i nerwowego;

- 6) **Choroba neuronu ruchowego** – choroba o nieznanej etiologii, charakteryzująca się postępującym zwyrodnieniem szlaków korowo-rdzeniowych, komórek przednich rdzenia i/lub neuronów opuszki. Definicja obejmuje następujące jednostki chorobowe:
 - a. rdzeniowy zanik mięśni (SMA);
 - b. postępujące porażenie opuszkowe (PBP);
 - c. stwardnienie zanikowe boczne (ALS);
 - d. pierwotne stwardnienie boczne (PLS).
 Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii, konieczne jest wykluczenie innych jednostek chorobowych dających podobne objawy;
- 7) **Choroba Parkinsona** – powolnie postępująca zwyrodnieniowa choroba centralnego układu nerwowego, będąca następstwem zaniku komórek istoty czarnej śródmózgowia. Jednoznaczne rozpoznanie choroby Parkinsona musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie istnienia postępujących i trwałych ubytków neurologicznych, niemożliwych do skorygowania leczeniem farmakologicznym. Ponadto ocena podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living”) musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum trzech z listy sześciu podstawowych czynności życiowych w ciągu co najmniej 6 miesięcy:
 - a. mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;
 - b. zdolność do ubierania / rozbierania się;
 - c. używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
 - d. zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
 - e. wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
 - f. picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków.
 Definicja nie obejmuje przypadków spowodowanych stosowaniem leków lub substancji toksycznych;
- 8) **Ciężkie oparzenia** – uszkodzenie tkanek czynnikami termicznymi, elektrycznymi lub chemicznymi, powodujące oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20 % powierzchni ciała. Jako kryterium pomiaru przyjmuje się tabelę powierzchni ciała Lunda i Browdera;
- 9) **Dystrofia mięśniowa** – genetycznie uwarunkowana choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym, charakteryzująca się postępującym osłabieniem i zanikiem mięśni, bez objawów zajęcia układu nerwowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie badania elektromiograficznego (EMG) oraz biopsji mięśnia, a ocena podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living”) musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum trzech z listy sześciu podstawowych czynności życiowych w ciągu co najmniej 6 miesięcy:
 - a. mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;
 - b. zdolność do ubierania / rozbierania się;
 - c. używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
 - d. zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
 - e. wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
 - f. picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków;
- 10) **Endarterektomia tętnicy szyjnej (CEA)** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony w celu usunięcia zwężenia lub niedrożności tętnicy szyjnej wspólnej lub tętnicy szyjnej wewnętrznej poprzez usunięcie blaszek miażdżycowych z wnętrza tętnicy. Definicja nie obejmuje zabiegów angioplastyki, jakichkolwiek innych zabiegów wykonywanych od strony światła naczynia ani zabiegów wykorzystujących techniki laserowe;
- 11) **Kardiomiopatia** – dysfunkcja mięśnia sercowego o różnej etiologii, prowadząca do jego nieodwracalnej niewydolności, spełniającej kryterium co najmniej III klasy wg NYHA (New York Heart Association), utrzymującej się przez co najmniej 6 miesięcy mimo prowadzenia optymalnej terapii. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem echokardiograficznym. Definicja nie obejmuje przypadków uszkodzenia mięśnia serca spowodowanych nadużywaniem alkoholu (kardiomiopatia alkoholowa);
- 12) **Leczenie operacyjne choroby wieńcowej** – operacja chirurgiczna przeprowadzona przy otwartej klatce piersiowej, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wszczepienie pomostu omijającego. Definicja nie obejmuje angioplastyki wieńcowej, jakichkolwiek innych zabiegów wykonywanych od strony światła naczynia, ani zabiegów wykorzystujących techniki laserowe;
- 13) **Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy** – histologicznie łagodny guz nowotworowy mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych powodujący uszkodzenie tkanek, spełniający wszystkie poniższe warunki:
 - a. wymaga usunięcia chirurgicznego, a w przypadku jego nieoperacyjności powoduje trwały ubytek neurologiczny, istniejący stale przez co najmniej 3 miesiące (ataki padaczkowe nie są uważane za trwały ubytek neurologiczny w rozumieniu niniejszych owu);
 - b. jego istnienie zostało potwierdzone przez neurologa lub neurochirurga na podstawie stosownych badań obrazowych (magnetyczny rezonans jądrowy lub tomografia komputerowa).
 Definicja nie obejmuje:
 - a. torbieli;
 - b. ziarninaków;
 - c. malformacji naczyniowych;
 - d. krwaków;
 - e. ropni;
 - f. guzów rdzenia kręgowego;
 - g. guzów przysadki mózgowej mniejszych niż 10 mm;
- 14) **Nieswoiste zapalenie jelita o ciężkim przebiegu** – zaostrzenie przewlekłego zapalenia jelita, przebiegające z wytworzeniem przetoki, rozcięciem, niedrożnością lub perforacją jelita i wymagające leczenia operacyjnego (całkowitego lub częściowego usunięcia jelita). Rozpoznanie musi być poparte badaniem histopatologicznym, potwierdzającym istnienie choroby Leśniowskiego–Crohna lub wrzodziejącego zapalenia jelita grubego;
- 15) **Niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do stosowania u Ubezpieczonego przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki;
- 16) **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie zdrowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Definicja obejmuje także złośliwe nowotwory ośrodkowego układu nerwowego oraz krwi i narządów krwiotwórczych.

Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie Nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia poniższych trzech kryteriów:

- pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne;
- posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem;
- rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności.

Definicja nie obejmuje:

- nowotworów łagodnych;
- zróżnicowanych raków tarczycy i prostaty o stopniu zaawansowania mniejszym niż II zgodnie z klasyfikacją AJCC;
- nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania większym niż IA zgodnie z klasyfikacją AJCC;
- nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania mniejszym niż IB w klasyfikacji AJCC;
- nowotworów rozpoznanych jedynie na podstawie płynnej biopsji (liquid biopsy);

- Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ)** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórek nowotworowych, nieprzekraczający błony podstawnej nabłonka, z którego się wywodzi i niepowodujący naciekania tkanek sąsiednich (stopień zaawansowania 0 zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC). Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Definicja obejmuje także zróżnicowane raki tarczycy o stopniu zaawansowania I, raki prostaty o stopniu zaawansowania I, czerniaka złośliwego o stopniu zaawansowania IA i nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania IA w klasyfikacji AJCC.

Definicja nie obejmuje:

- nowotworów łagodnych;
- hiperkeratoz, dysplazji, stanów przedrakowych;
- nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania IA zgodnie z klasyfikacją AJCC;

- Operacja aorty** – torakotomia lub laparotomia przeprowadzona z powodu choroby aorty, wymagającej leczenia chirurgicznego i założenia protezy naczyniowej. Pod pojęciem aorta rozumie się odcinek piersiowy i brzuszny aorty, bez ich odgałęzień. Definicja nie obejmuje leczenia urazowych uszkodzeń aorty oraz zabiegów wykonywanych z dostępu wewnątrznaczyniowego;

- Operacja zastawek serca** – operacja na otwartym sercu, polegająca na przeszczepieniu, wszczepieniu lub naprawie jednej lub kilku zastawek serca. Definicja nie obejmuje zabiegów polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów wprowadzonych do naczyń krwionośnych oraz wymiany wszczepionej wcześniej zastawki. Zabieg musi wynikać ze wskazań klinicznych, potwierdzonych przez specjalistę w zakresie kardiologii, a uszkodzenie zastawek musi być potwierdzone badaniem naczyniowym lub echokardiograficznym;

- Paraliż** – całkowita utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn, spełniająca kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovetta, spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu. Kończyna rozumiana jest jako anatomiczna całość: ramię, przedramię, dłoń w przypadku kończyny górnej i udo, podudzie, stopa w przypadku kończyny dolnej. Utrata funkcji musi być trwała, istnieć przez ponad 6 miesięcy od daty zdarzenia i być potwierdzona przez specjalistę w zakresie neurologii;

- Pierwotne nadciśnienie płucne** – pierwotna choroba naczyń tętniczych płuc, przebiegająca z istotnym poszerzeniem jamy prawej komory serca, skutkująca stałym i nieodwracalnym pogorszeniem wydolności fizycznej, spełniająca kryteria co najmniej III klasy wg NYHA (New York Heart Association), powodująca niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania swojej zwykłej aktywności zawodowej. Do potwierdzenia rozpoznania konieczne jest stwierdzenie podczas cewnikowania tętnicy płucnej istotnego wzrostu ciśnienia (średnio 30 mmHg lub powyżej). Definicja nie obejmuje nadciśnienia płucnego rozwijającego się wtórnie do istniejących schorzeń (wtórne nadciśnienie płucne);

- Piorunujące zapalenie wątroby** – masywna martwica komórek wątrobowych spowodowana zakażeniem wirusowym, powodująca szybko postępującą niewydolność wątroby. Konieczne jest potwierdzenie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zakażeniem wirusowym, a niewydolnością wątroby oraz spełnienie wszystkich poniższych warunków:

- szybkie zmniejszanie się wielkości wątroby;
- martwica obejmująca całe zraziki wątrobowe;
- szybkie pogarszanie się wskaźników funkcji wątroby;
- narastanie żółtaczki.

Definicja nie obejmuje przypadków niewydolności wątroby spowodowanych przez alkohol, leki lub inne substancje chemiczne;

- Postępująca twardzina układowa (scleroderma)** – ogólnoukładowa choroba tkanki łącznej i naczyń, powodująca włóknienie w obrębie skóry, naczyń krwionośnych i narządów wewnętrznych. W rozumieniu niniejszych OWUD choroba musi dotyczyć serca, płuc lub nerek i muszą być spełnione co najmniej dwa z poniższych warunków:

- badanie zdolności dyfuzyjnej płuc dla tlenu węgla (DLCO) < 70% wartości prawidłowych;
- wskaźnik filtracji kłębkowej (eGFR) < 60 ml/min;
- występowanie objawów niewydolności serca lub zaburzeń rytmu serca, wymagających leczenia lub występowanie zapalenia osierdzia. Definicja nie obejmuje zlokalizowanych postaci sklerodermi, zapalenia eozynofilowego powięzi oraz przypadków rozpoznanych jako zespół CREST;

- Poważny uraz głowy** – uraz czaszkowo-mózgowy powodujący powstanie trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy od daty zdarzenia. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie badania klinicznego i wyników badań obrazowych;

- Przeszczepienie narządu** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z narządów: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub allogeniczny przeszczep szpiku kostnego. Definicja nie obejmuje przeszczepów narządów innych, niż wymienione powyżej, części narządów (z wyjątkiem przeszczepu fragmentu wątroby), przeszczepów tkanek lub komórek;

- Przewlekła niewydolność wątroby** – końcowe stadium choroby wątroby charakteryzujące się istnieniem jednego z poniższych objawów:

- trwała żółtaczka;
- wodobrzusze;
- encefalopatia wątrobową;
- żylaki przełyku;
- zaburzenia krzepnięcia.

Świadczenie zostanie wypłacone w przypadku, gdy rozpoznano niewydolność wątroby mieszczącą się w klasie B lub C klasyfikacji Child–Pugh.

Definicja nie obejmuje:

- przypadków mieszczących się w klasie A klasyfikacji Child–Pugh;
- chorób wątroby spowodowanych alkoholem lub nadużywaniem leków lub innych substancji chemicznych;

- 27) **Przewlekłe nawracające zapalenie trzustki** – przewlekły proces zapalny powodujący postępujące, nieodwracalne zmiany w mięszu (zanik, włóknienie) oraz stopniowy rozwój niewydolności zewnątrzwydzielniczej i wewnątrzwydzielniczej trzustki. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie gastroenterologii w oparciu o dane kliniczne i wyniki badań obrazowych. Definicja nie obejmuje przypadków zapalenia trzustki związanych z nadużywaniem alkoholu;
- 28) **Reumatoidalne zapalenie stawów** – przewlekła choroba tkanki łącznej charakteryzująca się nieswoistym zapaleniem stawów, zmianami pozastawowymi i objawami układowymi. Konieczne jest spełnienie wszystkich poniższych warunków:
- rozpoznanie spełnia kryteria diagnostyczne Amerykańskiego Towarzystwa Reumatologicznego (American College of Rheumatology);
 - stwierdza się uszkodzenie i deformację trzech lub więcej grup stawów: rąk, nadgarstków, łokci, kolan, bioder, stawów skokowych, stóp, kręgosłupa szyjnego;
 - ocena podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living”) musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum trzech z listy sześciu podstawowych czynności życiowych w ciągu co najmniej 6 miesięcy:
 - mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;
 - zdolność do ubierania / rozbierania się;
 - używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
 - zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
 - wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
 - picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków;
- 29) **Stwardnienie rozsiane** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) charakteryzująca się powstawaniem obszarów demielinizacji. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie aktualnych kryteriów diagnostycznych McDonald’a i potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Konieczne jest istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii najwcześniej po 6 miesiącach od daty wystąpienia zdarzenia) i jednoznaczne wykluczenie innej przyczyny stwierdzanych nieprawidłowości (np. choroby naczyniowe, zakażenia bakteryjne lub wirusowe);
- 30) **Śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin, oceniany na nie więcej niż 7 stopni w Skali Glasgow (Glasgow Coma Scale), powodujący powstanie trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Definicja nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej, a także wynikających z użycia leków, alkoholu i innych substancji odurzających;
- 31) **Toczeń rumieniowaty układowy** – ogólnoustrojowa choroba autoimmunologiczna o nieznanym etiologii, rozwijająca się wskutek złożonych zaburzeń układu odpornościowego, prowadzących do przewlekłego procesu zapalnego w wielu tkankach i narządach. W rozumieniu niniejszych OWUD choroba musi przebiegać z zajęciem nerek (nefropatia toczniowa) i spełniać kryteria kwalifikujące ją do klasy III – VI wg aktualnej klasyfikacji Międzynarodowego Towarzystwa Nefrologicznego i Towarzystwa Chorób Nerek (ISN/RPS):
- klasa I – minimalne zmiany mezangialne;
 - klasa II – zmiany mezangialne proliferacyjne;
 - klasa III – zmiany ogniskowe;
 - klasa IV – zmiany rozsiane;
 - klasa V – błoniaste kłębkowe zapalenie nerek;
 - klasa VI – zaawansowane zmiany stwardnieniowe.
- Definicja nie obejmuje innych form choroby, np. przebiegających z zajęciem skóry, stawów, czy dających jedynie zmiany w obrazie krwi;
- 32) **Udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorom materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
- obecność nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
 - obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w badaniach obrazowych (tomografii komputerowej lub jądrowym rezonansie magnetycznym);
 - istnienie trwałych deficytów neurologicznych potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie co najmniej 2 miesięcy od daty zdarzenia.
- Definicja nie obejmuje:
- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
 - zdarzeń skutkujących jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci;
 - objawów mózgowych spowodowanych migreną;
 - uszkodzenia mózgu spowodowanego zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
 - chorób naczyniowych dotyczących oka, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;
- 33) **Usunięcie płuca (Pneumonektomia)** – torakotomia przeprowadzona w celu usunięcia całego płuca, uszkodzonego wskutek urazu lub choroby. Definicja nie obejmuje usunięcia fragmentu tkanki płucnej (lobektomia, segmentektomia);
- 34) **Utrata kończyn** – całkowita fizyczna utrata dwóch lub więcej kończyn, spowodowana urazem. Definicja obejmuje również utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp, a także łączną utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy;
- 35) **Utrata mowy** – trwała i nieodwracalna całkowita utrata zdolności mówienia w wyniku choroby lub wypadku, powodujących uszkodzenie strun głosowych, utrzymująca się przez co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii. Definicja nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi;
- 36) **Utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie laryngologii, w oparciu o wyniki badań audiometrycznych, wykazujących średni ubytek słuchu (badany dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz) przekraczający 90 dB w każdym uchu;
- 37) **Utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach, rozumiana jako osłabienie ostrości wzroku poniżej 5/50 (0,01) lub ograniczenie pola widzenia poniżej 20%, spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym i korekcyjnym. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie okulistyki;
- 38) **Zaawansowana choroba płuc** – schyłkowe stadium przewlekłej choroby układu oddechowego, w przebiegu której występują wszystkie z poniższych objawów:
- wartość FEV1 utrzymuje się poniżej 1 litra;
 - wymagane jest stałe leczenie tlenem z powodu hipoksemii;

- c. ciśnienie parcjalne tlenu w gazometrii krwi tętnicznej wynosi poniżej 55 mmHg;
 - d. występuje stała duszność spoczynkowa.
- Rozpoznanie musi być potwierdzone klinicznie przez specjalistę w zakresie pneumologii;

39) **Zakażenie wirusem HIV**

- a. Zakażenie wirusem HIV związane z przetoczeniem krwi. Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że:
 - a) do zakażenia doszło w okresie ubezpieczenia, podczas przetaczania ze wskazań medycznych krwi lub preparatów krwiopochodnych;
 - b) Ubezpieczony nie był leczony z powodu hemofilii;
 - c) do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy po przetoczeniu;
 - d) obecność infekcji HIV została potwierdzona w autoryzowanym laboratorium.
- b. Zakażenie wirusem HIV związane z pracą zawodową. Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS, w przypadku gdy łącznie spełnione są poniższe warunki:
 - a) do zakażenia doszło w wyniku zakłucia się igłą w czasie wykonywania obowiązków zawodowych jako: lekarz/stomatolog, pielęgniarka, ratownik medyczny, strażak lub policjant;
 - b) wypadek, który mógł być przyczyną zakażenia zdarzył się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i został zgłoszony do Towarzystwa wraz z ujemnym wynikiem testu w kierunku HIV, wykonanym po wypadku;
 - c) do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy od wypadku;
 - d) obecność infekcji HIV została potwierdzona w autoryzowanym laboratorium.

Definicja nie obejmuje przypadków zakażenia, do których doszło w inny sposób, np. drogą kontaktów seksualnych lub dożylnego stosowania środków odurzających. Towarzystwo musi posiadać prawo dostępu do wyników badań krwi Ubezpieczonego i mieć prawo do zlecenia niezależnych badań kontrolnych;

- 40) **Zapalenie mózgu** – stan zapalny tkanki mózgowej (półkul mózgu, pnia mózgu lub mózdzku), spowodowany czynnikiem infekcyjnym, prowadzący do powstania trwałych ubytków neurologicznych, których istnienie może być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii po 6 miesiącach od początku zachorowania;
- 41) **Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99 centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - a. objawy kliniczne niedokrwienia serca;
 - b. zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe, znamienne zmiany odcinka ST – załamek T (ST-T), patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa);
 - c. nowy ubytek żywnotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych;
 - d. obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionej badaniem angiograficznym lub w autopsji.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 4

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 5

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, zgodnych z definicjami określonymi w § 3, Poważnych zachorowań.
2. W ramach Umowy dodatkowej Towarzystwo udostępni dwa zakresy ubezpieczenia:
 - 1) zakres podstawowy;
 - 2) zakres rozszerzony,
 obejmujące Poważne zachorowania wymienione w tabeli nr 1.

tabela nr 1

Lp.	Rodzaje Poważnych zachorowań	Zakres podstawowy	Zakres rozszerzony
1)	Anemia aplastyczna	✓	✓
2)	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych		✓
3)	Choroba Alzheimera		✓
4)	Choroba Creutzfeldta – Jakoba		✓
5)	Choroba Heinego – Medina (poliomyelitis)		✓
6)	Choroba neuronu ruchowego		✓
7)	Choroba Parkinsona		✓
8)	Ciężkie oparzenia	✓	✓
9)	Dystrofia mięśniowa		✓
10)	Endarterektomia tętnicy szyjnej		✓
11)	Kardiomiopatia		✓
12)	Leczenie operacyjne choroby wieńcowej	✓	✓
13)	Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy	✓	✓
14)	Nieswoiste zapalenie jelita o ciężkim przebiegu		✓

Lp.	Rodzaje Poważnych zachorowań	Zakres podstawowy	Zakres rozszerzony
15)	Niewydolność nerek	✓	✓
16)	Nowotwór złośliwy inwazyjny	✓	✓
17)	Nowotwór złośliwy przed inwazyjny (carcinoma in-situ)		✓
18)	Operacja aorty	✓	✓
19)	Operacja zastawek serca	✓	✓
20)	Paraliż	✓	✓
21)	Pierwotne nadciśnienie płucne		✓
22)	Piorunujące zapalenie wątroby		✓
23)	Postępująca twardzina układowa (scleroderma)		✓
24)	Poważny uraz głowy		✓
25)	Przeszczepienie narządu	✓	✓
26)	Przewlekła niewydolność wątroby		✓
27)	Przewlekłe nawracające zapalenie trzustki		✓
28)	Reumatoidalne zapalenie stawów		✓
29)	Stwardnienie rozsiane	✓	✓
30)	Śpiączka	✓	✓
31)	Toczeń rumieniowaty układowy		✓
32)	Udar mózgu	✓	✓
33)	Usunięcie płuca (pneumonektomia)		✓
34)	Utrata kończyn	✓	✓
35)	Utrata mowy		✓
36)	Utrata słuchu		✓
37)	Utrata wzroku	✓	✓
38)	Zaawansowana choroba płuc		✓
39)	Zakażenie wirusem HIV	✓	✓
40)	Zapalenie mózgu		✓
41)	Zawał serca	✓	✓

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 6

- Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
 - wraz z zawarciem Umowy głównej albo
 - po upływie pierwszego Roku polisy, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
- Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
- Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
- Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
- Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
- Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpiezonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
- Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
- Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpiezonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 8.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 8

- Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - rozwiązania Umowy głównej;

- 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat;
 - 3) wypłaty 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 9

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wynosi 1 000 000 zł (jeden milion złotych).

§ 10

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wiek Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 16 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki za Umowę główną i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 11

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
 - 1) podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy;
 - 2) obniżenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego Roku polisy.
2. Ubezpieczający wnioskując o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
7. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej w Rocznicę polisy jest równoznaczna z rezygnacją z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji, o której mowa w § 14.

§ 12

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 10 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 15 ust. 2 i 3 OWU.

§ 13

1. Po upływie pierwszego Roku polisy Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 14

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 20 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 15

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego, jeżeli było ono konsekwencją:

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
- 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
- 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezależnych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
- 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- 8) wad wrodzonych Ubezpieczonego i schorzeń będących ich skutkiem;
- 9) choroby AIDS Ubezpieczonego;
- a także, jeżeli Poważne zachorowanie:
- 10) zostało zdiagnozowane lub było leczone u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
- 11) było następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
 - a. zdiagnozowanych u Ubezpieczonego lub
 - b. leczonych u Ubezpieczonego, lub
 - c. których leczenie zalecono u Ubezpieczonego,
 w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej;
- 12) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w § 23 OWU.

§ 16

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność tylko wówczas, gdy Poważne zachorowanie Ubezpieczonego było skutkiem Nieszczęśliwego wypadku.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia
3. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - 1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
 - 2) Poważne zachorowanie wystąpiło po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.
 Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 17

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości:
 - 1) 20% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu wystąpienia Poważnego zachorowania – w przypadku wystąpienia Nowotworu złośliwego przedinwazyjnego (carcinoma in situ), o którym mowa w § 3 pkt 17;
 - 2) 50% albo 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu wystąpienia Poważnego zachorowania uzależnione od stopnia zaawansowania choroby, w przypadku Poważnych zachorowań, o których mowa w ust. 2;
 - 3) 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu wystąpienia Poważnego zachorowania, w przypadku pozostałych Poważnych zachorowań,
 z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wypłacany Ubezpieczonemu z tytułu Poważnych zachorowań: Kardiomiopatia, Nowotwór złośliwy inwazyjny, Przewlekłe nawracające zapalenie trzustki, Zawał serca uzależniony jest od stopnia zaawansowania choroby w dniu wystąpienia Poważnego zachorowania:
 - 1) Kardiomiopatia:
 - a. I stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku rozpoznania niewydolności serca w III klasie wg NYHA z frakcją wyrzutową lewej komory (określoną w aktualnym badaniu ECHO serca) < 40%;
 - b. II stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku rozpoznania niewydolności serca w klasie IV wg NYHA z frakcją wyrzutową lewej komory (określoną w aktualnym badaniu ECHO serca) < 30%;

- 2) Nowotwór złośliwy inwazyjny:
- I stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku rozpoznania nowotworu w I stopniu zaawansowania (Stage I), zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC lub przewlekłej białaczki limfocytowej w stopniu zaawansowania mniejszym niż II wg klasyfikacji RAI;
 - II stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku rozpoznania nowotworów o wyższym stopniu zaawansowania niż wskazane w pkt 2 ppkt a;
- 3) Przewlekłe nawracające zapalenie trzustki:
- I stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku, gdy w wyniku niewydolności trzustki doszło do utraty masy ciała nieprzekraczającej 10% wartości wyjściowej;
 - II stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku, gdy w wyniku niewydolności trzustki doszło do utraty masy ciała przekraczającej 10% wartości wyjściowej i/ lub rozpoznania cukrzycy.
- Utrata masy ciała oceniana jest po czterech miesiącach od rozpoznania przewlekłego zapalenia trzustki w stosunku do masy sprzed rozpoznania choroby;
- 4) Zawał serca:
- I stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku, gdy w wyniku Zawału serca doszło do uszkodzenia funkcji lewej komory małego lub średniego stopnia – wartość frakcji wyrzutowej mięśnia lewej komory (EF), mierzonej po co najmniej 3 miesiącach od zdarzenia wynosi co najmniej 50%;
 - II stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku, gdy w wyniku Zawału serca doszło do uszkodzenia funkcji serca znacznego stopnia – wartość frakcji wyrzutowej mięśnia lewej komory (EF), mierzonej po co najmniej 3 miesiącach od zdarzenia wynosi poniżej 50%.
3. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania, o którym mowa w ust. 2, w pierwszym stopniu zaawansowania choroby i dalszego pogorszenia się stanu zdrowia z tytułu tego samego Poważnego zachorowania skutkującego wystąpieniem drugiego stopnia zaawansowania choroby, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o ile w ramach danej grupy, do której zaklasyfikowano Poważne zachorowanie, o której mowa w ust. 4, nie zostało wypłacone świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. W ramach każdej z grup, do których zaklasyfikowano Poważne zachorowanie, wskazanych w tabeli nr 2, Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości nie większej niż 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

tabale nr 2

Zakres podstawowy				
Grupa I	Grupa II	Grupa III	Grupa IV	Grupa V
Anemia aplastyczna	Niewydolność nerek	Leczenie operacyjne choroby wieńcowej	Paraliż	Ciężkie oparzenia
Łagodny nowotwór wewnątrzczaskowy	Przeszczepienie narządu	Operacja aorty	Stwardnienie rozsiane	Śpiączka
Nowotwór złośliwy inwazyjny ¹⁾		Operacja zastawek serca	Urata wzroku	Utrata kończyn
		Udar mózgu		Zakażenie wirusem HIV
		Zawał serca ¹⁾		
Zakres rozszerzony				
Anemia aplastyczna	Niewydolność nerek	Endarterektomia tętnicy szyjnej	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	Choroba Heinego-Medina
Łagodny nowotwór wewnątrzczaskowy	Piorunujące zapalenie wątroby	Kardiomiopatia ¹⁾	Choroba Alzheimerera	Ciężkie oparzenia
Nowotwór złośliwy inwazyjny ¹⁾	Przeszczepienie narządu	Leczenie operacyjne choroby wieńcowej	Choroba Creutzfeldta – Jakoba	Nieswoiste zapalenie jelita o ciężkim przebiegu
Nowotwór złośliwy przed inwazyjny (carcinoma in-situ)	Przewlekła niewydolność wątroby	Operacja aorty	Choroba neuronu ruchowego	Postępująca twardzina układowa
	Przewlekłe nawracające zapalenie trzustki ¹⁾	Operacja zastawek serca	Choroba Parkinsona	Poważny uraz głowy
	Zaawansowana choroba płuc	Pierwotne nadciśnienie płucne	Dystrofia mięśniowa	Reumatoidalne zapalenie stawów
		Udar mózgu	Paraliż	Śpiączka
		Zawał serca ¹⁾	Stwardnienie rozsiane	Toczeń rumieniowaty układowy
			Utrata mowy	Usunięcie płuca (Pneumonektomia)
			Utrata słuchu	Utrata kończyn
			Utrata wzroku	Zakażenie wirusem HIV
			Zapalenie mózgu	

¹⁾ Poważne zachorowania, w razie wystąpienia których świadczenie wypłacane jest w zależności od stopnia jego zaawansowania.

5. Wypłata świadczenia w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej w ramach danej grupy, do której zaklasyfikowano Poważne zachorowanie, skutkuje wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej w zakresie wszystkich Poważnych zachorowań znajdujących się w ramach tej grupy.
6. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Poważnych zachorowań dla jednego Ubezpieczonego nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W przypadku gdy kwota świadczeń z tytułu Poważnego zachorowania przekracza 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Wypłata świadczenia

§ 18

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania Ubezpieczonego.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
5. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 25 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 25 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 19

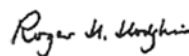
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – choroby dodatkowe
(kod WLF_DD5_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawnijające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 5; § 17 ust. 1	§ 15; § 16 ust. 1; § 17 ust. 2-4

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO – CHOROBY DODATKOWE (KOD WLF_DD5_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – choroby dodatkowe (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o dodatkowe Poważne zachorowania Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Poważne zachorowanie** – jednostka chorobowa lub zabieg operacyjny zdefiniowane w § 3;
- 2) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – choroby dodatkowe;
- 3) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – choroby dodatkowe;
- 4) **Wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
 - a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,
 w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Poważnych zachorowań.

§ 3

Poważne zachorowania, o których mowa w niniejszych OWUD, otrzymują następujące definicje:

- 1) **Bakteryjne zapalenie wsierdzia** – infekcyjne zapalenie wsierdzia (IZW) u osoby z własnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym, spowodowane zakażeniem bakteryjnym. Rozpoznane musi być potwierdzone stwierdzeniem wegetacji bakteryjnych na powierzchni zastawek/zastawki i wyhodowaniu w posiewie krwi bakterii typowych dla IZW.
Definicja nie obejmuje przypadków:
 - a. zdiagnozowanych u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca lub innymi urządzeniami kardiologicznymi;
 - b. wywołanych innym niż bakterie, czynnikiem etiologicznym;
 - c. związanych z dożylnym stosowaniem narkotyków;
- 2) **Embolektomia płucna** – usunięcie świeżej skrzepliny z pnia tętnicy płucnej poprzez jego nacięcie (tzw. embolektomia chirurgiczna) lub wewnątrznaczyniowo (embolektomia przeszskórna) w trakcie leczenia ostrego zatoru tętnicy płucnej;
- 3) **Gruźlica** – pierwsze w życiu zakażenie spowodowane prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium africanum*), powodujące przewlekłą chorobę dotyczącą jednego z układów: oddechowego, kostno-stawowego, moczowo-płciowego, pokarmowego lub ośrodkowego układu nerwowego. Do rozpoznania choroby konieczne jest wyizolowanie prątka gruźlicy z pobranego materiału biologicznego. Termin ten nie obejmuje zakażeń towarzyszących infekcji HIV, zakażeń dotyczących jedynie węzłów chłonnych lub skóry, a także spowodowanych prątkami innymi niż wymienione powyżej;
- 4) **Neuroborelioza** – odkleszczowa choroba zakaźna wywołana przez krętki z rodzaju *Borrelia* przebiegająca z objawami ze strony układu nerwowego w postaci: limfocytarnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenia nerwów czaszkowych, zapalenia korzeni i nerwów obwodowych, przewlekłego zapalenia mózgu i rdzenia kręgowego lub zespołu zaburzeń poznawczych i otępienia. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnimi wynikami badań serologicznych w surowicy krwi, a w przypadku zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego dodatnimi wynikami badań serologicznych w płynie mózgowo-rdzeniowym;
- 5) **Leczenie operacyjne tętnicy płucnej** – przeprowadzenie operacji przy otwartej klatce piersiowej w celu leczenia nieprawidłowości w tętnicy płucnej, polegającej na jej wycięciu i zastąpieniu przeszczepem naczyniowym (graftem);
- 6) **Leczenie operacyjne zmiany naczyniowej mózgu** – przeprowadzenie kraniotomii, leczenia wewnątrznaczyniowego lub radiochirurgicznego w związku z istnieniem malformacji tętniczo-żylnych (AVM) lub tętniaka mózgu;
- 7) **Sepsa** – uogólniona reakcja zapalna wywołana czynnikiem infekcyjnym (zakażenie bakteryjne, wirusowe lub grzybicze), powikłana niewydolnością wielonarządową. Przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów z wymienionych poniżej:
 - a. układ krążenia – skurczowe ciśnienie tętnicze <90 mm Hg lub średnie <70 mm Hg lub spadek ciśnienia skurczowego o więcej niż 40 mm Hg u osób z nadciśnieniem tętniczym;
 - b. układ oddechowy – PaO₂/FiO₂ <300 mm Hg, (<200 mm Hg, jeśli występują pierwotne choroby układu oddechowego);
 - c. nerki – diureza <0,5 ml/kg/h >2 h przy prawidłowym nawodnieniu lub zwiększenie kreatyninemia o więcej niż 44,2 μmol/l;
 - d. przemiana materii – zwiększone stężenie mleczanu;
 - e. układ krwiotwórczy i hemostaza – płytki krwi <100 000/μl lub INR >1,5;
 - f. wątroba – bilirubina w surowicy >34,2 μmol/l (2 mg/dl);
 - g. układ nerwowy – objawy encefalopatii (niepokój, dezorientacja, pobudzenie, majaczenie, śpiączka);
- 8) **Tężec** – choroba zakaźna wywołana przez produkującą neurotoksynę Gram dodatnią bakterię – laseczkę tężca (*Clostridium tetani*), przebiegająca z objawami ze strony układu nerwowego i mięśniowego i wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych. Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez izolację laseczek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi;
- 9) **Wścieklizna** – zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane przez wirus wścieklizny (Rabies wirus);

- 10) **Zgorzel gazowa** – zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych, z powodu rozpoznanego w dokumentacji medycznej ciężkiego zakażenia przyrannego, przebiegającego z rozległym obrzękiem, martwicą mięśni, wytwarzaniem gazu w tkankach oraz towarzyszącymi ogólnymi objawami toksemii, spowodowanego przez bakterie: *Clostridium perfringens*, *Clostridium Novyi* (*oedematiens*) lub *Clostridium septicum*.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 4

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 5

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, zgodnych z definicjami określonymi w § 3, Poważnych zachorowań.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 6

- Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
 - wraz z zawarciem Umowy głównej albo
 - po upływie pierwszego Roku polisy, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
- Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
- Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
- Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
- Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
- Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
- Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
- Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej wyłącznie w przypadku, gdy jest jednocześnie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Poważnego zachorowania w zakresie rozszerzonym.
- Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 8.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 8

- Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - rozwiązania Umowy głównej;
 - poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat;
 - rozwiązania Umowy dodatkowej na wypadek Poważnego zachorowania w zakresie rozszerzonym zawartej w ramach Umowy, której zakres ubezpieczenia został rozszerzony o niniejszą Umowę dodatkową;
 - wypłaty 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
 - odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
- Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 9

- Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 - 4.
- Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej nie może być wyższa niż Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Poważnego zachorowania w zakresie rozszerzonym.
- Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).
- Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek Poważnego zachorowania - choroby dodatkowe wynosi 200 000 zł (dwieście tysięcy złotych).

§ 10

- Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wiek Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 16 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
- Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki za Umowę główną i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 11

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
 - 1) podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy;
 - 2) obniżenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego Roku polisy.
2. Ubezpieczający wnioskuję o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
7. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej w Rocznicę polisy jest równoznaczna z rezygnacją z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji, o której mowa w § 14.

§ 12

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 10 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 15 ust. 2 i 3 OWU.

§ 13

1. Po upływie pierwszego Roku polisy Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 14

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 20 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 15

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego, jeżeli było ono konsekwencją:

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
- 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
- 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
- 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- 8) wad wrodzonych Ubezpieczonego i schorzeń będących ich skutkiem;
- 9) choroby AIDS Ubezpieczonego;

a także, jeżeli Poważne zachorowanie:

- 10) zostało zdiagnozowane lub było leczone u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną z tytułu Umowy dodatkowej;
- 11) było następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
 - a. zdiagnozowanych u Ubezpieczonego lub
 - b. leczonych u Ubezpieczonego, lub
 - c. których leczenie zalecono u Ubezpieczonego,
 w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej;
- 12) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w § 23 OWU.

§ 16

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność tylko wówczas, gdy Poważne zachorowanie Ubezpieczonego było skutkiem Nieszczęśliwego wypadku.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - 1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
 - 2) Poważne zachorowanie wystąpiło po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.
 Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 17

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu zdiagnozowania Poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. W przypadku wypłacenia świadczenia z tytułu danego Poważnego zachorowania Ubezpieczonego odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu tego Poważnego zachorowania Ubezpieczonego wygasa.
3. W przypadku wystąpienia kolejnego Poważnego zachorowania Ubezpieczonego świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli pomiędzy poszczególnymi Poważnymi zachorowaniami Ubezpieczonego zachodzi związek przyczynowo-skutkowy potwierdzony przez lekarza orzecznika.
4. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Poważnych zachorowań dla jednego Ubezpieczonego nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu Poważnego zachorowania przekracza 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Wypłata świadczenia

§ 18

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
5. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 25 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 25 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 19

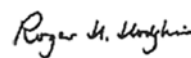
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
dotyczącego Drugiej opinii medycznej dla Ubezpieczonego
(kod WLF_ BDV1_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 5; § 13 ust. 2	§ 12; § 13 ust. 1

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO DOTYCZĄCEGO DRUGIEJ OPINII MEDYCZNEJ DLA UBEZPIECZONEGO (KOD WLF_BDV1_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego dotyczącego Drugiej opinii medycznej dla Ubezpieczonego (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Drugą opinię medyczną dla Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Centrum Pomocy Generali** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe czynne przez całą dobę, 365 dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej oraz koordynuje realizację świadczenia z tytułu Drugiej opinii medycznej. Numer telefonu Centrum Pomocy wskazany jest w Dokumencie ubezpieczenia;
- 2) **Choroba neuronu ruchowego** – choroba o nieznannej etiologii, charakteryzująca się postępującym zwyrodnieniem szlaków korowo-rdzeniowych, komórek przednich rdzenia i/lub neuronów opuszki. Definicja obejmuje następujące jednostki chorobowe:
 - a. rdzeniowy zanik mięśni (SMA);
 - b. postępujące porażenie opuszkowe (PBP);
 - c. stwardnienie zanikowe boczne (ALS);
 - d. pierwotne stwardnienie boczne (PLS).
 Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii, konieczne jest wykluczenie innych jednostek chorobowych dających podobne objawy;
- 3) **Ciężkie oparzenia** – uszkodzenie tkanek czynnikami termicznymi, elektrycznymi lub chemicznymi, powodujące oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20 % powierzchni ciała. Jako kryterium pomiaru przyjmuje się tabelę powierzchni ciała Lunda i Browdera;
- 4) **Druga opinia medyczna** – opinia dotycząca diagnozy, stanu zdrowia i leczenia Ubezpieczonego sporządzana przez Lekarza konsultanta, na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej;
- 5) **Europ Assistance** – Europ Assistance Sp. z o.o., która mieści się pod adresem: ul. Wołoska 5, 02-675 Warszawa, współpracująca z Towarzystwem w ramach Drugiej opinii medycznej;
- 6) **Lekarz konsultant** – lekarz uznany za wybitnego specjalistę w środowisku medycznym w danej specjalności. Wybór Lekarza konsultanta dla poszczególnych Ubezpieczonych będzie dokonywany przez Europ Assistance, z uwzględnieniem specyfiki choroby Ubezpieczonego;
- 7) **Lekarz uprawniony** – lekarz współpracujący z organizatorem usług objętych Drugą opinią medyczną;
- 8) **Niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do stosowania u Ubezpieczonego przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki;
- 9) **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie zdrowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Definicja obejmuje także złośliwe nowotwory ośrodkowego układu nerwowego oraz krwi i narządów krwiotwórczych. Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie Nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia poniższych trzech kryteriów:
 - a. pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne;
 - b. posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem;
 - c. rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności.
 Definicja nie obejmuje:
 - a. nowotworów łagodnych;
 - b. zróżnicowanych raków tarczycy i prostaty o stopniu zaawansowania mniejszym niż II zgodnie z klasyfikacją AJCC;
 - c. nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania większym niż IA zgodnie z klasyfikacją AJCC;
 - d. nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania mniejszym niż IB w klasyfikacji AJCC;
 - e. nowotworów rozpoznanych jedynie na podstawie płynnej biopsji (liquid biopsy);
- 10) **Operacja zastawek serca** – operacja na otwartym sercu, polegająca na przeszczepieniu, wszczepieniu lub naprawie jednej lub kilku zastawek serca. Definicja nie obejmuje zabiegów polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczyń krwionośnych oraz wymiany wszczepionej wcześniej zastawki. Zabieg musi wynikać ze wskazań klinicznych, potwierdzonych przez specjalistę w zakresie kardiologii, a uszkodzenie zastawek musi być potwierdzone badaniem naczyniowym lub echokardiograficznym;
- 11) **Ośrodek referencyjny** – ośrodek medyczny będący ze względu na profil swojej działalności, doświadczenie i wyniki leczenia punktem odniesienia w diagnostyce lub leczeniu danej jednostki chorobowej;
- 12) **Paraliż** – całkowita utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn, spełniająca kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovetta, spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu. Kończyna rozumiana jest jako anatomiczna całość: ramię, przedramię, dłoń w przypadku kończyny górnej i udo, podudzie, stopa w przypadku kończyny dolnej. Utrata funkcji musi być trwała, istnieć przez ponad 6 miesięcy od daty zdarzenia i być potwierdzona przez specjalistę w zakresie neurologii;
- 13) **Przeszczepienie narządu** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z narządów: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub allogeniczny przeszczep szpiku kostnego. Definicja nie obejmuje przeszczepów narządów innych, niż wymienione powyżej, części narządów (z wyjątkiem przeszczepu fragmentu wątroby), przeszczepów tkanek lub komórek;
- 14) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej Drugiej opinii medycznej dla Ubezpieczonego.
- 15) **Stwardnienie rozsiane** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) charakteryzująca się powstawaniem obszarów demielinizacji. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie aktualnych kryteriów diagnostycznych McDonald'a i potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Konieczne jest istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii najwcześniej po 6 miesiącach od daty

wystąpienia zdarzenia) i jednoznaczne wykluczenie innej przyczyny stwierdzanych nieprawidłowości (np. choroby naczyniowe, zakażenia bakteryjne lub wirusowe);

- 16) **Śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin, oceniany na nie więcej niż 7 stopni w Skali Glasgow (Glasgow Coma Scale), powodujący powstanie trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Definicja nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej, a także wynikających z użycia leków, alkoholu i innych substancji odurzających;
- 17) **Udar mózgu** – nagle, ogniskowe uszkodzenie mózgu spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorem materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - a. obecność nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - b. utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
 - c. obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w badaniach obrazowych (tomografii komputerowej lub jądrowym rezonansie magnetycznym);
 - d. istnienie trwałych deficytów neurologicznych potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie co najmniej 2 miesięcy od daty zdarzenia.
 Definicja nie obejmuje:
 - a. epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
 - b. zdarzeń skutkujących jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci;
 - c. objawów mózgowych spowodowanych migreną;
 - d. uszkodzenia mózgu spowodowanego zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
 - e. chorób naczyniowych dotyczących oka, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;
- 18) **Utrata mowy** – trwała i nieodwracalna całkowita utrata zdolności mówienia w wyniku choroby lub wypadku, powodujących uszkodzenie strun głosowych, utrzymująca się przez co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii. Definicja nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi;
- 19) **Utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie laryngologii, w oparciu o wyniki badań audiometrycznych, wykazujących średni ubytek słuchu (badany dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz) przekraczający 90 dB w każdym uchu;
- 20) **Utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach, rozumiana jako osłabienie ostrości wzroku poniżej 5/50 (0,01) lub ograniczenie pola widzenia poniżej 20%, spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym i korekcyjnym. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie okulistyki;
- 21) **Zakażenie wirusem HIV**
 - a. Zakażenie wirusem HIV związane z przetoczeniem krwi. Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że:
 - a) do zakażenia doszło w okresie ubezpieczenia, podczas przetaczania ze wskazań medycznych krwi lub preparatów krwiopochodnych;
 - b) Ubezpieczony nie był leczony z powodu hemofilii;
 - c) do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy po przetoczeniu;
 - d) obecność infekcji HIV została potwierdzona w autoryzowanym laboratorium;
 - b. Zakażenie wirusem HIV związane z pracą zawodową. Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że:
 - a) do zakażenia doszło w wyniku zakłucia się igłą w czasie wykonywania obowiązków zawodowych jako: lekarz/stomatolog, pielęgniarka, ratownik medyczny, strażak lub policjant;
 - b) wypadek, który mógł być przyczyną zakażenia zdarzył się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i został zgłoszony do Towarzystwa wraz z ujemnym wynikiem testu w kierunku HIV, wykonanym po wypadku;
 - c) do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy od wypadku;
 - d) obecność infekcji HIV została potwierdzona w autoryzowanym laboratorium.
 Definicja nie obejmuje przypadków zakażenia, do których doszło w inny sposób, np. drogą kontaktów seksualnych lub dożylnego stosowania środków odurzających. Towarzystwo musi posiadać prawo dostępu do wyników badań krwi Ubezpieczonego i mieć prawo do zlecenia niezależnych badań kontrolnych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje sporządzenie Drugiej opinii medycznej dla Ubezpieczonego, w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, o którym mowa w § 13 ust. 2.

§ 5

Zakres ubezpieczenia obejmuje sporządzenie Drugiej opinii medycznej, w ramach której Towarzystwo za pośrednictwem Europ Assistance zobowiązuje się do:

- a. udzielenia Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie Drugiej opinii medycznej, a w razie potrzeby zobowiązuje się do zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów. W przypadku chorób nowotworowych może być konieczne przeprowadzenie ponownego badania histopatologicznego, które, na wniosek Ubezpieczonego, zostanie zorganizowane przez Europ Assistance;
- b. przetłumaczenia, w razie potrzeby, zebranej dokumentacji medycznej na język angielski, a następnie sporządzenia z niej streszczenia;
- c. przesłania streszczenia do Lekarza konsultanta, specjalizującego się w danym schorzeniu;
- d. zapewnienia sporządzenia Drugiej opinii medycznej zawierającej: potwierdzenie bądź nową diagnozę, efektywny sposób leczenia, rokowania;
- e. przetłumaczenia Drugiej opinii medycznej na język polski oraz udostępnienia jej Ubezpieczonemu lub na wniosek Ubezpieczonego lekarzowi prowadzącemu, pod opieką którego on się znajduje;

- f. zorganizowania telekonsultacji, wideokonsultacji lub wizyty u Lekarza konsultanta, czyli:
- zorganizowania telekonsultacji, wideokonsultacji albo wizyty u Lekarza konsultanta z Ośrodka referencyjnego, przygotowującego Drugą opinię medyczną, w celu omówienia z nim wątpliwości lub niejasności, a także odpowiedzi na dodatkowe pytania Ubezpieczonego dotyczące sporządzonej Drugiej opinii medycznej. Usługa realizowana jest w dni robocze w terminie ustalonym z Ubezpieczonym;
 - zorganizowania pomocy tłumacza, przy wykorzystaniu narzędzi porozumiewania się na odległość (telefon, e-mail, chat), w sytuacji, gdy Ubezpieczony wymaga wsparcia w zakresie tłumaczenia podczas telekonsultacji albo wideokonsultacji z Lekarzem konsultantem z Ośrodka referencyjnego lub w trakcie organizacji procesu leczenia. Tłumaczenia odbywają się w języku: angielskim, niemieckim, hiszpańskim lub francuskim. Usługa realizowana jest w dniu telekonsultacji albo wideokonsultacji;
- g. wskazania lekarzy kwalifikujących się do podjęcia procesu leczenia Ubezpieczonego, czyli:
- wyszukania lekarza specjalizującego się w danym schorzeniu;
 - dostarczenia Ubezpieczonemu raportu zawierającego informacje o dostępności lekarza, sposobie, w jaki można umówić się na wizytę, dokumentacji medycznej potrzebnej na wizytę oraz zawierającego informacje o doświadczeniu lekarza. W raporcie zawarte są opisy maksymalnie trzech rekomendowanych lekarzy;
- h. zorganizowania procesu leczenia Ubezpieczonego za granicą, czyli:
- zorganizowania oraz koordynacji terapii medycznej;
 - zorganizowania oraz koordynacji transportu Ubezpieczonego do miejsca gdzie przeprowadzane jest leczenie;
 - zorganizowania zakwaterowania Ubezpieczonego;
 - przedstawienia szacunkowego kosztu leczenia.

Prawo do usług określonych w ppkt f, g oraz h przysługuje pod warunkiem, że wcześniej została sporządzona Druga opinia medyczna dla Ubezpieczonego.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 6

- Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
 - wraz z zawarciem Umowy głównej albo
 - po upływie pierwszego Roku polisy, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
- Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
- Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
- Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
- Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne roczne okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
- Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
- Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
- Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 8.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 8

- Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - rozwiązania Umowy głównej;
 - poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat;
 - odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
- Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Składka za Umowę dodatkową

§ 9

- Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia oraz częstotliwości opłacania Składek. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
- Składka za Umowę dodatkową doliczona jest do Składki za Umowę główną i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Składki za Umowę dodatkową

§ 10

- Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
- Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
- W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 15 ust. 2 i 3 OWU.

Indeksacja

§ 11

Składka za Umowę dodatkową nie podlega indeksacji.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 12

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe objęte ochroną ubezpieczeniową było konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Drugiej opinii medycznej, jeżeli choroba lub uszkodzenie ciała powodujące trwałą, krytyczną, nieodwracalną utratę zdrowia nastąpiły wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa, określonych w ust. 1, a ponadto jeśli powstały wskutek:
 - 1) poddania się leczeniu dentystycznemu przez Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 2) operacji plastycznej lub kosmetycznej Ubezpieczonego z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) leczenia wszelkiego rodzaju uzależnień Ubezpieczonego;
 - 4) przypadków związanych z usuwaniem ciąży lub będących jego następstwem.

Świadczenie z tytułu Drugiej opinii medycznej

§ 13

1. Świadczenie obejmuje proces organizowania usług określonych w § 5, natomiast nie obejmuje kosztów wizyt lekarskich i badań diagnostycznych zaleconych lub niezbędnych do sporządzenia Drugiej opinii medycznej. Nie obejmuje również kosztów terapii medycznej, transportu czy zakwaterowania.
2. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli u Ubezpieczonego rozpoznano chorobę lub uszkodzenie ciała powodujące trwałą, krytyczną, nieodwracalną utratę zdrowia tj:
 - 1) Chorobę neuronu ruchowego;
 - 2) Ciężkie oparzenia;
 - 3) Niewydolność nerek;
 - 4) Nowotwór złośliwy inwazyjny;
 - 5) Operacja zastawek serca;
 - 6) Paraliż;
 - 7) Przeszczepienie narządu;
 - 8) Stwardnienie rozsiane;
 - 9) Śpiączkę;
 - 10) Udar mózgu;
 - 11) Utratę mowy;
 - 12) Utratę słuchu;
 - 13) Utratę wzroku;
 - 14) Zakażenie wirusem HIV.
3. Osoba zgłaszająca się do Centrum Pomocy Generali powinna podać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) adres zamieszkania;
 - 3) numer telefonu do kontaktu zwrotnego.
4. W przypadku potwierdzenia ochrony ubezpieczeniowej zgłaszający otrzyma przesyłkę zawierającą zestaw formularzy niezbędnych do spełnienia świadczenia.
5. Zgłaszający zobowiązany jest dostarczyć do Centrum Pomocy Generali pełną dokumentację medyczną dotyczącą przypadku medycznego, w związku z którym wnioskuje o sporządzenie Drugiej opinii medycznej dla Ubezpieczonego.

6. Centrum Pomocy Generali przesyła Drugą opinię medyczną w ciągu 17 dni roboczych liczonych od daty, w której spełniony został warunek określony w ust. 5.
7. W przypadku gdy sporządzenie Drugiej opinii medycznej nie może nastąpić w terminie, o którym mowa w ust. 6, Centrum Pomocy Generali sporządzi Drugą opinię medyczną w ciągu 14 dni roboczych od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, sporządzenie jej było możliwe.
8. Centrum Pomocy Generali organizuje telekonsultację, wideokonsultację albo wizytę u Lekarza konsultanta, o których mowa w § 5 pkt f, nie później niż 2 dni robocze od dnia otrzymania zgłoszenia o chęci skorzystania z tej usługi.

Postanowienia końcowe

§ 14

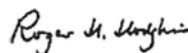
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Poważnej operacji Ubezpieczonego
(kod WLF_ MMO_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 16 ust. 1 i 4; Załącznik nr 1 do OWUD – Katalog Poważnych operacji	§ 14; § 15 ust. 1; § 16 ust. 2 i 3

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK POWAŻNEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO (KOD WLF_MMO_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnej operacji Ubezpieczonego (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Poważne operacje Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciżenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 2) **Poważna operacja** – inwazyjny zabieg chirurgiczny wykonywany w Szpitalu w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym przez uprawnionego lekarza, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub układu albo mający na celu usunięcie ogniska chorobowego. Definicja obejmuje wyłącznie przypadki wymienione w Katalogu Poważnych operacji stanowiącym załącznik nr 1 do OWUD. Operacjami, w rozumieniu niniejszych OWUD, nie są zabiegi przeprowadzane w celach diagnostycznych, takie jak biopsja, pobranie wycinków, operacja zwiadowcza;
- 3) **Przeciżenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 4) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Poważnej operacji Ubezpieczonego;
- 5) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Poważnej operacji Ubezpieczonego;
- 6) **Szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń szpitalnych w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa. Definicja obejmuje szpitale znajdujące się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz krajów Unii Europejskiej, a także krajów spoza Unii Europejskiej pod warunkiem dostarczenia dokumentacji medycznej przetłumaczonej na język angielski. W rozumieniu niniejszej definicji Szpitalem nie jest:
 - a. placówka leczenia odwykowego;
 - b. zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności: szpital uzdrowiskowy, sanatorium, prewentorium;
 - c. hospicjum, zakład opiekuńczo-leczniczy i pielęgnacyjno-opiekuńczy;
- 7) **Wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
 - a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Poważnej operacji.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Poważne operacje Ubezpieczonego przeprowadzone w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
 - 1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
 - 2) po upływie pierwszego Roku polisy, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
5. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
6. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy głównej;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat;
 - 3) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek Poważnej operacji wynosi 50 000 zł (pięćdziesiąt tysięcy złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wiek Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 15 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki za Umowę główną i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
 - 1) podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy;
 - 2) obniżenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego Roku polisy.
2. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
7. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej w Rocznicę polisy jest równoznaczna z rezygnacją z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji, o której mowa w § 13.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 15 ust. 2 i 3 OWU.

§ 12

1. Po upływie pierwszego Roku polisy Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 20 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli konieczność przeprowadzenia Poważnej operacji była konsekwencją:
 - wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - spożycia alkoholu przez Ubezpieczonego (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, uśmierzania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekką atletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
 - choroby AIDS Ubezpieczonego.
- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnej operacji, jeżeli miała ona na celu:
 - operację plastyczną lub kosmetyczną Ubezpieczonego, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - zmianę płci Ubezpieczonego, pozbawienie Ubezpieczonego płodności, usunięcie ciąży Ubezpieczonego, sztuczne zapłodnienie Ubezpieczonego lub inny sposób leczenia jego niepłodności;
 - poddanie się leczeniu dentystrycznemu przez Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany został Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - pobranie od Ubezpieczonego narządów lub tkanek do przeszczepu;
 - leczenie wszelkiego rodzaju uzależnień Ubezpieczonego;
 a także, jeżeli Poważna operacja:
 - została zlecona Ubezpieczonemu lub o której postanowiono przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem § 16 ust. 4;
 - była następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
 - rozpoznanych u Ubezpieczonego lub
 - leczonych u Ubezpieczonego lub
 - których leczenia zalecono u Ubezpieczonego,
 w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej;
 - jest skutkiem okoliczności, o których mowa w § 23 OWU.

§ 15

- W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu Poważnej operacji wyłącznie, jeżeli operacja ta spowodowana była Nieszczęśliwym wypadkiem.
- Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia.
- W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
 - Poważna operacja miała miejsce po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.
 Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej**§ 16**

- W przypadku przeprowadzenia Poważnej operacji Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wykonania Poważnej operacji, zależny od kategorii określonej w Katalogu Poważnych operacji, stanowiącym załącznik nr 1 do OWUD. W przypadku Poważnej operacji:
 - z kategorii A – wypłaci 100% Sumy ubezpieczenia;
 - z kategorii B – wypłaci 80% Sumy ubezpieczenia;
 - z kategorii C – wypłaci 60% Sumy ubezpieczenia;
 - z kategorii D – wypłaci 40% Sumy ubezpieczenia;
 - z kategorii E – wypłaci 20% Sumy ubezpieczenia,
 z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
- Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Poważnej operacji Ubezpieczonego w danym Roku polisy nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu Poważnej operacji Ubezpieczonego w danym Roku polisy przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- Jeżeli wystawienie skierowania na przeprowadzenie Poważnej operacji Ubezpieczonego miało miejsce przed datą rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - wystawienie skierowania na przeprowadzenie Poważnej operacji Ubezpieczonego miało miejsce w okresie trwania ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej Poważnej operacji Ubezpieczonego;
 - ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej Poważnej operacji Ubezpieczonego zakończyła się;
 - okres między zakończeniem ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej Poważnej operacji Ubezpieczonego a datą zawarcia niniejszej Umowy dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.

Wypłata świadczenia**§ 17**

- Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - kopię skierowania lekarskiego na przeprowadzenie Poważnej operacji;
 - kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej przeprowadzenie Poważnej operacji.
- W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
- Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski, z zastrzeżeniem ust. 4.
- W przypadku gdy Poważna operacja została przeprowadzona w Szpitalu mieszczącym się w kraju spoza Unii Europejskiej dokumenty, o których mowa w ust. 1 pkt 2, powinny być przetłumaczone na język angielski.
- Koszt tłumaczenia dokumentów ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
- Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 25 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. § 25 ust. 5 OWU.

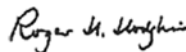
Postanowienia końcowe**§ 18**

- W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
- Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski


Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss


Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Zabiegu specjalistycznego Ubezpieczonego
(kod WLF_ MMOE_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 15 ust. 1; Załącznik nr 1 do OWUD – Katalog Zabiegów specjalistycznych	§ 13; § 14 ust. 1; § 15 ust. 2 i 3

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK ZABIEGU SPECJALISTYCZNEGO UBEZPIECZONEGO (KOD WLF_MMOE_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Zabiegu specjalistycznego Ubezpieczonego (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Zabieg specjalistyczny Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 2) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 3) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Zabiegu specjalistycznego Ubezpieczonego;
- 4) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Zabiegu specjalistycznego Ubezpieczonego;
- 5) **Wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
 - a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Zabiegu specjalistycznego;
- 6) **Zabieg specjalistyczny** – metoda leczenia niezbędna z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub układu Ubezpieczonego albo mająca na celu usunięcie ogniska chorobowego u Ubezpieczonego, wykonywana przez lekarza w placówce podmiotu leczniczego, działającej zgodnie z przepisami prawa.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie Zabiegi specjalistyczne wymienione w Katalogu Zabiegów specjalistycznych, stanowiącym załącznik nr 1 do OWUD, przeprowadzone u Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
 - 1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
 - 2) po upływie pierwszego Roku polisy, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
5. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
6. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.
4. Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej wyłącznie w przypadku, gdy w tym samym czasie objęty jest ochroną z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Poważnej operacji.
5. Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową wyłącznie w ramach jednej Umowy dodatkowej na wypadek Zabiegu specjalistycznego.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy głównej;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat;
 - 3) rozwiązania Umowy dodatkowej na wypadek Poważnej operacji zawartej w ramach Umowy, której zakres ubezpieczenia został rozszerzony o niniejszą Umowę dodatkową;
 - 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest stała i wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wiek Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 14 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczona jest do Składki za Umowę główną i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 15 ust. 2 i 3 OWU.

§ 11

1. Po upływie pierwszego Roku polisy Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 12

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej nie podlega indeksacji

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 13

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli konieczność przeprowadzenia Zabiegu specjalistycznego była konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 3) spożycia alkoholu przez Ubezpieczonego (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;

- 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotnictwo, paralotnictwo, szybownictwo, motolotnictwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarsstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- a także, jeżeli Zabieg specjalistyczny:
- 8) miał na celu operację plastyczną lub kosmetyczną Ubezpieczonego, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
- 9) został zlecony Ubezpieczonemu lub o którym postanowiono przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
- 10) był następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
 - a. zdiagnozowanych u Ubezpieczonego lub
 - b. leczonych u Ubezpieczonego, lub
 - c. których leczenie zalecono u Ubezpieczonego,
 w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej;
- 11) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w § 23 OWU.

§ 14

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu Zabiegu specjalistycznego wyłącznie, jeżeli konieczność jego przeprowadzenia była spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejne okresy ubezpieczenia.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - 1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygaśa nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygaśa nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
 - 2) Zabieg specjalistyczny został przeprowadzony po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.
 Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 15

1. W przypadku przeprowadzenia Zabiegu specjalistycznego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu określony w Katalogu Zabiegów specjalistycznych, stanowiącym załącznik nr 1 do OWUD, procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wykonania Zabiegu specjalistycznego, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Zabiegu specjalistycznego w danym Roku polisy nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu Zabiegu specjalistycznego przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Wypłata świadczenia

§ 16

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię skierowania lekarskiego na przeprowadzenie Zabiegu specjalistycznego;
 - 3) kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej przeprowadzenie Zabiegu specjalistycznego.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 25 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. § 25 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 17

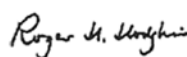
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu
(kod WLF_ DCHB_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 16 ust. 1, 2, 5, 7 i 8	§ 14; § 15 ust. 1; § 16 ust. 3, 4 i 6

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU (KOD WLF_DCHB_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Choroba** – reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 2) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagłe;
- 3) **OIOM** – oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii będący wydzielonym oddziałem szpitalnym, posiadający stanowiska intensywnej terapii zaopatrzone w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie funkcji życiowych i wspomaganie czynności jednego lub kilku podstawowych układów organizmu, w szczególności oddychania, krążenia oraz ośrodkowego układu nerwowego, zapewniający przez 24 godziny na dobę opiekę lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki anestezjologicznej. W rozumieniu niniejszej definicji OIOM-em nie są wydzielone sale intensywnego nadzoru, istniejące w ramach innych oddziałów specjalistycznych;
- 4) **Pobyt w szpitalu** – odbywający się na zlecenie lekarza pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, rozumianym jako zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń szpitalnych w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa, trwający nieprzerwanie co najmniej 1 dzień, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. Definicja obejmuje szpitale znajdujące się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz krajów Unii Europejskiej, a także krajów spoza Unii Europejskiej pod warunkiem dostarczenia dokumentacji medycznej przetłumaczonej na język angielski.

Okres Pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala. Jeżeli w czasie Pobytu w szpitalu nastąpił zgon, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu.

W rozumieniu niniejszej definicji Pobyt w szpitalu nie jest pobyt w:

- a. placówkach leczenia odwykowego;
- b. zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności: szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach, prewentoriach;
- c. hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych;
- 5) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 6) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu;
- 7) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu;
- 8) **Wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
 - a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Pobytu w szpitalu.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i był konsekwencją Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, które wystąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem § 16 ust. 8.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
 - 1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
 - 2) po upływie pierwszego Roku polisy, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznic polisy.

- Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużeniu Umowy dodatkowej.
- Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
- Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
- Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

- Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - rozwiązania Umowy głównej;
 - poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat;
 - odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
- Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

- Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
- Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 5 000 zł (pięć tysięcy złotych).
- Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek Pobytu w szpitalu wynosi 50 000 zł (pięćdziesiąt tysięcy złotych).

§ 9

- Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wiek Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 15 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
- Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki za Umowę główną i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

- Ubezpieczający może wnioskować o:
 - podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy;
 - obniżenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego Roku polisy.
- Ubezpieczający wnioskuje o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
- Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
- Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
- Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej w Rocznicę polisy jest równoznaczna z rezygnacją z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji, o której mowa w § 13.

§ 11

- Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
- Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
- W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 15 ust. 2 i 3 OWU.

§ 12

- Po upływie pierwszego Roku polisy Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 20 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w szpitalu, jeżeli jego konieczność była konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 3) nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, alkoholizmu Ubezpieczonego, spożycia alkoholu przez Ubezpieczonego (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotnictwo, paralotnictwo, szybownictwo, motolotnictwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekką atletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
 - 8) wad wrodzonych Ubezpieczonego i schorzeń będących ich skutkiem;
 - 9) choroby AIDS Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w szpitalu, jeżeli miał on na celu:
 - 1) operację plastyczną lub kosmetyczną Ubezpieczonego, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) wykonywanie przez Ubezpieczonego rutynowych badań lekarskich lub badań diagnostycznych niewynikających z zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych u Ubezpieczonego, z wyjątkiem rehabilitacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 4) leczenie lub zabiegi związane z usunięciem ciąży, porodem lub porodem, poza przypadkami gdy zdiagnozowano komplikacje porodu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiące zagrożenie dla życia Ubezpieczonego;
 - 5) poddanie się leczeniu dentystrycznemu przez Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 6) pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu od Ubezpieczonego;
 - 7) leczenie wszelkiego rodzaju uzależnień Ubezpieczonego;
 a także, jeżeli Pobyt w szpitalu:
 - 8) został zlecony Ubezpieczonemu lub o którym postanowiono przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 9) był następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
 - a. zdiagnozowanych u Ubezpieczonego lub
 - b. leczonych u Ubezpieczonego, lub
 - c. których leczenie zalecono u Ubezpieczonego,
 w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej;
 - 10) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w § 23 OWU.

§ 15

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia.

3. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
- 1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygaśa nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygaśa nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
 - 2) Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego miał miejsce po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.
- Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 16

1. W przypadku Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu za każdy dzień Pobytu w szpitalu, określony w tabeli nr 1, procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu rozpoczęcia Pobytu w szpitalu:

tabela nr 1

% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za Pobyt w szpitalu spowodowany Chorobą	
za każdy dzień Pobytu w szpitalu	0,5%
% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za Pobyt w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem	
za każdy dzień Pobytu w szpitalu	1%

2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM-ie w czasie Pobytu w szpitalu, o którym mowa w ust. 1, Towarzystwo wypłaci świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w ust. 1, w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
3. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględni okresu pobytu na przepustkach.
4. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia, ten dzień uwzględnia się jeden raz.
5. Jeżeli w tym samym czasie Pobyt w szpitalu spowodowany był Chorobą oraz Nieszczęśliwym wypadkiem do ustalenia wysokości świadczenia przyjmuje się stawki za Pobyt w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem.
6. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględni okresu pobytu na przepustkach.
7. Zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu możliwe jest także w trakcie Pobytu w szpitalu po 30 dniu tego pobytu. Zasadę tę stosuje się do każdego kolejnego 30-dniowego okresu Pobytu w szpitalu.
8. Jeżeli Nieszczęśliwy wypadek miał miejsce przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej, a spowoduje on Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w okresie udzielania ochrony z tytułu Umowy dodatkowej, Towarzystwo wypłaci za każdy dzień tego pobytu świadczenie w wysokości 0,5% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu rozpoczęcia Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.

Wypłata świadczenia

§ 17

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
- 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wraz z określeniem przyczyny Pobytu w szpitalu.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W przypadku gdy Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu miał miejsce w kraju spoza Unii Europejskiej dokumenty, o których mowa w ust. 1 pkt 2, powinny być przetłumaczone na język angielski.
5. Koszt tłumaczenia dokumentów ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
6. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 25 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. § 25 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 18

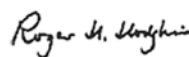
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
Usługi medyczne dla Ubezpieczonego (kod WLF_ PRZ_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 5 ust. 2	§ 5 ust. 2 i 5; § 12 ust. 3

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO USŁUGI MEDYCZNE DLA UBEZPIECZONEGO (KOD WLF_PRZ_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego Usługi medyczne dla Ubezpieczonego (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o świadczenie przez Towarzystwo Usług medycznych dla Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi dokumentami, do udzielania świadczeń medycznych, dostępna u Świadczeniodawców współpracujących w ramach Usług medycznych;
- 2) **Osobisty opiekun** – pracownik infolinii Usług medycznych dostępny od poniedziałku do piątku w godzinach 8:00-22:00 pod numerem telefonu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia;
- 3) **Portal Usług medycznych** – platforma internetowa udostępniana Ubezpieczonemu przez całą dobę, pod adresem wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia, za pośrednictwem której realizowane są Usługi medyczne;
- 4) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej Usługi medyczne dla Ubezpieczonego;
- 5) **Świadczeniodawca** – podmiot, który jest wykonawcą świadczeń medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w ramach Usług medycznych;
- 6) **Usługi medyczne** – pakiet usług medycznych w ramach świadczenia zdrowotnego, objęty zakresem ubezpieczenia, pozostający w związku z ochroną zdrowia lub nieprawidłowym, według ogólnie uznanej wiedzy medycznej, stanem fizycznym lub psychicznym organizmu, lub uszkodzeniem ciała, którego realizacja wynika ze wskazań medycznych. Usługi medyczne, których zakres wskazany został w § 5 ust. 2 OWUD, dostępne są dla Ubezpieczonego za pośrednictwem Portalu Usług medycznych lub przez Osobistego opiekuna.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest udostępnianie Usług medycznych Ubezpieczonemu.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Usługi medyczne, wskazane w § 5 ust. 2, z których ma prawo skorzystać Ubezpieczony.

§ 5

1. Usługi medyczne dla Ubezpieczonego udostępniane są za pośrednictwem Portalu Usług medycznych lub przez Osobistego Opiekuna.
2. Zakres Usług medycznych, sposób ich udzielania oraz limity określone zostały w tabeli nr 1 poniżej:

tabela nr 1

Lp.	Usługa medyczna	Organizacja	Realizacja	Osobisty opiekun	Portal Usług medycznych	Limity
1)	Badania profilaktyczne Ubezpieczonego (zgodnie z zakresem wskazanym w ust. 3)	✓	✓	✓	✓	Raz w Roku polisy
2)	Badania laboratoryjne oraz badania obrazowe	✓		✓	✓	Bez limitu
3)	Wsparcie w zakresie wiedzy medycznej oraz informacji dotyczących zdrowia Ubezpieczonego i jego bliskich (udzielane informacje nie mają charakteru diagnostycznego)		✓	✓		Bez limitu
4)	Udzielanie informacji o badaniach zalecanych do wykonania przed wizytą u Lekarza		✓	✓		Bez limitu
5)	Udzielanie informacji o aptekach dyżurnych		✓	✓		Bez limitu
6)	Udzielanie informacji o dostępności danego leku w aptece		✓	✓	✓	Bez limitu
7)	Udzielanie informacji o potencjalnych interakcjach danego leku		✓	✓		Bez limitu
8)	Autodiagnoza Ubezpieczonego przeprowadzana za pośrednictwem narzędzi udostępnianych w ramach Usług medycznych wraz z dostępem do wykazu potencjalnych chorób i specjalizacji lekarskich, odpowiadających za ich diagnostykę i leczenie		✓		✓	Bez limitu

9)	Wykaz badań oraz informacji o rekomendowanej częstotliwości ich wykonywania w celach profilaktyki zdrowotnej	✓	✓	✓	Bez limitu
10)	Udzielanie informacji o przybliżonych dostępnych terminach przyjęć w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia w danych poradniach specjalistycznych, w określonych miejscowościach i u określonych Świadczeniodawców	✓	✓	✓	Bez limitu
11)	Wizyty u Lekarza, w tym wizyty za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość dostępnych w ramach Usług medycznych	✓	✓	✓	Bez limitu
12)	Wizyty domowe do miejsca pobytu Ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i w ramach miejscowości wskazanych przez Świadczeniodawców	✓	✓	✓	Bez limitu
13)	Zdalna diagnostyka kardiologiczna Ubezpieczonego, przy wykorzystaniu Holtera (Eventholter) wraz ze zwrotnym przekazywaniem wyników	✓	✓	✓	Bez limitu
14)	Całodobowy monitoring aktywności serca Ubezpieczonego poprzez aktywny Holter (certyfikowane urządzenie medyczne), który przesyła wyniki do Lekarza w przypadku, gdy Ubezpieczony odczuwa dolegliwości i umożliwia podjęcie interwencji lekarskiej na podstawie otrzymywanych wyników	✓	✓	✓	Bez limitu

3. Badania profilaktyczne Ubezpieczonego, o których mowa w pkt. 1 tabeli nr 1, realizowane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i obejmują zakres badań wskazany w tabeli nr 2:

tabela nr 2

Lp.	Nazwa badania	Kod badania
1)	OB	ICD-9 C59
2)	Morfologia krwi (pełna)	ICD-9 C55
3)	Glukoza	ICD-9 L43
4)	Cholesterol całkowity	ICD-9 I99
5)	ALT	ICD-9 I17
6)	Kreatynina (w surowicy)	ICD-9 M37
7)	Triglicerydy	ICD-9 O49
8)	TSH	ICD-9 L69
9)	Badanie ogólne moczu	ICD-9 A01

W przypadku gdy Ubezpieczony wykona badania, o których mowa w tabeli nr 2, samodzielnie i bez pośrednictwa Portalu Usług medycznych albo Osobistego opiekuna, to koszty takich badań nie będą zwracane przez Towarzystwo.

4. Usługi medyczne, wskazane w pkt 2, 11, 12, 13 oraz 14 tabeli nr 1, obejmują usługi związane z organizacją czyli umawianiem i planowaniem Usług medycznych, bez ponoszenia ich kosztów przez Towarzystwo. Realizacja Usług medycznych, wskazanych w zdaniu poprzedzającym, wykonywana jest przez Świadczeniodawców odpłatnie, w czasie godzin ich pracy i według obowiązującego u nich cennika.
5. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje pomocy medycznej w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia Ubezpieczonego, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 6

- Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
 - wraz z zawarciem Umowy głównej albo
 - po upływie pierwszego Roku polisy, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
- Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 76 roku życia.
- Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
- Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
- Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne roczne okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
- Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 8.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 8

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy głównej;
 - 2) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 3) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Składka za Umowę dodatkową

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia oraz częstotliwości opłacania Składek. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki za Umowę główną i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 15 ust. 2 i 3 OWU.

Indeksacja

§ 11

Składka za Umowę dodatkową nie podlega indeksacji.

Realizacja świadczenia

§ 12

1. W celu skorzystania z Usług medycznych Ubezpieczony powinien zalogować się do Portalu Usług medycznych albo skontaktować się telefonicznie z Osobistym opiekunem pod numerem telefonu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia. Połączenie telefoniczne następuje na koszt dzwoniącego.
2. W trakcie kontaktu telefonicznego z Osobistym opiekunem Ubezpieczony powinien podać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) adres zamieszkania Ubezpieczonego;
 - 3) numer PESEL Ubezpieczonego albo numer i serię dokumentu tożsamości, gdy Ubezpieczony nie posiada nr PESEL;
 - 4) numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym;
 - 5) inne informacje niezbędne Osobistemu opiekunowi do zorganizowania pomocy w ramach Usług medycznych.
3. Osobisty opiekun może odmówić realizacji Usług medycznych w przypadku:
 - 1) odmowy udzielenia informacji, o których mowa w ust. 2 lub braku współpracy po stronie Ubezpieczonego;
 - 2) gdy podane telefonicznie informacje, o których mowa w ust. 2, są niezgodne z danymi posiadanymi przez Towarzystwo lub mogą nasuwać wątpliwości co do uprawnień dzwoniącego do korzystania z Usług medycznych.
4. Usługi medyczne realizowane przez Świadczeniodawców wykonywane są w czasie godzin ich pracy.

Postanowienia końcowe

§ 13

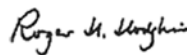
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego
w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu (kod WLF_ADISB4_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 16 ust. 1 i 4; Załącznik nr 1 do OWUD – Tabela uszczerbków na zdrowiu	§ 14; § 15 ust. 1; § 16 ust. 2-5, 7-9

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU (KOD WLF_ADISB4_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o powstanie Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu;
- 2) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu;
- 3) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej jego utracie lub upośledzeniu jego funkcji. Definicja obejmuje wyłącznie przypadki umieszczone w Tabeli uszczerbków na zdrowiu stanowiącej załącznik nr 1 do OWUD;
- 4) **Udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorem materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - a. obecność nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - b. utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
 - c. obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w badaniach obrazowych (tomografii komputerowej lub jądrowym rezonansie magnetycznym);
 - d. istnienie trwałych deficytów neurologicznych musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie co najmniej 2 miesięcy od daty zdarzenia.

Definicja nie obejmuje:

- a. epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
 - b. zdarzeń skutkujących jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci;
 - c. objawów mózgowych spowodowanych migreną;
 - d. uszkodzenia mózgu spowodowanego zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
 - e. chorób naczyniowych dotyczących oka, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;
- 5) **Wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
 - a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu;
 - 6) **Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99 centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - a. objawy kliniczne niedokrwienia serca;
 - b. zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe, znamienne zmiany odcinka ST – załamek T (ST-T), patologiczne załamek Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa);
 - c. nowy ubytek żywnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych;
 - d. obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionej badaniem angiograficznym lub w autopsji.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:

- 1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
- 2) po upływie pierwszego Roku polisy ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.

2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 67 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznic polisy.
5. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
6. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy głównej;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat;
 - 3) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
 - 5) wypłaty świadczenia, w przypadku gdy ustalony procent Trwałego uszczerbku na zdrowiu osiągnie 100%;
 - 6) wypłaty świadczenia, w przypadku gdy suma ustalonych Trwałych uszczerbków na zdrowiu, jeżeli wystąpił więcej niż jeden rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu, osiągnie 100%.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu wypadku wynosi 200 000 zł (dwieście tysięcy złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wiek Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki za Umowę główną i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
 - 1) podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy;
 - 2) obniżenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego Roku polisy.
2. Ubezpieczający wnioskując o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy Ubezpieczenia, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
7. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej w Rocznicę polisy jest równoznaczna z rezygnacją z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji, o której mowa w § 13.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.

2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 15 ust. 2 i 3 OWU.

§ 12

1. Po upływie pierwszego Roku polisy Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 20 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego nastąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, były konsekwencją:

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 3) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, uśmierzania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 4) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
 - 5) wad wrodzonych Ubezpieczonego i schorzeń będących ich skutkiem;
- a także, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu:
- 6) zostały zdiagnozowane lub były leczone u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 7) były następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
 - a. zdiagnozowanych u Ubezpieczonego lub
 - b. leczonych u Ubezpieczonego, lub
 - c. których leczenie zalecono u Ubezpieczonego,w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej;
 - 8) są skutkiem okoliczności, o których mowa w § 23 OWU.

§ 15

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli zdiagnozowanie Zawału serca lub Udaru mózgu nastąpiło w okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - 1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
 - 2) Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu nastąpił po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 16

1. W przypadku Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego powstałego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu 1% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu, za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu, ustalony zgodnie z Tabelą uszczerbków na zdrowiu, stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszych OWUD.

2. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej przysługuje maksymalnie za 100% Trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego Zawałem serca lub Uderem mózgu, które miały miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku, gdy wystąpi więcej niż jeden rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu, suma ustalonych uszczerbków nie może przekroczyć 100% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
4. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego nastąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) do powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego doszło przed upływem 180 dni od daty wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu;
 - 4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Zawałem serca lub Uderem mózgu Ubezpieczonego a Trwałym uszczerbkiem na jego zdrowiu.
5. Oceny stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w § 17 ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika, nie wcześniej niż 90 dni i nie później niż 24 miesiące od wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
6. Rodzaj wykonywanych przez Ubezpieczonego czynności i charakter jego pracy nie mają wpływu na ocenę stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
7. W przypadku powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym Zawałem serca lub Uderem mózgu, a miało to wpływ na aktualny stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu, rodzaj i stopień (procent) Trwałego uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy, jako różnica upośledzenia danego narządu przed i po Zawałe serca lub Udarze mózgu.
8. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie stanowi podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
9. W przypadku wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie skutków Zawału serca lub Udaru mózgu poprzez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu. Towarzystwo nie odpowiada za Trwały uszczerbek na zdrowiu będący konsekwencją braku działań, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

Wypłata świadczenia

§ 17

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię dokumentacji medycznej określającej rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
 - 3) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie u Ubezpieczonego Zawału serca lub Udaru mózgu.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 25 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 25 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 18

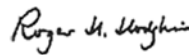
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego
(kod WLF_ TPDS_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 15	§ 14; § 15 ust. 2

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO (KOD WLF_TPDS_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Całkowita niezdolność do pracy** – spowodowana uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia zaistniałym w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej całkowita i trwała niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy, z tytułu której mógłby otrzymywać wynagrodzenie lub która przynosiłaby dochód, lub całkowita i trwała niezdolność Ubezpieczonego do prowadzenia działalności gospodarczej lub rolniczej, która przynosiłaby dochód;
- 2) **Choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 3) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 4) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 5) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy;
- 6) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Całkowitej niezdolności do pracy powstałej na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
 - 1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
 - 2) po upływie pierwszego Roku polisy, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 67 roku.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznic polisy.
5. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
6. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy głównej;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat;
 - 3) odstąpienia od Umowy dodatkowej;

- 4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
- 5) wypłaty świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy wynosi 1 000 000 zł (jeden milion złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wzrostu Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
 - 1) podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy;
 - 2) obniżenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego Roku polisy.
2. Ubezpieczający wnioskując o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
7. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej w Rocznicę polisy jest równoznaczna z rezygnacją z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji, o której mowa w § 13.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 15 ust. 2 i 3 OWU.

§ 12

1. Po upływie pierwszego Roku polisy Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 20 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego jest konsekwencją:

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;

- 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, uśmierzania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- a także, jeżeli Całkowita niezdolność do pracy:
- 8) powstała w związku z obrażeniami ciała Ubezpieczonego doznany przed datą zawarcia Umowy dodatkowej;
 - 9) powstała w związku z Chorobą zdiagnozowaną w ciągu pierwszych 180 dni od daty zawarcia Umowy dodatkowej;
 - 10) powstała w związku z Chorobą:
 - a. zdiagnozowaną u Ubezpieczonego lub
 - b. leczoną u Ubezpieczonego, lub
 - c. której leczenie zalecono u Ubezpieczonego, lub
 - d. której przyczyny zaistniały,w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 11) jest związana z chorobą AIDS Ubezpieczonego;
 - 12) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w § 23 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 15

1. W przypadku wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie równe Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy pod warunkiem, że Ubezpieczony był całkowicie niezdolny do pracy nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy, który rozpoczął się w okresie ochrony ubezpieczeniowej i przed Rocznicą polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat oraz pod warunkiem, że Całkowita niezdolność do pracy istnieje w chwili zgłoszenia wniosku o wypłatę świadczenia i zgodnie z wiedzą medyczną brak jest pozytywnych rokowań dotyczących odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do pracy zarobkowej.

Wypłata świadczenia

§ 16

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Niebezpiecznego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony;
 - 3) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Całkowitej niezdolności do pracy.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
5. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 25 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 25 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 17

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski

Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
przejęcia opłacania składek na wypadek Niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej
(kod WLF_WOP_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 13 ust. 1	§ 12; § 13

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO PRZEJĘCIA OPŁACANIA SKŁADEK NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI UBEZPIECZONEGO DO PRACY ZAROBKOWEJ (KOD WLF_WOP_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego przejęcia opłacania składek na wypadek Niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o przejęcie opłacania składek na wypadek Niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Choroba** – reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 2) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 3) **Niezdolność do pracy zarobkowej** – spowodowana uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia zaistniałym w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej całkowita niezdolność Ubezpieczonego (będącego jednocześnie Ubezpieczającym) do wykonywania pracy zgodnej z jego kwalifikacjami, wykształceniem, doświadczeniem zawodowym, ukończonymi kursami lub posiadanymi umiejętnościami, którą mógłby świadczyć na podstawie stosunku pracy, umowy cywilno-prawnej, wykonywania wolnego zawodu lub w ramach prowadzenia działalności gospodarczej lub rolniczej;
- 4) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 5) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej przejęcia opłacania składek na wypadek Niezdolności do pracy zarobkowej.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Niezdolności do pracy zarobkowej powstałej na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
 - 1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
 - 2) po upływie pierwszego Roku polisy, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 67 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicą polisy.
5. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
6. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym.
7. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy głównej;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat;
 - 3) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, częstotliwości opłacania Składek oraz Wiek Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczona jest do Składki za Umowę główną i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Składki za Umowę dodatkową

§ 9

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej lub Sum ubezpieczenia z tytułu Umów dodatkowych, zmiana Składki za Umowę główną lub Składki za Umowy dodatkowe, a także zawarcie lub rozwiązanie Umów dodatkowych w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia powoduje odpowiednią zmianę Składki za Umowę dodatkową przejęcia opłacania składek na wypadek Niezdolności do pracy zarobkowej. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 8 ust. 1.

§ 10

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 8 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 15 ust. 2 i 3 OWU.

Indeksacja

§ 11

Indeksacja Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej i Sum ubezpieczenia z tytułu Umów dodatkowych zgodnie z § 20 OWU, powoduje odpowiednie podwyższenie Składki za Umowę dodatkową przejęcia opłacania składek na wypadek Niezdolności do pracy zarobkowej.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 12

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Niezdolność do pracy zarobkowej jest konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 3) spożycia alkoholu przez Ubezpieczonego (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, uśmierzania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- a także, jeżeli Niezdolność do pracy zarobkowej:
 - 8) powstała w związku z obrażeniami ciała Ubezpieczonego doznany przed datą zawarcia Umowy dodatkowej;
 - 9) powstała w związku z Chorobą zdiagnozowaną w ciągu pierwszych 180 dni od daty zawarcia Umowy dodatkowej;
 - 10) powstała w związku z Chorobą:
 - a. zdiagnozowaną u Ubezpieczonego lub
 - b. leczoną u Ubezpieczonego, lub
 - c. której leczenie zalecono u Ubezpieczonego, lub
 - d. której przyczyny zaistniały,

- w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej;
10) jest związana z chorobą AIDS Ubezpieczonego;
11) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w § 23 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 13

1. W przypadku wystąpienia Niezdolności do pracy zarobkowej Towarzystwo przejmie obowiązek opłacania składek z tytułu Umowy głównej i zawartych Umów dodatkowych, z wyłączeniem składki opłacanej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, Umowy dodatkowej Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, Umowy o prowadzenie IKE i Umowy o prowadzenie IKZE, o ile zostały zawarte.
2. Przejęcie przez Towarzystwo obowiązku opłacania składek następuje od kolejnej wymaganej składki, po upływie 90 dni nieprzerwanego trwania Niezdolności do pracy zarobkowej, do dnia odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania pracy zarobkowej lub podjęcia przez Ubezpieczonego jakiegokolwiek pracy zarobkowej. Towarzystwo zaprzestaje opłacania składek z dniem rozwiązania Umowy głównej lub odpowiednio Umowy dodatkowej.

Przejęcie opłacania składek

§ 14

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o przejęcie obowiązku opłacania składek przez Towarzystwo zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o przejęcie opłacania składek wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony;
 - 3) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Niezdolności do pracy zarobkowej.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
5. W okresie przejęcia przez Towarzystwo obowiązku opłacania składek Ubezpieczony na każde żądanie Towarzystwa i w wyznaczonym terminie ma obowiązek:
 - 1) przedstawić zaświadczenie o trwaniu Niezdolności do pracy zarobkowej;
 - 2) poddać się badaniom lekarskim w celu stwierdzenia ciągłości Niezdolności do pracy zarobkowej.Niedopełnienie przez Ubezpieczonego powyższych warunków powoduje wznowienie obowiązku Ubezpieczającego do opłacania składek z tytułu Umowy i posiadanych Umów dodatkowych z upływem wyznaczonego przez Towarzystwo terminu.
6. Ubezpieczający zobowiązany jest poinformować Towarzystwo o ustaniu Niezdolności do pracy zarobkowej w terminie 14 dni od daty jej ustania.
7. W przypadku niedopełnienia obowiązku, o którym mowa w ust. 5, Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłacenia składek należnych od daty ustania Niezdolności do pracy zarobkowej, których obowiązek opłacania przejęło Towarzystwo.
8. Do dnia ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacenia wszystkich wymaganych składek z tytułu Umowy głównej i posiadanych Umów dodatkowych. W przypadku ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa zgodnie z postanowieniami niniejszej Umowy dodatkowej Towarzystwo dokona zwrotu składek opłaconych przez Ubezpieczającego za okres po 90 dni nieprzerwanego trwania Niezdolności do pracy zarobkowej.

Postanowienia końcowe

§ 15

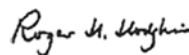
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji
(kod WLF_ISE_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 15	§ 14; § 15

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI UBEZPIECZONEGO DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI (KOD WLF_ISE_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Choroba** – reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 2) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 3) **Niezdolność do samodzielnej egzystencji** – naruszenie sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, spowodowana chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem, stwierdzona przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub komisję lekarską Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, lub wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika i orzeczniona na okres nie krótszy niż 24 miesiące albo na następujące po sobie okresy wynoszące łącznie nie mniej niż 24 miesiące;
- 4) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 5) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji;
- 6) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
 - 1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
 - 2) po upływie pierwszego Roku polisy, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 67 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
5. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
6. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy głównej;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat;

- 3) wypłaty świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
- 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
- 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek Niezdolności do samodzielnej egzystencji wynosi 1 000 000 zł (jeden milion złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wiek Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki za Umowę główną i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
 - 1) podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy;
 - 2) obniżenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego Roku polisy.
2. Ubezpieczający wnioskując o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
7. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej w Rocznicy polisy jest równoznaczna z rezygnacją z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji, o której mowa w § 13.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 15 ust. 2 i 3 OWU.

§ 12

1. Po upływie pierwszego Roku polisy Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 20 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Niezdolność do samodzielnej egzystencji jest konsekwencją:
 - wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, uśmierzania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
 - okoliczności, o których mowa w § 23 OWU.
- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, jeżeli w dniu zawarcia Umowy dodatkowej Ubezpieczony pozostawał Niezdolny do samodzielnej egzystencji lub przebywał na zwolnieniu lekarskim, związanym z późniejszym orzeczeniem, przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub komisję lekarską Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 15

- W przypadku wystąpienia Niezdolności do samodzielnej egzystencji Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Niezdolności do samodzielnej egzystencji, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - Choroba lub Nieszczęśliwy wypadek, które spowodowały Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, wystąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji wystąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji orzeczona została przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub komisję lekarską Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na okres nie krótszy niż 24 miesiące;
 - orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o Niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji jest orzeczeniem pierwszorzadowym.
- W przypadku wydania więcej niż jednego orzeczenia o Niezdolności do samodzielnej egzystencji świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone pod warunkiem, że:
 - Niezdolność do samodzielnej egzystencji została orzeczona na następujące po sobie nieprzerwanie okresy, które łącznie wynoszą nie mniej niż 24 miesiące;
 - z każdego orzeczenia wynika, że Niezdolność do samodzielnej egzystencji jest przyczyną tej samej Choroby albo tego samego Nieszczęśliwego wypadku.

Wypłata świadczenia

§ 16

- Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - kopię orzeczenia lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o Niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej;
 - kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji.
- W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
- Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
- Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
- Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 25 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 25 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 17

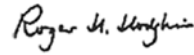
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
zdrowie Dziecka
(kod WLF_CDD_CDCHB_CCC_CADISB5_CMMO_CBD_12.2021)
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 5; § 18 ust. 1 i 4; § 19 ust. 1, 4-6; § 20 ust. 1; § 21 ust. 1; § 22 ust. 1, 3, 9 i 10; § 23 ust. 1 i 2 Załącznik nr 2 do OWUD - Tabela uszczerbków na zdrowiu;	§ 14; § 15; § 16; § 17; § 18 ust. 2 i 3; § 19 ust. 2 i 3; § 20 ust. 2 i 3; § 21 ust. 2 i 3; § 22 ust. 2-8, 10 i 11; § 23 ust. 1

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO ZDROWIE DZIECKA (KOD WLF_CDD_CDCHB_CCC_CADISB5_CMMO_CBD_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego zdrowie Dziecka (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o zdrowie dla Dziecka.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do Umowy dodatkowej. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

- 1) **Centrum Pomocy Generali** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe czynne przez całą dobę, 365 dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej oraz koordynuje realizację świadczenia z tytułu Drugiej opinii medycznej. Numer telefonu Centrum Pomocy wskazany jest w Dokumencie ubezpieczenia;
- 2) **Choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 3) **Choroba neuronu ruchowego** – choroba o nieznannej etiologii, charakteryzująca się postępującym zwyrodnieniem szlaków korowo-rdzeniowych, komórek przednich rdzenia i/lub neuronów opuszki. Definicja obejmuje następujące jednostki chorobowe:
 - a. rdzeniowy zanik mięśni (SMA);
 - b. postępujące porażenie opuszkowe (PBP);
 - c. stwardnienie zanikowe boczne (ALS);
 - d. pierwotne stwardnienie boczne (PLS).
 Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii, konieczne jest wykluczenie innych jednostek chorobowych, dających podobne objawy;
- 4) **Druga opinia medyczna** – opinia dotycząca diagnozy, stanu zdrowia i leczenia Dziecka sporządzana przez Lekarza konsultanta na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej;
- 5) **Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przez niego Przysposobione, które urodziło się po 22 tygodniu trwania ciąży i które nie ukończyło 26 lat lub bez względu na wiek pod warunkiem, że jest niezdolne do samodzielnej egzystencji powstałe przed ukończeniem 26 roku życia;
- 6) **Europ Assistance** – Europ Assistance Sp. z o.o., która mieści się pod adresem: ul. Wołoska 5, 02-675 Warszawa, współpracująca z Towarzystwem w ramach Drugiej opinii medycznej;
- 7) **Lekarz konsultant** – lekarz uznany za wybitnego specjalistę w środowisku medycznym w danej specjalności. Wybór Lekarza konsultanta będzie dokonywany przez Europ Assistance, z uwzględnieniem specyfiki choroby Dziecka;
- 8) **Lekarz uprawniony** – lekarz współpracujący z organizatorem usług objętych Drugą opinią medyczną;
- 9) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciżenia, Udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 10) **OIOM** – oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii będący wydzielonym oddziałem szpitalnym, posiadający stanowiska intensywnej terapii zaopatrzone w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie funkcji życiowych i wspomaganie czynności jednego lub kilku podstawowych układów organizmu, w szczególności oddychania, krążenia oraz ośrodkowego układu nerwowego, zapewniający przez 24 godziny na dobę opiekę lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki anestezjologicznej. W rozumieniu niniejszej definicji OIOM-em nie są wydzielone sale intensywnego nadzoru, istniejące w ramach innych oddziałów specjalistycznych;
- 11) **Operacja zastawek serca** – operacja na otwartym sercu, polegająca na przeszczepieniu, wszczepieniu lub naprawie jednej lub kilku zastawek serca. Definicja nie obejmuje zabiegów polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów wprowadzonych do naczyń krwionośnych oraz wymiany wszczepionej wcześniej zastawki. Zabieg musi wynikać ze wskazań klinicznych, potwierdzonych przez specjalistę w zakresie kardiologii, a uszkodzenie zastawek musi być potwierdzone badaniem naczyniowym lub echokardiograficznym;
- 12) **Ośrodek referencyjny** – ośrodek medyczny będący ze względu na profil swojej działalności, doświadczenie i wyniki leczenia punktem odniesienia w diagnostyce lub leczeniu danej jednostki chorobowej;
- 13) **Paraliż** – całkowita utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn, spełniająca kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovetta, spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu. Kończyna rozumiana jest jako anatomiczna całość: ramię, przedramię, dłoń w przypadku kończyny górnej i udo, podudzie i stopa w przypadku kończyny dolnej. Utrata funkcji musi być trwała, istnieć przez ponad 6 miesięcy od daty zdarzenia i być potwierdzona przez specjalistę neurologa;
- 14) **Pobyt Dziecka w szpitalu** – odbywający się na zlecenie lekarza pobyt Dziecka w szpitalu, rozumianym jako zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń szpitalnych w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa, trwający nieprzerwanie co najmniej 2 kolejne dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. Definicja obejmuje szpitale znajdujące się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz krajów Unii Europejskiej, a także krajów spoza Unii Europejskiej pod warunkiem dostarczenia dokumentacji medycznej przetłumaczonej na język angielski. Okres Pobytu Dziecka w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala. Jeżeli w czasie Pobytu Dziecka w szpitalu nastąpił zgon, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu.
W rozumieniu niniejszej definicji Pobyt Dziecka w szpitalu nie jest pobyt w:
 - a. placówkach leczenia odwykowego;
 - b. zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności: szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach, prewentiach;
 - c. hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych;
- 15) **Poważna operacja** – inwazyjny zabieg chirurgiczny wykonywany w Szpitalu w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym przez uprawnionego lekarza, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub układu albo mający na celu usunięcie ogniska chorobowego. Definicja obejmuje wyłącznie przypadki wymienione w Katalogu Poważnych operacji

stanowiącym załącznik nr 1 do OWUD. Operacjami, w rozumieniu niniejszych OWUD, nie są zabiegi przeprowadzane w celach diagnostycznych, takie jak biopsja, pobranie wycinków, operacja zwiadowcza;

- 16) **Poważne zachorowanie** – jednostka chorobowa lub zabieg operacyjny:
- Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – ostre zakażenie bakteryjne ośrodkowego układu nerwowego, powodujące zaburzenia jego funkcji. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikiem badania płynu mózgowo – rdzeniowego, wskazującym na obecność infekcji bakteryjnej oraz powstaniem trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przez co najmniej 3 miesiące od zachorowania;
 - Ciężkie oparzenia** – uszkodzenie tkanek czynnikami termicznymi, elektrycznymi lub chemicznymi, powodujące oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20 % powierzchni ciała. Jako kryterium pomiaru przyjmuje się tabelę powierzchni ciała Lunda i Browdera;
 - Cukrzyca Typu I** – przewlekła choroba metaboliczna o podłożu autoimmunologicznym, przebiegająca ze zniszczeniem komórek beta trzustki, wymagająca leczenia insuliną przez co najmniej 3 miesiące;
 - Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy** – histologicznie łagodny guz nowotworowy mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych powodujący uszkodzenie tkanek, spełniający wszystkie poniższe warunki:
 - wymaga usunięcia chirurgicznego, a w przypadku jego nieoperacyjności powoduje trwały ubytek neurologiczny, istniejący stale przez co najmniej 3 miesiące (ataki padaczkowe nie są uważane za trwały ubytek neurologiczny w rozumieniu niniejszych OWUD);
 - jego istnienie zostało potwierdzone przez neurologa lub neurochirurga na podstawie stosownych badań obrazowych (magnetyczny rezonans jądrowy lub tomografia komputerowa).
 Definicja nie obejmuje:
 - torbieli;
 - ziarniniaków;
 - malformacji naczyniowych;
 - krwiaków;
 - ropni;
 - guzów rdzenia kręgowego;
 - guzów przysadki mózgowej mniejszych niż 10 mm;
 - Niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do stosowania u Dziecka przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki;
 - Nowotwór złośliwy inwazyjny** – niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie zdrowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Definicja obejmuje także złośliwe nowotwory ośrodkowego układu nerwowego oraz krwi i narządów krwiotwórczych. Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie Nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia poniższych trzech kryteriów:
 - pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne;
 - posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem;
 - rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności.
 Definicja nie obejmuje:
 - nowotworów łagodnych;
 - zróżnicowanych raków tarczycy i prostaty o stopniu zaawansowania mniejszym niż II zgodnie z klasyfikacją AJCC;
 - nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania większym niż IA zgodnie z klasyfikacją AJCC;
 - nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania mniejszym niż IB w klasyfikacji AJCC;
 - nowotworów rozpoznanych jedynie na podstawie płynnej biopsji (liquid biopsy);
 - Przeszczepienie narządu** – przeszczepienie Dziecku, jako biorcy, jednego z narządów: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub allogeniczny przeszczep szpiku kostnego. Definicja nie obejmuje przeszczepów narządów innych niż wymienione powyżej części narządów (z wyjątkiem przeszczepu fragmentu wątroby), przeszczepów tkanek lub komórek;
 - Przewlekła niewydolność wątroby** – końcowe stadium choroby wątroby charakteryzujące się istnieniem jednego z poniższych objawów:
 - trwała żółtaczka;
 - wodobrzusze;
 - encefalopatia wątrobowa;
 - żylaki przełyku;
 - zaburzenia krzepnięcia.
 Świadczenie zostanie wypłacone w przypadku, gdy rozpoznano niewydolność wątroby mieszczącą się w klasie B lub C klasyfikacji Child-Pugh. Definicja nie obejmuje:
 - przypadków mieszczących się w klasie A klasyfikacji Child-Pugh;
 - chorób wątroby spowodowanych alkoholem, nadużywaniem leków lub innych substancji chemicznych;
 - Śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin, oceniany na nie więcej niż 7 stopni w Skali Glasgow (Glasgow Coma Scale), powodujący powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Definicja nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej, a także wynikających z użycia leków, alkoholu i innych substancji odurzających;
 - Zapalenie mózgu** – stan zapalny tkanki mózgowej (półkul mózgu, pnia mózgu lub mózdzku), spowodowany czynnikiem infekcyjnym, prowadzący do powstania trwałych ubytków neurologicznych, których istnienie może być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii po 6 miesiącach od początku zachorowania;
- 17) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Dziecka bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 18) **Przysposobienie** – powstanie takiego stosunku między przysposabiającym a przysposobionym jak między rodzicem a dzieckiem, tj. przysposobienie pełne nierozwiązywalne/całkowite potwierdzone aktem urodzenia Dziecka, w którym przysposabiający występuje w roli rodzica Dziecka;
- 19) **Składka za Umowę dodatkową** – łączna kwota należna z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej zdrowie Dziecka;
- 20) **Skřęcenie** – uraz polegający na przekroczeniu fizjologicznego zakresu ruchu w stawie. Na skutek skřęcenia może dojść do uszkodzenia torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien;

- 21) **Stwardnienie rozsiane** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) charakteryzująca się powstawaniem obszarów demielinizacji. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie aktualnych kryteriów diagnostycznych McDonald'a i potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Konieczne jest istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii najwcześniej po 6 miesiącach od daty wystąpienia zdarzenia) i jednoznaczne wykluczenie innej przyczyny stwierdzanych nieprawidłowości (np. choroby naczyniowe, zakażenia bakteryjne lub wirusowe);
- 22) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia, odrębna dla każdego ze zdarzeń ubezpieczeniowych;
- 23) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. Definicja obejmuje wyłącznie przypadki wymienione w Tabeli uszczerbków na zdrowiu stanowiącej załącznik nr 2 do OWUD;
- 24) **Udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorem materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
- obecność nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
 - obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w badaniach obrazowych (tomografii komputerowej lub jądrowym rezonansie magnetycznym);
 - istnienie trwałych deficytów neurologicznych musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie co najmniej 2 miesięcy od daty zdarzenia.
- Definicja nie obejmuje:
- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
 - zdarzeń skutkujących jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci;
 - objawów mózgowych spowodowanych migreną;
 - uszkodzenia mózgu spowodowanego zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
 - chorób naczyniowych dotyczących oka, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;
- 25) **Uraz w wyniku Nieszczęśliwego wypadku** – uraz powodujący Złamanie, Zwichnięcie lub Skręcenie i niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
- 26) **Utrata mowy** – trwała i nieodwracalna całkowita utrata zdolności mówienia w wyniku choroby lub wypadku, powodujących uszkodzenie strun głosowych, utrzymująca się przez co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii. Definicja nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi;
- 27) **Utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie laryngologii, w oparciu o wyniki badań audiometrycznych, wykazujących średni ubytek słuchu (badany dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz) przekraczający 90 dB w każdym uchu;
- 28) **Utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach, rozumiana jako osłabienie ostrości wzroku poniżej 5/50 (0,01) lub ograniczenie pola widzenia poniżej 20%, spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym i korekcyjnym. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę;
- 29) **Wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
- umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,
- w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną oraz zawarta była umowa dodatkowa na wypadek zdrowia Dziecka obejmująca zakresem ubezpieczenia Poważne zachorowanie Dziecka lub Poważną operację Dziecka lub Pobyt Dziecka w szpitalu;
- 30) **Zakażenie wirusem HIV** – zdiagnozowanie u Dziecka zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że:
- do zakażenia doszło w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, podczas przetwarzania ze wskazań medycznych krwi lub preparatów krwiopochodnych;
 - Dziecko nie było leczone z powodu hemofilii;
 - do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy po przetoczeniu;
 - obecność infekcji HIV została potwierdzona w autoryzowanym laboratorium.
- Definicja nie obejmuje przypadków zakażenia, do których doszło w inny sposób, np. drogą kontaktów seksualnych lub dożylnego stosowania środków odurzających. Towarzystwo musi posiadać prawo dostępu do wyników badań krwi Dziecka i mieć prawo do zlecania niezależnych badań kontrolnych;
- 31) **Złamanie** – spowodowane urazem przerwanie ciągłości tkanki kostnej, obejmujące cały jej przekrój, a także urazowe złuszczenie chrząstki nasadowej. W rozumieniu niniejszych OWUD Złamaniem nie jest przerwanie ciągłości tkanki kostnej związane z istniejącym wcześniej stanem chorobowym (tzw. złamanie patologiczne);
- 32) **Zwichnięcie** – spowodowane urazem uszkodzenie stawu, skutkujące przemieszczeniem powierzchni stawowych względem siebie, a w konsekwencji naciągnięcie lub naderwanie torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w tabeli.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

Poważne zachorowanie Dziecka

Pobyt Dziecka w szpitalu

Refundacja kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku oraz Uraz w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodujący Trwałego Uszczerbku na zdrowiu

Poważna operacja Dziecka

Druga Opinia Medyczna

§ 5

W ramach zdarzeń ubezpieczeniowych, określonych w § 4, zakres ubezpieczenia obejmuje:

- 1) wystąpienie u Dziecka w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Poważnych zachorowań, zgodnych z definicjami określonymi w § 2 pkt 17;
- 2) Pobyt Dziecka w szpitalu, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i był spowodowany Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem, które wystąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 3) refundację kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, któremu Dziecko uległo w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, powstałych z tytułu:
 - a. udzielenia pierwszej pomocy ambulatoryjnej;
 - b. pobytu w szpitalu, badań, zabiegów i operacji (z wyłączeniem operacji plastycznych);
 - c. nabycia leków i środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza;
 - d. przewozu Dziecka do szpitala lub ambulatorium;
- 4) refundację kosztów wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych dla Dziecka wymienionych w Tabeli przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, stanowiącej załącznik nr 3 do OWUD, poniesionych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
- 5) Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 6) Uraz u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu powstały w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 7) Poważne operacje Dziecka przeprowadzone w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 8) sporządzenie Drugiej opinii medycznej, w ramach której Towarzystwo za pośrednictwem Europ Assistance zobowiązuje się do:
 - a. udzielenia Dziecku informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie Drugiej opinii medycznej, a w razie potrzeby zobowiązuje się do zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów; w przypadku chorób nowotworowych może być konieczne przeprowadzenie ponownego badania histopatologicznego, które, na wniosek Dziecka, zostanie zorganizowane przez Europ Assistance;
 - b. przetłumaczenia, w razie potrzeby, zebranej dokumentacji medycznej na język angielski, a następnie sporządzenia z niej streszczenia;
 - c. przesłania streszczenia do Lekarza konsultanta specjalizującego się w danym schorzeniu;
 - d. zapewnienia sporządzenia Drugiej opinii medycznej zawierającej: potwierdzenie bądź nową diagnozę, efektywny sposób leczenia, rokowania;
 - e. przetłumaczenia Drugiej opinii medycznej na język polski oraz udostępnienia jej Dziecku lub na wniosek Dziecka lekarzowi prowadzącemu, pod opieką którego Dziecko się znajduje;
 - f. zorganizowania telekonsultacji, wideokonsultacji lub wizyty u Lekarza konsultanta, czyli:
 - a) zorganizowania telekonsultacji, wideokonsultacji albo wizyty u Lekarza konsultanta z Ośrodka referencyjnego, przygotowującego Drugą opinię medyczną, w celu omówienia z nim wątpliwości lub niejasności, a także odpowiedzi na dodatkowe pytania Dziecka dotyczące sporządzonej Drugiej opinii medycznej. Usługa realizowana jest w dni robocze w terminie ustalonym z Dzieckiem;
 - b) zorganizowania pomocy tłumacza, przy wykorzystaniu narzędzi porozumiewania się na odległość (telefon, e-mail, chat), w sytuacji, gdy Dziecko wymaga wsparcia w zakresie tłumaczenia podczas telekonsultacji albo wideokonsultacji z Lekarzem konsultantem z Ośrodka referencyjnego lub w trakcie organizacji procesu leczenia. Tłumaczenia odbywają się w języku: angielskim, niemieckim, hiszpańskim lub francuskim. Usługa realizowana jest w dniu telekonsultacji albo wideokonsultacji;
 - g. wskazania lekarzy kwalifikujących się do podjęcia procesu leczenia Dziecka, czyli:
 - a) wyszukania lekarza specjalizującego się w danym schorzeniu;
 - b) dostarczenia Dziecku raportu zawierającego informacje o dostępności lekarza, sposobie, w jaki można umówić się na wizytę, dokumentacji medycznej potrzebnej na wizytę oraz zawierającego informacje o doświadczeniu lekarza. W raporcie zawarte są opisy maksymalnie trzech rekomendowanych lekarzy;
 - h. zorganizowania procesu leczenia Dziecka za granicą, czyli:
 - a) zorganizowania oraz koordynacji terapii medycznej;
 - b) zorganizowania oraz koordynacji transportu Dziecka do miejsca gdzie przeprowadzane jest leczenie;
 - c) zorganizowania zakwaterowania Dziecka;
 - d) przedstawienia szacunkowego kosztu leczenia.

Prawo do usług określonych w pkt f, g oraz h przysługuje pod warunkiem, że wcześniej została sporządzona Druga opinia medyczna dla Dziecka.

Zawarcie Umowy dodatkowej**§ 6**

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
 - 1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
 - 2) po upływie pierwszego Roku polisy, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 67 roku życia.

- Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
- Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
- Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne roczne okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
- Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

- Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Dziecka rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
- Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Dziecka wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 8.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 8

- Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - rozwiązania Umowy głównej;
 - odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
 - poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 100 lat.
- Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 9

- Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej uzależniona jest od wybranego wariantu i wynosi odpowiednio:

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Wariant standard	Wariant optymalny	Wariant VIP
Poważne zachorowanie Dziecka	30 000 zł	40 000 zł	80 000 zł
Pobyt Dziecka w szpitalu	5 000 zł	15 000 zł	20 000 zł
Refundacja kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	1 000 zł	2 000 zł	5 000 zł
Poważna operacja Dziecka	1 000 zł	2 000 zł	20 000 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku oraz Uraz w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodujący Trwałego Uszczerbku na zdrowiu	20 000 zł	30 000 zł	50 000 zł
Druga opinia medyczna dla Dziecka	sporządzenie Drugiej opinii medycznej dla Dziecka		

- Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

§ 10

- Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 15 ust. 1, § 16 ust. 1 i § 17 ust. 1, oraz wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
- Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki za Umowę główną i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 11

- Ubezpieczający może wnioskować o:
 - zmianę na wariant o wyższych Sumach ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy;
 - zmianę na wariant o niższych Sumach ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego Roku polisy.
- Ubezpieczający wnioskuje o zmianę wariantu Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.

§ 12

- Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 10 ust. 1.
- Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
- W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 15 ust. 2 i 3 OWU.

§ 13

1. Po upływie pierwszego Roku polisy Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenia ubezpieczeniowe, o których mowa w § 4, były konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Dziecka w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Dziecka lub zaburzeń psychicznych Dziecka oraz ich skutków;
 - 3) spożycia przez Dziecko alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 4) pozostawiania przez Dziecko pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Dziecko, próby samobójczej Dziecka, świadomego samookaleczenia Dziecka lub okaleczenia Dziecka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Dziecko na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) prowadzenia przez Dziecko pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) uprawiania przez Dziecko niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Dziecka w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kitesurfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka, jeżeli Poważne zachorowanie Dziecka było spowodowane przyczynami wymienionymi w ust. 1, a ponadto, jeśli było konsekwencją:
 - 1) wad wrodzonych Dziecka i schorzeń będących ich skutkiem;
 - 2) choroby AIDS Dziecka;
 a także, jeżeli Poważne zachorowanie Dziecka:
 - 3) zostało zdiagnozowane lub było leczone u Dziecka przed dniem zawarcia Umowy dodatkowej;
 - 4) było następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
 - a. zdiagnozowanych u Dziecka lub
 - b. leczonych u Dziecka, lub
 - c. których leczenie zalecono u Dziecka,
 w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem § 18 ust. 4.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu, jeżeli był on spowodowany przyczynami wymienionymi w ust. 1, a także, jeżeli miał on na celu wykonywanie rutynowych badań lekarskich lub badań diagnostycznych niewynikających z Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu, jeżeli konieczność Pobytu Dziecka w szpitalu był spowodowany przyczynami wymienionymi w ust. 1, a ponadto jeżeli celem lub powodem Pobytu Dziecka w szpitalu były:
 - 1) wady wrodzone Dziecka i schorzenia będące ich skutkiem;
 - 2) choroba AIDS Dziecka;
 - 3) operacja plastyczna lub kosmetyczna Dziecka, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 4) wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych u Dziecka, z wyjątkiem rehabilitacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 5) leczenie lub zabiegi związane z ciążą, porodem i położeniem Dziecka (poza przypadkami, gdy zdiagnozowano komplikacje położu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiący zagrożenie dla życia Dziecka), leczenie bezpłodności, sterylizację, sztuczne zapłodnienie lub usunięcie ciąży (z wyjątkiem sytuacji, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia Dziecka), zmianę płci Dziecka;
 - 6) poddanie się leczeniu dentystrycznemu Dziecka, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany został Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 7) pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu od Dziecka;
 - 8) leczenie wszelkiego rodzaju uzależnień Dziecka;
 a także, jeżeli Pobyt Dziecka w szpitalu albo Poważna operacja Dziecka:
 - 9) zostały zlecone lub o których postanowiono przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 10) były następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
 - a. zdiagnozowanych u Dziecka lub
 - b. leczonych u Dziecka, lub
 - c. których leczenie zalecono u Dziecka,

- w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy, z zastrzeżeniem § 18 ust. 4.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnej operacji Dziecka, jeżeli była ona spowodowana przyczynami wymienionymi w ust. 1, a także, jeżeli celem lub powodem Poważnej operacji Dziecka były:
 - 1) choroba AIDS Dziecka;
 - 2) operacja plastyczna lub kosmetyczna Dziecka, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) zmiana płci Dziecka, pozbawienie Dziecka płodności, usunięcie ciąży Dziecka, sztuczne zapłodnienie Dziecka lub inny sposób leczenia jego niepłodności;
 - 4) poddanie się leczeniu dentystrycznemu Dziecka, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany został Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 5) pobranie od Dziecka narządów lub tkanek do przeszczepu;
 - 6) leczenie wszelkiego rodzaju uzależnień Dziecka;
 a także, jeżeli Poważna operacja Dziecka:
 - 7) została zlecona lub o której postanowiono przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 8) była następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
 - a. zdiagnozowanych u Dziecka lub
 - b. leczonych u Dziecka, lub
 - c. których leczenie zalecono u Dziecka,
 w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
 6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Drugiej opinii medycznej, jeżeli choroba lub uszkodzenie ciała powodujące trwałą, krytyczną, nieodwracalną utratę zdrowia były konsekwencją którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w ust. 1, a ponadto jeśli powstały wskutek:
 - 1) poddania się leczeniu dentystrycznemu przez Dziecko, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany został Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 2) operacji plastycznej lub kosmetycznej Dziecka, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) leczenia wszelkiego rodzaju uzależnień Dziecka;
 - 4) przypadków związanych z usuwaniem ciąży lub będących jego następstwem.

§ 15

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność wyłącznie, jeżeli Poważne zachorowanie Dziecka spowodowane było Nieszczęśliwym wypadkiem.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisy.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - 1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygaśla nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygaśla nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
 - 2) Poważne zachorowanie Dziecka nastąpiło po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.
 Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

§ 16

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu wyłącznie, jeżeli pobyt ten spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisy.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - 1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygaśla nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygaśla nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
 - 2) Pobyt Dziecka w szpitalu miał miejsce po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.
 Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

§ 17

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu Poważnej operacji Dziecka wyłącznie, jeżeli operacja ta spowodowana była Nieszczęśliwym wypadkiem.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisy.
 W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - 1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygaśla nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygaśla nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
 - 2) Poważna operacja Dziecka miała miejsce po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka

§ 18

1. W przypadku Poważnego zachorowania Dziecka Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka, aktualnej w dniu wystąpienia Poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. W przypadku wypłacenia świadczenia z tytułu danego Poważnego zachorowania Dziecka odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu tego Poważnego zachorowania Dziecka wygasa.
3. W przypadku wystąpienia kolejnego Poważnego zachorowania Dziecka świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli pomiędzy poszczególnymi Poważnymi zachorowaniami Dziecka zachodzi związek przyczynowo-skutkowy potwierdzony przez lekarza orzecznika.
4. Jeżeli stany chorobowe u Dziecka, których następstwem jest wystąpienie któregośkolwiek z Poważnych zachorowań, ujawniły się przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) stany chorobowe u Dziecka ujawniły się w okresie obejmowania ochroną z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego Poważnego zachorowania Dziecka;
 - 2) ochrona w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego Poważnego zachorowania Dziecka zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego Poważnego zachorowania Dziecka a datą rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.

Świadczenie z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu

§ 19

1. W przypadku Pobytu Dziecka w szpitalu, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu za każdy dzień Pobytu Dziecka w szpitalu określony w tabeli nr 1 procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu rozpoczęcia Pobytu Dziecka w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 4.

tabela nr 1

% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za Pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany Chorobą		
za każdy dzień Pobytu Dziecka w szpitalu 0,5%		
% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za Pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem		
1-14 dzień Pobytu Dziecka w szpitalu	od 15 dnia Pobytu Dziecka w szpitalu	1-5 dzień Pobytu Dziecka na OIOM
1,0%	0,5%	dodatkowo 0,5%

2. Towarzystwo wypłaci świadczenie za nie więcej niż:
 - 1) 90 dni w związku z jednym Pobylem Dziecka w szpitalu lub Pobytami Dziecka w szpitalu spowodowanymi tą samą Chorobą lub tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 2) 180 dni w związku z więcej niż jednym Pobylem Dziecka w szpitalu.
3. Jeżeli w tym samym dniu Dziecko było pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia przyjmuje się, że był to pobyt w jednym szpitalu.
4. Jeżeli w tym samym czasie Pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany był Chorobą oraz Nieszczęśliwym wypadkiem, do ustalenia wysokości świadczenia przyjmuje się stawkę za Pobyt Dziecka w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
5. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
6. Zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu możliwe jest także w trakcie Pobytu Dziecka w szpitalu po 30 dniu tego pobytu. Zasadę tę stosuje się do każdego kolejnego 30-dniowego okresu Pobytu Dziecka w szpitalu.

Świadczenie z tytułu refundacji kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

§ 20

1. Świadczenie polega na refundacji kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku oraz kosztów wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych poniesionych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku.
2. Refundacja kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku obejmuje koszty, które zostały poniesione na terytorium całego świata w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. Refundacja kosztów wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych zaleconych przez lekarza obejmuje koszty, które zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem, że nie zostały one pokryte z ubezpieczenia społecznego.

Świadczenie z tytułu Poważnej operacji Dziecka

§ 21

1. W przypadku przeprowadzenia Poważnej operacji Dziecka Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu wykonania operacji, zależny od kategorii określonej w Katalogu Poważnych operacji, stanowiącym załącznik nr 1 do OWUD.
W przypadku Poważnej operacji:
 - 1) z kategorii A – wypłaci 100% Sumy ubezpieczenia;
 - 2) z kategorii B – wypłaci 80% Sumy ubezpieczenia;

- 3) z kategorii C – wypłaci 60% Sumy ubezpieczenia;
- 4) z kategorii D – wypłaci 40% Sumy ubezpieczenia;
- 5) z kategorii E – wypłaci 20% Sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Poważnej operacji Dziecka w danym Roku polisy nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu Poważnej operacji Dziecka przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ostatecznie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku oraz Urazu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego Uszczerbku na zdrowiu

§ 22

1. W przypadku Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu 1% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka, ustalony zgodnie z Tabelą uszczerbków na zdrowiu stanowiącą załącznik nr 2 do OWUD.
2. Prawo do świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka przysługuje maksymalnie za 100% Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka spowodowanego jednym Nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) do powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka doszło przed upływem 180 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem Dziecka a powstałym u niego Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu.
4. Oceny stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w § 24 ust. 6, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Dziecko na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
5. W przypadku powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym Nieszczęśliwym wypadkiem, a miało to wpływ na ustalenie aktualnego stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu, rodzaj i stopień (procent) Trwałego uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy, jako różnica upośledzenia danego narządu przed i po Nieszczęśliwym wypadku.
6. Rodzaj wykonywanych przez Dziecko czynności i charakter jego pracy nie mają wpływu na ocenę stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
7. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia jak i pogorszenia, nie stanowi podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
8. W przypadku wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku powodującego Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecko zobowiązane jest starać się o złagodzenie skutków Nieszczęśliwego wypadku poprzez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej oraz zaleconemu przez lekarzy leczeniu. Towarzystwo nie odpowiada za Trwały uszczerbek na zdrowiu będący konsekwencją braku działań, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
9. W przypadku Urazu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia ale nie więcej niż 1000 zł za jeden Uraz w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka.
10. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z Urazem w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującym Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpił Uraz niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo – skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a powstałym Urazem niepowodującym Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka.
11. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Urazu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu może wynieść maksymalnie kwotę odpowiadającą 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Drugiej opinii medycznej dla Dziecka

§ 23

1. Świadczenie obejmuje proces organizowania usług określonych w § 5 pkt 8, natomiast nie obejmuje kosztów wizyt lekarskich i badań diagnostycznych zaleconych lub niezbędnych do sporządzenia Drugiej opinii medycznej. Nie obejmuje również kosztów terapii medycznej, transportu czy zakwaterowania.
2. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli u Dziecka rozpoznano chorobę lub uszkodzenie ciała powodujące trwałą, krytyczną, nieodwracalną utratę zdrowia tj.:
 - 1) Chorobę neuronu ruchowego;
 - 2) Ciężkie oparzenia;
 - 3) Niewydolność nerek;
 - 4) Nowotwór złośliwy inwazyjny;
 - 5) Operacja zastawek serca;
 - 6) Paraliż;
 - 7) Przeszczepienie narządu;
 - 8) Stwardnienie rozsiane;
 - 9) Śpiączkę;
 - 10) Udar mózgu;

- 11) Utratę mowy;
- 12) Utratę słuchu;
- 13) Utratę wzroku;
- 14) Zakażenie wirusem HIV.
3. Zgłaszający się do Centrum Pomocy Generali powinien podać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) imię i nazwisko Dziecka;
 - 3) adres zamieszkania;
 - 4) numer telefonu do kontaktu zwrotnego.
4. W przypadku potwierdzenia ochrony ubezpieczeniowej zgłaszający otrzyma przesyłkę zawierającą zestaw formularzy niezbędnych do spełnienia świadczenia.
5. Zgłaszający zobowiązany jest dostarczyć do Centrum Pomocy Generali pełną dokumentację medyczną dotyczącą przypadku medycznego, w związku z którym wnioskuje o sporządzenie Drugiej opinii medycznej dla Dziecka.
6. Centrum Pomocy Generali przesyła Drugą opinię medyczną w ciągu 17 dni roboczych liczonych od daty, w której spełniony został warunek określony w ust. 5.
7. W przypadku, gdy sporządzenie Drugiej opinii medycznej nie może nastąpić w terminie, o którym mowa w ust. 6, Centrum Pomocy Generali sporządzi Drugą opinię medyczną w ciągu 14 dni roboczych od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności sporządzenie jej było możliwe.
8. Centrum Pomocy Generali organizuje telekonsultację, wideokonsultację albo wizytę u Lekarza konsultanta, o których mowa w § 5 pkt 8 ppkt f, nie później niż 2 dni robocze od dnia otrzymania zgłoszenia o chęci skorzystania z tej usługi.

Wypłata świadczenia

§ 24

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię aktu urodzenia Dziecka.
2. W przypadku Poważnego zachorowania Dziecka należy też złożyć kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania Dziecka.
3. W przypadku Pobytu Dziecka w szpitalu należy dodatkowo złożyć:
 - 1) kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej Pobyt Dziecka w szpitalu.
 - 2) kopię zaświadczenia o trwającej hospitalizacji wystawionego przez lekarza prowadzącego, w przypadku gdy pobyt w szpitalu się nie zakończył.
4. W przypadku refundacji kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku należy dodatkowo złożyć:
 - 1) kopię rachunków lub faktur wystawionych imiennie na Dziecko;
 - 2) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej udzielenie Dziecku pomocy medycznej, o której mowa w § 5 pkt 3;
 - 3) kopię zalecenia zakupu lub wypożyczenia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, o których mowa w § 5 pkt 4, wystawionego przez lekarza;
 - 4) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony.
5. W przypadku Poważnej operacji Dziecka należy dodatkowo złożyć kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej przeprowadzenie operacji u Dziecka.
6. W przypadku Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku należy dodatkowo złożyć kopię dokumentacji medycznej określającej rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony.
7. W przypadku Urazu u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu należy dodatkowo złożyć kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Urazu u Dziecka niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony.
8. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1-7 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu, dokumentów.
9. Dokumenty, o których mowa w ust. 1-8 powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
10. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 25 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 25 ust. 5 OWU.
11. W celu uznania zasadności roszczenia z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka Towarzystwo ma prawo skierować Dziecko na badania lekarskie. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem, a ich koszt pokrywa Towarzystwo.

§ 25

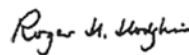
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego na życie
z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi
(kod WLFA_OWU_12.2021) dalej „OWUD”,
z uwzględnieniem definicji z OWU (Skorowidz)

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej w OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 4; § 10 ust. 3-5; § 11 ust. 3; § 16 ust. 2; § 17 ust. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Brak
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 15; Załącznik nr 1 do OWUD – Tabela opłat;
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 16 ust. 5;

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYMI FUNDUSZAMI KAPITAŁOWYMI (KOD WLFA_OWU_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o śmierć Ubezpieczonego oraz inwestowanie środków pochodzących ze Składek w Fundusze.
2. Tabela opłat i limitów – kod WLFA_TOIL_12.2021 (zwana dalej „Tabelą”) stanowi załącznik nr 1 do OWUD.
3. Wykaz Funduszy – kod WLFA_WUFK_12.2021 (zwany dalej „Wykazem Funduszy”) stanowi załącznik nr 2 do OWUD.
4. Regulamin lokowania środków ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych – kod WLFA_RL_12.2021 (zwany dalej „Regulaminem lokowania”) stanowi załącznik nr 3 do OWUD.

Definicje

§ 2

1. Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:
 - 1) **Alokacja** – określony procentowo przez Ubezpieczającego podział Składki za Umowę dodatkową pomiędzy Fundusze oferowane przez Towarzystwo;
 - 2) **Cena jednostki** – wartość Jednostki uczestnictwa, po której jest ona dopisywana do Rachunku i odliczana z Rachunku;
 - 3) **Dzień nabycia** – każdy dzień roboczy, w którym Towarzystwo nabywa Jednostki uczestnictwa;
 - 4) **Dzień roboczy** – każdy dzień z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy;
 - 5) **Dzień wyceny** – każdy Dzień roboczy oraz każdy ostatni dzień kalendarzowy miesiąca;
 - 6) **Jednostka uczestnictwa** – część aktywów Funduszu uzyskana poprzez podzielenie ich na równe części, dająca Ubezpieczającemu prawo do udziału w aktywach Funduszu;
 - 7) **Rachunek** – wyodrębniony dla Umowy dodatkowej rachunek, na którym ewidencjonowane są Jednostki uczestnictwa;
 - 8) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
 - 9) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – Wartość polisy powiększona o 100 zł, wypłacana Uprawnionemu w przypadku śmierci Ubezpieczonego;
 - 10) **Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (UFK)** – wyodrębniona część aktywów Towarzystwa inwestowana w Jednostki uczestnictwa jednego funduszu inwestycyjnego w rozumieniu ustawy z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych lub jednego funduszu inwestycyjnego mającego siedzibę za granicą (zwany dalej „Funduszem”);
 - 11) **Wartość polisy** – wartość Jednostek uczestnictwa zarejestrowanych na Rachunku;
 - 12) **Wartość wykupu** – kwota, jaką Towarzystwo wypłaca w związku z odstąpieniem od Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 10 ust. 5 oraz rozwiązaniem Umowy dodatkowej. Wartość wykupu równa jest Wartości polisy.
2. Definicje określone w ust. 1 należy rozumieć także w odpowiednim przypadku i liczbie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Głównym celem Umowy dodatkowej jest inwestowanie środków pochodzących ze Składek za Umowę dodatkową w Fundusze oraz ochrona życia Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego, która wystąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Towarzystwo przed zawarciem Umowy dodatkowej uzyskuje od Ubezpieczającego, w formie ankiety, informacje dotyczące jego potrzeb, wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie oraz jego sytuacji finansowej, tak aby Towarzystwo mogło dokonać oceny, czy Umowa dodatkowa jest odpowiednia do potrzeb Ubezpieczającego.
2. W przypadku Umowy dodatkowej zawieranej na cudzy rachunek (tj. na rachunek Ubezpieczonego) Towarzystwo uzyskuje w formie ankiety, informacje dotyczące Ubezpieczonego, o których mowa w ust. 1, przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy dodatkowej zawartej przez Ubezpieczającego, tak aby Towarzystwo mogło dokonać oceny, czy Umowa dodatkowa jest odpowiednia do potrzeb Ubezpieczonego.
3. Przed zawarciem Umowy dodatkowej Towarzystwo doręcza Ubezpieczającemu warunki Umowy dodatkowej, w tym treść OWUD wraz z załącznikami oraz Skorowidzem albo udostępnia je Ubezpieczającemu w taki sposób, aby mógł je przechowywać i odtwarzać w zwykłym toku czynności.

§ 6

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
 - 1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
 - 2) po upływie pierwszego Roku polisy, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.

3. Umowa dodatkowa zawierana jest na czas nieokreślony.

§ 7

Na podstawie informacji określonych we Wniosku Towarzystwo ma prawo:

- 1) zawrzeć Umowę dodatkową na warunkach określonych we Wniosku albo
- 2) zaproponować zawarcie Umowy dodatkowej na warunkach odmiennych od określonych we Wniosku albo
- 3) odmówić zawarcia Umowy dodatkowej.

§ 8

1. Umowę dodatkową uważa się za zawartą z chwilą zaakceptowania przez Towarzystwo Wniosku. Towarzystwo wskazuje datę zawarcia Umowy dodatkowej w Dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie Umowy dodatkowej pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem oraz warunki tej Umowy dodatkowej.
2. Jeżeli w odpowiedzi na Wniosek Towarzystwo doręcza Ubezpieczającemu Dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści oferty złożonej przez niego we Wniosku, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie, wyznaczając mu 14-dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu.
3. W przypadku braku sprzeciwu Umowa dodatkowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią Dokumentu ubezpieczenia następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego na złożenie sprzeciwu.
4. Jeżeli Towarzystwo odmówi zawarcia Umowy dodatkowej, poinformuje o tym Ubezpieczającego na piśmie, podając przyczyny odmowy oraz zwróci niezwłocznie Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia podjęcia decyzji o odmowie zawarcia Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 9

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 11.

Odstąpienie od Umowy dodatkowej i rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 10

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia w tym względzie w terminie:
 - 1) 7 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej – w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo
 - 2) 30 dni od dnia zawarcia Umowy dodatkowej – w przypadku, gdy Ubezpieczający jest osobą fizyczną albo
 - 3) 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji, o której mowa w § 20 ust. 2 pkt 4 – w przypadku, gdy Ubezpieczający jest osobą fizyczną albo przedsiębiorcą.
2. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy dodatkowej Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy, termin 30 dni, o którym mowa w ust 1 pkt 2, biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
3. W przypadku odstąpienia od Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 1 Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu, nie później niż w terminie siedmiu Dni roboczych, kwotę stanowiącą Wartość polisy, ustaloną według Ceny jednostki obowiązującej w dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Towarzystwo zwróci opłaconą Składkę za Umowę dodatkową, jeżeli od dnia jej opłacenia do dnia otrzymania oświadczenia o odstąpieniu od Umowy dodatkowej nie nabydzie za tę składkę Jednostek uczestnictwa.
5. W przypadku Umowy dodatkowej zawartej na cudzy rachunek, Ubezpieczony może wystąpić z Umowy dodatkowej ze skutkiem odstąpienia od tej umowy, w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji, o której mowa w § 20 ust. 2 pkt 4. W takim przypadku postanowienia ust. 3 stosuje się odpowiednio.

§ 11

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia Umowy dodatkowej w dowolnym czasie poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia w tym względzie.
2. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu w przypadku:
 - 1) rozwiązania Umowy głównej – z dniem rozwiązania Umowy głównej;
 - 2) wypowiedzenia Umowy dodatkowej przez Ubezpieczającego – z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy dodatkowej;
 - 3) śmierci Ubezpieczonego – z upływem dnia, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego.
3. W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej:
 - 1) z powodu śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Uprawnionemu świadczenie, o którym mowa w § 17 ust. 1;
 - 2) z innej przyczyny Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu Wartość wykupu ustaloną zgodnie z § 16 ust. 5.

Składka za Umowę dodatkową

§ 12

1. Składka za Umowę dodatkową płatna jest z dowolną częstotliwością.
2. Minimalna wysokość Składki za Umowę dodatkową określona jest przez Towarzystwo w Tabeli.
3. Składki za Umowę dodatkową opłacane są na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany rachunku bankowego przeznaczonego do wpłat Składek za Umowę dodatkową, o czym poinformuje Ubezpieczającego przed dokonaniem zmiany rachunku.

§ 13

1. W dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo otwiera Rachunek, na którym ewidencjonuje Jednostki uczestnictwa zakupione za opłaconą Składkę za Umowę dodatkową.
2. Po opłaceniu Składki za Umowę dodatkową Towarzystwo dopisuje Jednostki uczestnictwa do Rachunku zgodnie ze wskazaną przez Ubezpieczającego dyspozycją Alokacji. Liczba dopisanych Jednostek uczestnictwa wynika z podzielenia części Składki za Umowę dodatkową, określonej w dyspozycji Alokacji, przez Cenę jednostki danego Funduszu, obowiązującą w Dniu nabycia, przypadającym nie później niż w terminie pięciu Dni roboczych od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
3. Liczbę Jednostek uczestnictwa dopisywanych do Rachunku zaokrągla się z dokładnością nie mniejszą niż do trzech miejsc po przecinku.
4. Minimalna Alokacja Składki za Umowę dodatkową w wybrany Fundusz nie może być niższa niż wartość określona w Tabeli.

Zmiany w Funduszach

§ 14

1. Ubezpieczającemu w dowolnym czasie trwania Umowy dodatkowej przysługuje prawo do:
 - 1) zmiany Alokacji;
 - 2) przeniesienia do wybranego Funduszu wszystkich lub części Jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunku wskazanego Funduszu.
2. Towarzystwo dokona zmiany Alokacji następnego dnia roboczego po otrzymaniu oświadczenia Ubezpieczającego w tym zakresie.
3. Towarzystwo dokona przeniesienia, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, nie później niż w terminie ośmiu Dni roboczych od daty otrzymania oświadczenia Ubezpieczającego w tym zakresie, poprzez sprzedaż i nabycie Jednostek uczestnictwa.

Opłata za administrowanie Funduszami

§ 15

1. Towarzystwo z tytułu Umowy dodatkowej pobiera opłatę za administrowanie Funduszami określoną w Tabeli.
2. Opłata za administrowanie Funduszami pobierana jest w celu pokrycia marży Towarzystwa oraz kosztów ponoszonych przez Towarzystwo w związku z zawarciem Umowy dodatkowej oraz jej bieżącą obsługą.
3. Opłata za administrowanie Funduszami naliczana jest w każdym Dniu wyceny kwotowo w proporcji, jaką stanowi dzień w stosunku do długości roku kalendarzowego, w którym następuje naliczenie. Wysokość opłaty stanowi część rocznej opłaty za administrowanie funduszami. Opłata jest naliczana w całym okresie obowiązywania Umowy dodatkowej.
4. W dniu rozpoczęcia każdego Miesiąca polisy Towarzystwo pobiera miesięczną opłatę, o której mowa w ust. 3, naliczoną z dołu za miniony Miesiąc polisy. W przypadku umorzenia Jednostek uczestnictwa na Rachunku w trakcie trwania Miesiąca polisy opłata pobierana jest w wysokości naliczonej do tego dnia. Opłata wyrażona jest procentowo jako część wartości Jednostek uczestnictwa każdego z Funduszy, znajdujących się na Rachunku w dniu pobrania opłaty. Opłata pobierana jest ze wszystkich Funduszy dostępnych w dniu pobrania opłaty na Rachunku, proporcjonalnie do udziału każdego z Funduszy w Wartości polisy.

Wykup

§ 16

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do Wartości polisy, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Ubezpieczający ma prawo w dowolnym czasie trwania Umowy dodatkowej do:
 - 1) częściowego wykupu Wartości polisy;
 - 2) całkowitego wykupu Wartości polisy.
3. W przypadku całkowitego wykupu Wartości polisy Towarzystwo wypłaca Wartość wykupu.
4. W przypadku częściowego wykupu Wartości polisy Towarzystwo wypłaca odpowiednią część Wartości polisy.
5. W celu dokonania wykupu Towarzystwo oblicza Wartość polisy przyjmując Cenę jednostki obowiązującą w dniu, w którym dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa. Umorzenie Jednostek uczestnictwa następuje nie później niż w terminie pięciu Dni roboczych od daty otrzymania oświadczenia Ubezpieczającego o dokonaniu wykupu oraz po potwierdzeniu tożsamości Ubezpieczającego.
6. Towarzystwo wypłaca wartość, o której mowa w ust. 3 i 4, w terminie 14 dni od dnia umorzenia Jednostek uczestnictwa, określonego w ust. 5.
7. Towarzystwo przekaze Ubezpieczającemu raz w Roku polisy informację o Wartości wykupu, o której mowa w § 20 ust. 2 pkt 4.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 17

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Uprawnionemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, obliczone zgodnie z ust. 2.
2. W celu wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo oblicza Wartość polisy, przyjmując liczbę Jednostek uczestnictwa obowiązującą na dzień śmierci Ubezpieczonego i Cenę jednostki obowiązującą w najbliższym Dniu roboczym następującym po otrzymaniu przez Towarzystwo zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia.

Wypłata świadczenia

§ 18

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie dokumenty wskazane w § 25 ust. 1 OWU.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2 powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 25 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 25 ust. 5 OWU.

Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

§ 19

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacenia Składki za Umowę dodatkową.
2. Jeżeli Umowa dodatkowa została zawarta na cudzy rachunek (tj. na rachunek Ubezpieczonego), Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Ubezpieczonemu, na piśmie lub jeżeli Ubezpieczony wyrazi zgodę na innym trwałym nośniku:
 - 1) warunków Umowy dodatkowej, w tym treści OWUD będących podstawą do zawarcia Umowy dodatkowej;
 - 2) informacji o zmianie warunków Umowy dodatkowej oraz zmianie prawa właściwego dla Umowy dodatkowej wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy dodatkowej;
 - 3) informacji o zmianie Wartości wykupu, w szczególności informacji o której mowa w § 20 ust. 2 pkt 4;
 - 4) informacji o zmianie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 1, powinny być przekazywane Ubezpieczonemu przed zawarciem Umowy dodatkowej.
4. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 2, powinny być przekazywane Ubezpieczonemu przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy dodatkowej lub prawa właściwego dla Umowy dodatkowej.
5. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 3 i 4, powinny być przekazywane Ubezpieczonemu niezwłocznie po ich przekazaniu Ubezpieczającemu przez Towarzystwo.
6. Zmiana Umowy dodatkowej na niekorzyść Ubezpieczonego lub osoby Uprawnionej do otrzymania Sumy ubezpieczenia w razie śmierci Ubezpieczonego wymaga zgody Ubezpieczonego.
7. Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia Towarzystwa o zmianach danych osobowych i teleadresowych Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego i Uposażonego zastępczego.
8. Ubezpieczony może żądać od Towarzystwa udzielenia mu informacji o postanowieniach Umowy dodatkowej oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.

Prawa i obowiązki Towarzystwa

§ 20

1. Towarzystwo ma prawo do pobierania opłat określonych w OWUD oraz Tabeli.
2. Towarzystwo zobowiązane jest do:
 - 1) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych Umową dodatkową;
 - 2) sporządzania i publikowania rocznych i półrocznych sprawozdań Funduszu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 3) przekazywania Ubezpieczającemu informacji dotyczących zmian warunków Umowy dodatkowej lub zmiany prawa właściwego dla zawartej Umowy dodatkowej przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy dodatkowej;
 - 4) informowania Ubezpieczającego nie rzadziej niż raz w roku, z zastrzeżeniem pkt 5, o Wartości wykupu oraz o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 5) informowania Ubezpieczającego w zakresie, o którym mowa w pkt 4, po raz pierwszy nie wcześniej niż w terminie 10 miesięcy i nie później niż w terminie 14 miesięcy od dnia zawarcia Umowy dodatkowej;
 - 6) informowania Ubezpieczającego o zmianie Sumy ubezpieczenia;
 - 7) informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego o zajściu zdarzeń objętych odpowiedzialnością, jeżeli zdarzenie zostało zgłoszone do Towarzystwa, a Ubezpieczający ani Ubezpieczony nie są osobami występującymi z tym zgłoszeniem;
 - 8) informowania osoby występującej z roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia zobowiązań Towarzystwa, jeżeli jest to niezbędne do prowadzenia dalszego postępowania;
 - 9) informowania osoby występującej z roszczeniem o przyczynach niemożności jego zaspokojenia, w przypadku gdy Towarzystwo nie wypłaci świadczenia w terminie określonym w § 25 ust. 4 OWU.
 - 10) informowania osoby występującej z roszczeniem o przyczynie odmowy wypłaty świadczenia albo o przyczynie wypłaty świadczenia w innej wysokości niż określona w zgłoszeniu roszczenia wraz ze wskazaniem podstawy prawnej uzasadniającej całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
 - 11) udostępniania Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz osobie występującej z roszczeniem informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia;
 - 12) potwierdzania, na żądanie Ubezpieczającego oraz osoby występującej z roszczeniem, udostępnionych im informacji, a także sporządzania na ich koszt kopii dokumentów i potwierdzania ich za zgodność z oryginałem;
 - 13) udzielania Ubezpieczonemu na jego wniosek informacji o postanowieniach zawartej Umowy dodatkowej oraz OWUD w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.
3. Towarzystwo przekazuje informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 3-7 pisemnie albo jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, za pośrednictwem poczty elektronicznej lub Konta Klienta, o którym mowa w § 29 ust. 6 OWU.
4. Towarzystwo zamieszcza informacje o wartości Jednostki uczestnictwa na stronie internetowej Towarzystwa generali.pl.

Postanowienia końcowe

§ 21

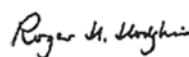
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWUD
TABELA OPŁAT I LIMITÓW
(KOD WLFA_TOIL_12.2021)****1. Tabela opłat**

Lp.	Rodzaj opłaty	Aktualna wysokość
1)	Opłata za administrowanie Funduszami (% wartości Jednostek uczestnictwa rocznie) – opłata pobierana poprzez umorzenie Jednostek uczestnictwa z Rachunku	1,45 %

2. Tabela limitów

Lp.	Rodzaj limitu	Aktualna wysokość
1)	Minimalna wysokość Składki za Umowę dodatkową	50 zł
2)	Minimalna Alokacja Składki za Umowę dodatkową w wybrany Fundusz	10%

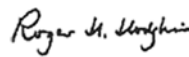
Niniejsza Tabela przyjęta została Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OWUD
WYKAZ FUNDUSZY
(KOD WLF_WUFK_12.2021)

1. Towarzystwo tworzy następujące Fundusze:

Lp.	Nazwa Funduszu	Nazwa funduszu inwestycyjnego, do którego lokowane są aktywa Funduszu
Fundusze niskiego ryzyka		
1)	UFK Generali - Generali Korona Dochodowy E	Generali Fundusze FIO subfundusz Generali Korona Dochodowy jedn. E
Fundusze średniego ryzyka		
2)	UFK Generali - Generali Stabilny Wzrost E	Generali Fundusze FIO subfundusz Generali Stabilny Wzrost jedn. E

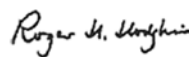
2. Poziom ryzyka Funduszy wyznaczany jest na podstawie wskaźnika ryzyka określanego zgodnie z metodyką opisaną w Rozporządzeniu Delegowanym Komisji (UE) 2017/653 z dnia 8 marca 2017 r. uzupełniającym Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1286/2014 w sprawie dokumentów zawierających kluczowe informacje, dotyczących detalicznych produktów zbiorowego inwestowania i ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych (PRIIP) przez ustanowienie regulacyjnych standardów technicznych w zakresie prezentacji, treści, przeglądu i zmiany dokumentów zawierających kluczowe informacje oraz warunków spełnienia wymogu przekazania takich dokumentów. Szczegółowe informacje na temat ryzyka każdego z Funduszy dostępne są w dokumencie zawierającym kluczowe informacje, doręczanym przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz udostępnianym przez Towarzystwo na stronie generali.pl.
3. Niniejszy wykaz Funduszy został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 3 DO OWUD REGULAMIN LOKOWANIA ŚRODKÓW UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH (KOD WLFA_RL_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejszy Regulamin lokowania określa zasady i terminy wyceny Jednostki uczestnictwa i likwidacji Funduszu oraz zawiera charakterystykę aktywów Funduszu i opłat za Fundusze.
2. Terminy, które zostały zdefiniowane w OWUD, używane są w Regulaminie lokowania w takim samym znaczeniu.

Charakterystyka aktywów wchodzących w skład Funduszy

§ 2

Aktywa Funduszy mogą być lokowane w jednostki uczestnictwa lub certyfikaty inwestycyjne funduszy inwestycyjnych.

Zasady dywersyfikacji aktywów i ograniczenia inwestycyjne

§ 3

1. Aktywa Funduszy lokowane są wyłącznie w jednostki uczestnictwa odpowiedniego funduszu inwestycyjnego, zgodnie z załącznikiem nr 2 do OWUD.
2. Szczegółowe zasady lokowania środków Funduszy są zawarte w obowiązujących prospektach informacyjnych funduszy inwestycyjnych, w które są lokowane środki Funduszy.

Zasady i terminy wyceny jednostek Funduszu

§ 4

Wartość Jednostki uczestnictwa Funduszu wyrażonego w walucie polskiej na dany Dzień wyceny jest równa ostatniej wartości jednostki funduszu inwestycyjnego, w którym inwestowane są aktywa Funduszu, podanej do publicznej wiadomości do godziny 12.00 w następnym Dniu roboczym po Dniu wyceny.

Likwidacja i utworzenie nowego Funduszu

§ 5

1. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do rozpoczęcia sprzedaży Jednostek uczestnictwa nowych Funduszy, zaprzestania sprzedaży oraz likwidacji Jednostek uczestnictwa dotychczas oferowanych Funduszy.
2. O likwidacji Funduszu Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego, który posiada środki w likwidowanym Funduszu, w terminie co najmniej 3 miesiące poprzedzających datę likwidacji Funduszu, z zastrzeżeniem ust. 7.
3. Ubezpieczający przed datą likwidacji Funduszu powinien złożyć oświadczenie zawierające dyspozycję przeniesienia Jednostek uczestnictwa z likwidowanego Funduszu lub dyspozycję zmiany Alokacji Składki za Umowę dodatkową.
4. Jeżeli Ubezpieczający złożył dyspozycję, o których mowa w ust. 3, Towarzystwo nie później niż w terminie ośmiu Dni roboczych od daty otrzymania oświadczenia Ubezpieczającego w tym zakresie dokona przeniesienia Jednostek uczestnictwa, poprzez sprzedaż Jednostek uczestnictwa Funduszu likwidowanego i nabycie Jednostek uczestnictwa Funduszu wybranego przez Ubezpieczającego lub odpowiednio dokona zmiany oświadczenia o podziale Składki za Umowę dodatkową pomiędzy Fundusze.
5. Jeżeli Ubezpieczający nie złożył w Towarzystwie dyspozycji, o których mowa w ust. 3, Towarzystwo dokona przeniesienia Jednostek uczestnictwa likwidowanego Funduszu nie później niż w terminie ośmiu Dni roboczych od daty likwidacji Funduszu, poprzez sprzedaż Jednostek uczestnictwa Funduszu likwidowanego z zastosowaniem Ceny jednostki obowiązującej w dniu likwidacji Funduszu i nabycie Jednostek uczestnictwa Funduszu o strategii inwestycyjnej najbardziej zbliżonej do Funduszu likwidowanego lub odpowiednio dokona zmiany oświadczenia o podziale Składki za Umowę dodatkową pomiędzy Fundusze.
6. Ubezpieczający, który nie posiada środków w likwidowanym Funduszu, a złoży wniosek o przeniesienie Jednostek uczestnictwa do likwidowanego Funduszu lub zmianę Alokacji Składki za Umowę dodatkową uwzględniającą likwidowany Fundusz, jest informowany o likwidacji Funduszu niezwłocznie po złożeniu dyspozycji do Towarzystwa.
7. Z przyczyn niezależnych od Towarzystwa Fundusz może zawiesić odkupywanie i zbywanie Jednostek uczestnictwa zgodnie z ustawą z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki opisanej w zdaniu pierwszym decyzji.
8. W przypadku, gdy odpowiednio:
 - 1) Towarzystwo rozpoczyna sprzedaż Jednostek uczestnictwa nowego Funduszu albo
 - 2) zmienia się nazwa oferowanego Funduszu bez zmiany jego strategii inwestycyjnej,Towarzystwo udostępni zmieniony wykaz, o którym mowa w § 1 ust. 2, 3 i 4 OWUD, na stronie generali.pl.
9. W przypadku, gdy zmiana dotyczy odpowiednio:
 - 1) nazwy wraz ze zmianą strategii inwestycyjnej oferowanego Funduszu albo
 - 2) strategii inwestycyjnej oferowanego Funduszu,Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o zmianach określonych w pkt 1 lub pkt 2.

Ryzyko inwestycyjne

§ 6

1. Celem inwestycyjnym Towarzystwa jest długookresowy wzrost wartości aktywów Funduszy w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszy.
2. Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe nie gwarantują osiągnięcia założonego celu inwestycyjnego ani określonego wyniku inwestycyjnego. Ubezpieczający powinien mieć świadomość ryzyk związanych z inwestycją w Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe, w tym braku ochrony wpłaconego kapitału lub ryzyka utraty części wpłaconych środków.

Postanowienia końcowe

§ 7

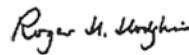
Niniejszy Regulamin lokowania został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na życie
z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi,
w ramach którego prowadzone jest Indywidualne Konto Emerytalne
(kod WLF_IKE1_12.2021) dalej „OWU”,
z uwzględnieniem definicji z OWU (Skorowidz)

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej w OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia*	§ 4; § 12 ust. 1; § 13 ust. 1; § 14 ust. 1, 2 i 7
2. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 14 ust. 3; § 16; Załącznik nr 1 do OWU – Tabela opłat; Załącznik nr 3 do OWU – § 5 ust. 7 i 8; Załącznik nr 3 do OWU – § 6
3. Wartość wykupu ubezpieczenia* w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 6 ust. 6 i 7; § 12 ust. 4; § 13 ust. 5; § 14 ust. 8 i 9

* W związku z terminologią stosowaną w Umowie o prowadzenie Indywidualnego Konta Emerytalnego zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 roku o indywidualnych kontach emerytalnych i indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego, na potrzeby niniejszego wykazu wartość wykupu ubezpieczenia rozumiana jest jako Wypłata, Wypłata transferowa lub Zwrot zgodnie z definicjami nadanymi im przez OWU.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYMI FUNDUSZAMI KAPITAŁOWYMI, W RAMACH KTÓREGO PROWADZONE JEST INDYWIDUALNE KONTO EMERYTALNE (KOD WLF_IKE1_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (zwane dalej „OWU”) stanowią podstawę zawarcia Umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, w ramach której prowadzone jest Indywidualne Konto Emerytalne, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 roku o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego.
2. Tabela opłat i limitów – kod WLF_IKE1_TOIL_12.2021 (zwana dalej „Tabelą IKE”) stanowi załącznik nr 1 do OWU.
3. Wykaz Funduszy – kod WLF_IKE1_WUFK_12.2021 (zwany dalej „Wykazem Funduszy IKE”) stanowi załącznik nr 2 do OWU.
4. Regulamin lokowania środków ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych – kod WLF_IKE1_RL_12.2021 (zwany dalej „Regulaminem lokowania IKE”) stanowi załącznik nr 3 do OWU.

Definicje

§ 2

1. Użyte w Umowie, OWU oraz Dokumentie ubezpieczenia wymienione poniżej terminy oznaczają:
 - 1) **Alokacja składki IKE** – określony procentowo przez Oszczędzającego podział Składki IKE pomiędzy Fundusze oferowane przez Towarzystwo;
 - 2) **Cena jednostki** – wartość Jednostki uczestnictwa, po której jest ona dopisywana do Rachunku IKE i odliczana z Rachunku IKE;
 - 3) **Częściowy zwrot** – wycofanie części Środków zgromadzonych na Rachunku IKE, jeżeli nie zachodzą przesłanki do Wyплаты bądź Wyплаты transferowej;
 - 4) **Dokument ubezpieczenia** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy pomiędzy Oszczędzającym a Towarzystwem oraz warunki tej Umowy (polisa), a także inny dokument potwierdzający zmianę warunków Umowy;
 - 5) **Dzień nabycia** – każdy dzień roboczy, w którym Towarzystwo nabywa Jednostki uczestnictwa, przypadający nie później niż w terminie pięciu Dni roboczych od:
 - a. dnia opłacenia Składki IKE lub przyjęcia wypłaty transferowej, z zastrzeżeniem § 8 ust. 6 albo
 - b. dnia wymagalności Składki regularnej IKE, o ile została opłacona przed datą jej wymagalności;
 - 6) **Dzień roboczy** – każdy dzień z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy;
 - 7) **Dzień wyceny** – każdy Dzień roboczy oraz każdy ostatni dzień kalendarzowy miesiąca;
 - 8) **Gromadzenie oszczędności** – dokonywanie Wpłat, Wypłat transferowych oraz przyjmowanie wypłat transferowych, a także inwestowanie środków znajdujących się na Rachunku IKE;
 - 9) **Jednostka uczestnictwa** – część aktywów Funduszu uzyskana poprzez podzielenie ich na równe części, dająca Oszczędzającemu prawo do udziału w aktywach Funduszu;
 - 10) **Konto Klienta** – serwis informacyjno-transakcyjny udostępniony przez Towarzystwo Oszczędzającemu za pośrednictwem Internetu;
 - 11) **Oszczędzający** – osoba fizyczna, która zawarła z Towarzystwem Umowę, gromadząca środki na Rachunku IKE;
 - 12) **Portfel modelowy** – Fundusz, którego aktywa inwestowane są w szczególności w Jednostki uczestnictwa więcej niż jednego funduszu inwestycyjnego w rozumieniu ustawy z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych albo więcej niż jednego funduszu inwestycyjnego mającego siedzibę za granicą;
 - 13) **Rachunek IKE** – wyodrębniony dla danej Umowy rachunek, do którego dopisywane są Jednostki uczestnictwa zakupione za Składki IKE oraz za przyjętą wypłatę transferową w przypadku jej dokonania – prowadzony na zasadach określonych Ustawą, a w zakresie w niej nieuregulowanym – na zasadach określonych w przepisach właściwych dla tych rachunków;
 - 14) **Składka IKE** – Składka regularna IKE lub Składka nieregularna IKE, która stanowi Wpłatę na Rachunek IKE (suma wpłat Składek IKE w roku kalendarzowym nie może przekroczyć limitu określonego w § 7 ust. 8);
 - 15) **Składka nieregularna IKE** – składka płatna na Rachunek IKE wskazany przez Towarzystwo w dowolnym czasie trwania Umowy;
 - 16) **Składka regularna IKE** – składka płatna na Rachunek IKE wskazany przez Towarzystwo z częstotliwością oraz w terminach wskazanych w Dokumentie ubezpieczenia;
 - 17) **Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego** – kwota określona w Tabeli IKE, wypłacana Uprawnionemu w przypadku śmierci Oszczędzającego;
 - 18) **Środki zgromadzone na Rachunku IKE** – Jednostki uczestnictwa zapisane na Rachunku IKE zakupione za Składki IKE oraz przyjętą wypłatę transferową w przypadku jej dokonania;
 - 19) **Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (UFK)** – wyodrębniona część aktywów Towarzystwa, podzielona na równe części (zwany dalej „Funduszem”);
 - 20) **Umowa** – umowa indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, w ramach której prowadzone jest Indywidualne Konto Emerytalne, zawarta pomiędzy Towarzystwem a Oszczędzającym;
 - 21) **Uposażony** – osoba wskazana przez Oszczędzającego, uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Oszczędzającego;
 - 22) **Uposażony zastępczy** – osoba wskazana przez Oszczędzającego, uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Oszczędzającego, jeżeli wskazanie jednego Uposażonego stało się bezskuteczne;
 - 23) **Uprawniony** – osoba wskazana przez Oszczędzającego, która w przypadku jego śmierci otrzyma środki z IKE oraz świadczenie w postaci Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego, a w przypadku gdy osoba taka nie została wskazana lub została wskazana bezskutecznie – spadkobiercy Oszczędzającego oraz osoby, o których mowa w § 9 ust. 5;
 - 24) **Ustawa** – ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego;
 - 25) **Wartość Rachunku IKE** – kwota stanowiąca iloczyn liczby Jednostek uczestnictwa znajdujących się na Rachunku IKE nabytych za Składki IKE oraz przyjętą wypłatę transferową w przypadku jej dokonania i Ceny jednostki;
 - 26) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy do daty, w której Wiek jest obliczany;

- 27) **Wniosek o zawarcie umowy** – formularz Towarzystwa, na którym Oszczędzający składa ofertę zawarcia Umowy (zwany dalej „**Wnioskiem**”);
 - 28) **Wpłata** – wpłata środków pieniężnych w formie Składki IKE lub wypłaty transferowej, dokonywana przez Oszczędzającego na Rachunek IKE;
 - 29) **Wypłata** – wypłata środków zgromadzonych na Rachunku IKE, realizowana jednorazowo lub w ratach, na rzecz:
 - a. Oszczędzającego, po spełnieniu warunków określonych w Umowie oraz Ustawie albo
 - b. osób Uprawnionych, w przypadku śmierci Oszczędzającego;
 - 30) **Wypłata transferowa** – przeniesienie środków zgromadzonych przez Oszczędzającego na IKE do innej instytucji finansowej prowadzącej IKE lub przeniesienie środków zgromadzonych na IKE z IKE zmarłego na IKE osoby Uprawnionej lub do programu emerytalnego, do którego Uprawniony przystąpił, lub przeniesienie środków zgromadzonych przez Oszczędzającego na IKE do programu emerytalnego, do którego przystąpił Oszczędzający, lub przeniesienie środków z programu emerytalnego na IKE, w przypadkach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o pracowniczych programach emerytalnych;
 - 31) **Zwrot** – wycofanie całości środków zgromadzonych na Rachunku IKE, jeżeli nie zachodzą przesłanki do Wypłaty bądź Wypłaty transferowej.
2. Definicje określone w ust. 1 należy rozumieć także w odpowiednim przypadku i liczbie.

Przedmiot i zakres Umowy

§ 3

1. Przedmiotem Umowy jest życie Oszczędzającego.
2. Ubezpieczenie prowadzone jest z Funduszami, w ramach których gromadzone i inwestowane są Składki IKE.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia:

- 1) zaistnienie okoliczności umożliwiających dokonanie wypłaty z Rachunku IKE, o których mowa w § 12 ust. 1;
- 2) śmierć Oszczędzającego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.

Zawarcie Umowy

§ 5

1. Umowę może zawrzeć osoba fizyczna, która w dniu zawarcia Umowy ukończyła 16 lat.
2. Umowa zawierana jest na podstawie kompletnie i poprawnie wypełnionego i złożonego przez Oszczędzającego Wniosku.
3. W przypadku, gdy stosowne przepisy prawa tego wymagają, Towarzystwo przed zawarciem Umowy uzyskuje od Oszczędzającego, w formie ankiety, informacje dotyczące jego potrzeb, wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie oraz jego sytuacji finansowej, tak aby Towarzystwo mogło dokonać oceny, czy Umowa jest odpowiednia do potrzeb Oszczędzającego.
4. Przed zawarciem Umowy Towarzystwo doręcza Oszczędzającemu warunki Umowy, w tym treść OWU wraz z załącznikami oraz Skorowidzem albo udostępnia je Oszczędzającemu w taki sposób, aby mógł je przechowywać i odtwarzać w zwykłym toku czynności.
5. Przed zawarciem Umowy Oszczędzający składa oświadczenia zawarte we Wniosku.
6. Towarzystwo potwierdza zawarcie Umowy Dokumentem ubezpieczenia (polisą).

Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy

§ 6

1. Oszczędzającemu przysługuje prawo do odstąpienia od Umowy poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia w tym względzie:
 - 1) w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy albo
 - 2) w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji, o której mowa w § 18 ust. 2 pkt 3.
2. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy Towarzystwo nie poinformowało Oszczędzającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy, termin 30 dni, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, biegnie od dnia, w którym Oszczędzający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
3. Złożenie oświadczenia o odstąpieniu od Umowy, w terminie o którym mowa w ust. 1 pkt 1 albo ust. 2, możliwe jest również za pośrednictwem infolinii Towarzystwa.
4. Umowa może być w każdym czasie wypowiedziana przez Oszczędzającego pisemnie, z zachowaniem 14-dniowego okresu wypowiedzenia.
5. Umowa ulega rozwiązaniu w przypadku dokonania Wypłaty, Wypłaty transferowej albo Zwrotu.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, Towarzystwo zwróci Oszczędzającemu wpłaconą Składkę IKE w całości, a przyjętą wypłatę transferową zwróci w formie Zwrotu, bez pobrania opłaty, o której mowa w § 16 ust. 2.
7. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 albo ust. 2, Środki zgromadzone na Rachunku IKE Towarzystwo wypłaci w formie Zwrotu, jeśli nie zachodzą przesłanki do Wypłaty bądź Wypłaty transferowej.

Wpłaty

§ 7

1. Towarzystwo określa minimalną wysokość Składki IKE w Tabeli IKE.
2. Wysokość Składki regularnej IKE oraz częstotliwość jej opłacania określone są przez Oszczędzającego we Wniosku.
3. Składki regularne IKE mogą być opłacane z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną albo miesięczną. Wysokość Składki regularnej IKE, częstotliwość oraz terminy jej opłacania potwierdzone są w Dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 14.
4. Oszczędzający ma prawo do zmiany:
 - 1) wysokości Składki regularnej IKE w każdą Rocznicę polisy;
 - 2) częstotliwości opłacania Składek regularnych IKE w całym okresie obowiązywania Umowy, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Wysokość Składki regularnej IKE po zmianach, o których mowa w ust. 4, nie może być niższa od minimalnej Składki IKE dla wybranej częstotliwości, określonej w Tabeli IKE.
6. Składki nieregularne IKE mogą być wpłacane w dowolnym czasie trwania Umowy z zastrzeżeniem § 8 ust. 6.
7. Składka IKE stanowi Wpłatę na Rachunek IKE.

- Łączna wysokość wpłat na IKE w roku kalendarzowym nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej trzykrotności przeciętnego prognozowanego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok, określonego w ustawie budżetowej lub ustawie o prowizorium budżetowym, lub w ich projektach, jeżeli odpowiednie ustawy nie zostały uchwalone.
- W przypadku, gdy kwota ustalona zgodnie z ust. 8, będzie niższa od kwoty ogłoszonej w poprzednim roku kalendarzowym, obowiązuje kwota wpłat dokonywanych na IKE ogłoszona w poprzednim roku kalendarzowym.
- Jeżeli do końca roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym będą dokonywane wpłaty na IKE brak jest podstaw, o których mowa w ust. 8, do ustalenia przeciętnego prognozowanego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej, jako podstawę do ustalenia kwoty, o której mowa w ust. 8, przyjmuje się przeciętne miesięczne wynagrodzenie z trzeciego kwartału roku poprzedniego.
- Zapisy ust. 8 nie mają zastosowania do przyjmowanych wypłat transferowych.
- Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego ogłasza w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” do końca roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym będą dokonywane wpłaty na IKE, w drodze obwieszczenia, wysokość kwoty, o której mowa w ust. 8.
- Wpłata Składki nieregularnej IKE nie zwalnia Oszczędnego z obowiązku opłacenia Składki regularnej IKE. Towarzystwo ma prawo zaliczyć Składkę nieregularną IKE, za którą nie zostały zakupione Jednostki uczestnictwa na poczet zaległych Składek regularnych IKE.
- W przypadku gdy Oszczędnego zadeklarował wypłatę transferową, Składki regularne IKE opłacane są począwszy od pierwszej Rocznic polisy Umowy następującej po przyjęciu wypłaty transferowej.

Rachunek IKE i Alokacja składek IKE

§ 8

- Z dniem przyjęcia pierwszej Wpłaty z tytułu Umowy Towarzystwo otwiera Rachunek IKE, na którym ewidencjonuje Jednostki uczestnictwa zakupione za opłacone Składki IKE i przyjętą wypłatę transferową.
- Po opłaceniu Składki IKE Towarzystwo dopisuje Jednostki uczestnictwa do Rachunku IKE, z zastrzeżeniem ust. 6, zgodnie ze wskazaną przez Oszczędnego dyspozycją Alokacji składki IKE. Liczba dopisanych Jednostek uczestnictwa wynika z podzielenia części Składki IKE określonej w dyspozycji Alokacji przez Cenę jednostki danego Funduszu, obowiązującą w Dniu nabycia.
- Jeżeli Składka regularna IKE została opłacona przed datą jej wymagalności, Jednostki uczestnictwa zostaną nabyte po Cenie jednostki obowiązującej w Dniu nabycia, nie wcześniej jednak niż w dniu zawarcia Umowy.
- Po przyjęciu wypłaty transferowej Towarzystwo dopisuje Jednostki uczestnictwa do Rachunku IKE. Liczba Jednostek uczestnictwa równa jest wartości przyjętej wypłaty transferowej, podzielonej przez Cenę jednostki obowiązującą w Dniu nabycia, przypadającym nie wcześniej niż po otrzymaniu kompletu dokumentów z instytucji finansowej, z której dokonano wypłaty transferowej.
- Za Składkę nieregularną IKE i środki pochodzące z przyjętej wypłaty transferowej Towarzystwo nabywa Jednostki uczestnictwa Funduszy zgodnie z Alokacją składki IKE ustaloną przez Oszczędnego dla Składki regularnej IKE.
- W przypadku gdy Oszczędnego zadeklarował we Wniosku wypłatę transferową, Składki nieregularne IKE opłacone przed przyjęciem przez Towarzystwo wypłaty transferowej zostaną przekazane na nieoprocentowany rachunek. W takim przypadku nabycie Jednostek uczestnictwa za Składki nieregularne IKE nastąpi w terminie pięciu Dni roboczych od dnia przyjęcia wypłaty transferowej.

Wskazanie osób Uposażonych

§ 9

- Oszczędnego może wskazać jedną lub więcej osób Uposażonych do otrzymania świadczenia w razie jego śmierci.
- Wskazanie dotyczące Uposażonego może zostać w dowolnym czasie zmienione lub odwołane przez złożenie oświadczenia w Towarzystwie. Zmiana Uposażonego następuje od daty otrzymania tego oświadczenia przez Towarzystwo.
- Jeżeli wskazano kilku Uposażonych, powinny zostać określone ich udziały procentowe w kwocie świadczenia.
- Jeżeli udziały procentowe Uposażonych w kwocie świadczenia nie zostaną określone, przyjmuje się, że są one równe.
- W przypadku śmierci Oszczędnego, gdy nie wskazał on żadnego Uposażonego lub wskazanie jedyne Uposażonego okazało się bezskuteczne, a nie został wskazany Uposażony zastępczy, świadczenie przysługuje członkom rodziny Oszczędnego w następującej kolejności:
 - małżonek;
 - dzieci – w częściach równych;
 - rodzice – w częściach równych;
 - rodzeństwo – w częściach równych;
 - pozostałe osoby będące spadkobiercami ustawowymi Oszczędnego, z wyłączeniem gminy właściwej dla ostatniego miejsca zamieszkania Oszczędnego oraz Skarbu Państwa – w częściach równych.
- Świadczenie może być wypłacone członkowi rodziny wymienionemu w dalszej kolejności wyłącznie wtedy, gdy żadna z osób wskazanych w punktach poprzedzających nie dożyła śmierci Oszczędnego albo nie jest uprawniona do otrzymania świadczenia z powodu okoliczności wskazanych w ust. 7. Uważa się, że osoba nie dożyła śmierci Oszczędnego także, gdy zmarła jednocześnie z nim.
- Wskazanie Uposażonego jest bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed Oszczędnym albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. W takim przypadku udział bezskutecznie wskazanego Uposażonego w kwocie świadczenia dolicza się proporcjonalnie do udziałów pozostałych Uposażonych.
- Jeżeli wskazanie jedyne Uposażonego stało się bezskuteczne, prawo do świadczenia nabywa Uposażony zastępczy.
- Postanowienia ust. 1-4 oraz ust. 7 stosuje się odpowiednio do Uposażonego zastępczego.

Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędnego

§ 10

- Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędnego określona jest kwotowo w Dokumencie ubezpieczenia i wynosi 100 zł.
- Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędnego jest niezmienna w całym okresie trwania Umowy.

Wypłata świadczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego

§ 11

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie następujące dokumenty:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię aktu zgonu albo odpisu skróconego aktu zgonu Oszczędzającego;
 - 3) w przypadku, o którym mowa w § 9 ust. 5, dokument potwierdzający bycie członkiem rodziny, a stosownym wykazaniem takiego stanu będą w szczególności: kopia aktu małżeństwa, kopia aktu urodzenia, kopia prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku, kopia notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o śmierci Oszczędzającego.
5. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4.

Wypłata

§ 12

1. Wypłata Środków zgromadzonych na Rachunku IKE następuje wyłącznie:
 - 1) na wniosek Oszczędzającego, po osiągnięciu przez niego 60 roku życia lub nabyciu uprawnień emerytalnych i ukończeniu 55 roku życia oraz spełnieniu warunku:
 - a. dokonywania wpłat na IKE co najmniej w pięciu dowolnych latach kalendarzowych albo
 - b. dokonania ponad połowy wartości wpłat nie później niż na pięć lat przed dniem złożenia przez Oszczędzającego wniosku o dokonanie Wypłaty;
 - 2) w przypadku śmierci Oszczędzającego – na wniosek osoby Uprawnionej.
2. Oszczędzający przed dokonaniem Wypłaty zobowiązany jest do poinformowania Towarzystwa o właściwym dla Oszczędzającego w sprawach podatku dochodowego od osób fizycznych naczelniku urzędu skarbowego oraz do przedstawienia decyzji organu rentowego o przyznaniu prawa do emerytury, jeżeli Oszczędzający nie ukończył 60 roku życia.
3. Wypłata może być dokonywana jednorazowo albo w ratach, w zależności od wniosku Oszczędzającego albo osoby Uprawnionej.
4. W przypadku złożenia przez Oszczędzającego lub osobę Uprawnioną wniosku o Wypłatę jednorazową do obliczenia wartości wypłaty przyjmuje się Cenę jednostki obowiązującą w Dniu wyceny, w którym Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa. Umorzenie Jednostek uczestnictwa następuje nie później niż w terminie pięciu Dni roboczych od dnia otrzymania przez Towarzystwo dokumentów, o których mowa w ust. 11.
5. W przypadku złożenia przez Oszczędzającego lub osobę Uprawnioną wniosku o Wypłatę w ratach, wnioskujący określa:
 - 1) częstotliwość wypłacania rat;
 - 2) liczbę rat.
6. Wypłata w ratach realizowana jest z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną.
7. Wysokość rat określona jest w liczbie Jednostek uczestnictwa poprzez podzielenie ilości Jednostek zgromadzonych na Rachunku IKE przez wnioskowaną liczbę rat i pomnożenie ich przez Cenę jednostki obowiązującą w Dniu wyceny, w którym Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa, z zastrzeżeniem ust. 9.
8. W przypadku pierwszej raty umorzenie Jednostek uczestnictwa następuje nie później niż w terminie pięciu Dni roboczych od dnia otrzymania przez Towarzystwo dokumentów, o których mowa w ust. 11.
9. Wysokość pierwszej raty obliczona w sposób, o którym mowa w ust. 7 i 8, nie może być niższa niż 500 zł.
10. Jeżeli wysokość pierwszej raty jest niższa niż 500 zł, Oszczędzającemu zaproponowana zostanie wypłata ratalna w krótszym okresie lub z mniejszą częstotliwością rat.
11. Towarzystwo dokonuje Wypłaty jednorazowej lub Wypłaty pierwszej raty w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia:
 - 1) złożenia przez Oszczędzającego wniosku o dokonanie Wypłaty;
 - 2) złożenia przez osobę, o której mowa w ust. 1 pkt 2, wniosku o dokonanie Wypłaty oraz przedłożenia:
 - a. aktu zgonu Oszczędzającego i dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby Uprawnionej albo
 - b. prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku albo notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia oraz zgodnego oświadczenia wszystkich spadkobierców o sposobie podziału środków zgromadzonych przez Oszczędzającego albo prawomocnego postanowienia sądu o dziale spadku, a także dokumentów stwierdzających tożsamość spadkobierców, chyba, że Oszczędzający lub osoby Uprawnione żądają Wypłaty w terminie późniejszym.
12. Wysokość kolejnych rat jest zmienna i zależy od Ceny jednostki obowiązującej w dniu umorzenia Jednostek uczestnictwa na potrzeby naliczenia kolejnej raty.
13. Wypłaty kolejnych rat realizowane są w terminach wynikających odpowiednio z terminu Wypłaty pierwszej raty w kolejnym miesiącu, kwartale, półroczu lub roku, w zależności od wybranej częstotliwości wypłat rat.
14. Oszczędzający nie może dokonywać Wpłat na Rachunek IKE, z którego dokonał Wypłaty pierwszej raty.
15. Oszczędzający, który dokonał Wypłaty jednorazowej albo Wypłaty pierwszej raty, nie może ponownie założyć IKE.
16. W przypadku śmierci Oszczędzającego, który rozpoczął Wypłatę w formie rat, Towarzystwo na pisemny wniosek osoby Uprawnionej dokona Wypłaty zgodnie z jej dyspozycją i jej udziałem procentowym w kwocie świadczenia, w ratach lub jednorazowo.
17. Oszczędzający, który rozpoczął Wypłatę w formie rat, może w dowolnej chwili, na pisemny wniosek złożony w Towarzystwie, dokonać Wypłaty jednorazowej pozostałej Wartości Rachunku IKE.
18. W dniu umorzenia Jednostek uczestnictwa na ostatnią ratę Rachunek IKE zostaje zamknięty a Umowa ulega rozwiązaniu.

Wypłata transferowa

§ 13

1. Wypłata transferowa dokonywana jest przez Towarzystwo na podstawie dyspozycji Oszczędzającego lub osoby Uprawnionej po uprzednim zawarciu umowy o prowadzenie IKE z inną instytucją albo po przystąpieniu do programu emerytalnego i okazaniu Towarzystwu odpowiednio: potwierdzenia zawarcia umowy o prowadzenie IKE albo potwierdzenia przystąpienia do programu emerytalnego.
2. W przypadku Wypłaty transferowej do programu emerytalnego Wypłata transferowa dokonywana jest na rachunek programu emerytalnego.
3. Wypłata transferowa jest dokonywana:
 - 1) z Towarzystwa do instytucji finansowej, z którą Oszczędzający zawarł umowę o prowadzenie IKE;
 - 2) z Towarzystwa do programu emerytalnego, do którego Oszczędzający przystąpił, w myśl przepisów ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o pracowniczych programach emerytalnych;
 - 3) w przypadku śmierci Oszczędzającego – z Towarzystwa na IKE osoby Uprawnionej albo do programu emerytalnego, do którego osoba Uprawniona przystąpiła.
4. Towarzystwo dokonuje Wypłaty transferowej w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia:
 - 1) złożenia przez Oszczędzającego dyspozycji o dokonanie Wypłaty transferowej;
 - 2) złożenia przez osobę, o której mowa w ust. 3 pkt 3, dyspozycji o dokonanie Wypłaty transferowej oraz przedłożenia:
 - a. aktu zgonu Oszczędzającego i dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby Uprawnionej albo
 - b. prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku albo notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia oraz zgodnego oświadczenia wszystkich spadkobierców o sposobie podziału środków zgromadzonych przez Oszczędzającego albo prawomocnego postanowienia sądu o dziale spadku, a także dokumentów stwierdzających tożsamość spadkobierców.
5. Do obliczenia wartości Wypłaty transferowej przyjmuje się Cenę jednostki obowiązującą w Dniu wyceny, w którym Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa. Umorzenie Jednostek uczestnictwa następuje nie później niż w terminie pięciu Dni roboczych od dnia otrzymania przez Towarzystwo dokumentów, o których mowa w ust. 4.
6. Przedmiotem Wypłaty transferowej może być wyłącznie całość Środków zgromadzonych na Rachunku IKE.

Zwrot i Częściowy zwrot

§ 14

1. W przypadku wypowiedzenia Umowy, jeżeli nie zachodzą przesłanki do Wypłaty bądź Wypłaty transferowej, Towarzystwo dokonuje Zwrotu Środków zgromadzonych na Rachunku IKE, obliczonego zgodnie z ust. 8.
2. W przypadku odstąpienia od Umowy, o którym mowa w § 6 ust. 1 pkt 2, jeżeli nie zachodzą przesłanki do Wypłaty bądź Wypłaty transferowej, Towarzystwo dokonuje Zwrotu Środków zgromadzonych na Rachunku IKE, obliczonego zgodnie z ust. 9.
3. W przypadku, gdy na Rachunek IKE została przyjęta wypłata transferowa z programu emerytalnego, Towarzystwo przed dokonaniem Zwrotu, w ciągu 7 dni licząc od dnia złożenia przez Oszczędzającego wypowiedzenia, przekazuje na rachunek bankowy wskazany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych kwotę w wysokości 30% sumy składek podstawowych wpłaconych do programu emerytalnego.
4. Towarzystwo przed dokonaniem Zwrotu pouczy Oszczędzającego o konsekwencjach dokonania Zwrotu oraz poinformuje Oszczędzającego o możliwości dokonania Wypłaty transferowej.
5. Zwrotowi podlegają Środki zgromadzone na Rachunku IKE pomniejszone o należny podatek i kwoty, o których mowa w ust. 2 i § 16 ust. 1.
6. Zwrot Środków zgromadzonych na Rachunku IKE następuje przed upływem terminu wypowiedzenia Umowy.
7. Oszczędzający w każdym czasie trwania Umowy może wystąpić z wnioskiem o Częściowy zwrot pod warunkiem, że środki pochodziły z wpłat na IKE.
8. Do obliczenia wartości Zwrotu, o którym mowa w ust. 1 lub Częściowego zwrotu przyjmuje się Cenę jednostki obowiązującą w Dniu wyceny, w którym Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa. Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa w terminie pięciu Dni roboczych licząc od dnia otrzymania przez Towarzystwo wniosku o Zwrot lub Częściowy zwrot.
9. Do obliczenia wartości Zwrotu, o którym mowa w ust. 2, przyjmuje się Cenę jednostki obowiązującą w dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu.
10. Oszczędzający we wniosku o Częściowy zwrot określa wartość Częściowego zwrotu.
11. Częściowy zwrot realizowany jest w terminie 30 dni licząc od dnia złożenia przez Oszczędzającego dyspozycji w Towarzystwie.
12. Kwota Częściowego zwrotu i Zwrotu pomniejszana jest o należny podatek.

Zmiany Funduszy

§ 15

1. Oszczędzający ma prawo w każdym czasie:
 - 1) zmienić Alokację składki IKE pomiędzy poszczególne Fundusze;
 - 2) przenieść do wybranego Funduszu wszystkie lub część Jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunku wskazanego Funduszu.
2. Towarzystwo dokona przeniesienia Jednostek uczestnictwa nie później niż w terminie ośmiu Dni roboczych od daty otrzymania oświadczenia Oszczędzającego w tym zakresie, poprzez sprzedaż i nabycie Jednostek uczestnictwa, w tym za pośrednictwem Konta Klienta udostępnionego mu przez Towarzystwo.
3. Towarzystwo dokona podziału Składek regularnych IKE pomiędzy poszczególne Fundusze po otrzymaniu oświadczenia Oszczędzającego, w tym za pośrednictwem Konta Klienta udostępnionego mu przez Towarzystwo.
4. Minimalna Alokacja składki IKE w wybrany Fundusz nie może być niższa niż 10%.

Opłaty

§ 16

1. W przypadku, gdy Oszczędzający dokonuje Wypłaty, Wypłaty transferowej lub Zwrotu przed upływem 12 miesięcy od dnia zawarcia Umowy, Towarzystwo potrąci dodatkową opłatę w wysokości 4% wypłacanych, transferowanych lub zwracanych środków zgromadzonych na IKE Oszczędzającego, lecz nie więcej niż 200 zł.
2. Z tytułu zarządzania Funduszami Towarzystwo pobiera opłatę za zarządzanie w wysokości wskazanej w Tabeli IKE.

Prawa i obowiązki Oszczędnego

§ 17

1. Oszczędnego jest zobowiązany do opłacania Składek IKE w wysokości i terminach wskazanych w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zmiana Umowy na niekorzyść Oszczędnego lub Uprawnionego wymaga zgody Oszczędnego.
3. Oszczędnego zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia Towarzystwa o zmianach swoich danych osobowych i teleadresowych, a także danych osobowych i teleadresowych Uposażonego i Uposażonego zastępczego.
4. Oszczędnego może żądać od Towarzystwa udzielenia mu informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.

Prawa i obowiązki Towarzystwa

§ 18

1. Towarzystwo ma prawo do pobierania opłat określonych w OWU, Regulaminie lokowania IKE oraz Tabeli IKE.
2. Towarzystwo zobowiązane jest do:
 - 1) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych Umową;
 - 2) sporządzania i publikowania rocznych i półrocznych sprawozdań Funduszu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 3) przekazywania Oszczędnemu, nie rzadziej niż raz w roku, z zastrzeżeniem pkt 4, w trybie uzgodnionym z Oszczędnym, informacji o środkach znajdujących się na Rachunku IKE oraz informacji o wysokości środków znajdujących się na nieoprocentowanym rachunku;
 - 4) informowania Oszczędnego w zakresie, o którym mowa w pkt 3 po raz pierwszy nie wcześniej niż w terminie 10 miesięcy i nie później niż w terminie 14 miesięcy od dnia zawarcia Umowy;
 - 5) przekazywania Oszczędnemu informacji dotyczących zmian warunków Umowy lub zmiany prawa właściwego dla zawartej Umowy przed wyrażeniem przez Oszczędnego zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy;
 - 6) informowania Oszczędnego o zmianie Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędnego;
 - 7) informowania Oszczędnego o zajściu zdarzeń objętych odpowiedzialnością, jeżeli zdarzenie zostało zgłoszone do Towarzystwa, a Oszczędnego nie jest osobą występującą z tym zgłoszeniem;
 - 8) informowania osoby występującej z roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia zobowiązań Towarzystwa, jeżeli jest to niezbędne do prowadzenia dalszego postępowania;
 - 9) informowania osoby występującej z roszczeniem o przyczynach niemożności jego zaspokojenia, w przypadku gdy Towarzystwo nie wypłaci świadczenia w terminie określonym w § 11 ust. 4 i 5;
 - 10) informowania osoby występującej z roszczeniem o przyczynie odmowy wypłaty świadczenia albo o przyczynie wypłaty świadczenia w innej wysokości niż określona w zgłoszeniu roszczenia wraz ze wskazaniem podstawy prawnej uzasadniającej całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
 - 11) udostępniania Oszczędnemu oraz osobie występującej z roszczeniem informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokość świadczenia;
 - 12) potwierdzania, na żądanie Oszczędnego oraz osoby występującej z roszczeniem, udostępnionych im informacji, a także sporządzania na ich koszt kopii dokumentów i potwierdzania ich za zgodność z oryginałem;
 - 13) udzielania Oszczędnemu na jego wniosek informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Oszczędnego.
3. Towarzystwo zamieszcza informacje o wartości Jednostki uczestnictwa na stronie internetowej Towarzystwa generali.pl.

Reklamacje

§ 19

1. Będący osobą fizyczną Oszczędnego, Uposażony lub Uprawniony z umowy ubezpieczenia do otrzymania świadczenia (zwany w tym paragrafie „Klient”) może składać w każdym czasie zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, w tym skargi i zażalenia (zwane dalej „Reklamacje”). Reklamacje mogą być składane również przez poszukującego ochrony ubezpieczeniowej lub zleceniodawcę gwarancji ubezpieczeniowej, jak również Ubezpieczających lub Ubezpieczonych, w tym będących osobami prawnymi lub spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej.
2. Reklamacje mogą być składane:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa, ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa (od 20 stycznia 2022 roku nowy adres siedziby to: ul. Senatorska 18, 00-082 Warszawa), lub jednostce obsługującej Klientów albo przesyłane przesyłką pocztową;
 - 2) ustnie – telefonicznie pod numerem +48 913 913 913 albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w miejscu, o którym mowa w pkt 1 powyżej.
3. Reklamacja powinna zawierać dane Klienta umożliwiające jego identyfikację, numer polisy oraz zastrzeżenia zgłaszane przez Klienta.
4. Towarzystwo rozpatruje Reklamację niezwłocznie po jej otrzymaniu. Odpowiedź na Reklamację jest udzielana bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od chwili otrzymania Reklamacji, chyba że mają miejsce szczególnie skomplikowane okoliczności, uniemożliwiające rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w tym terminie. W takim przypadku Towarzystwo 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.
5. Odpowiedź na Reklamację jest udzielana w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika. Na wniosek Klienta odpowiedź na Reklamację może być dostarczona pocztą elektroniczną.
6. Spór między Klientem a Towarzystwem może być zakończony w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między Klientami a podmiotami rynku finansowego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, przed Rzecznikiem Finansowym (www.rf.gov.pl).
7. Skargi i zażalenia składane przez inne podmioty, niż wymienione w ust. 1 lub w innej formie, niż określona w ust. 2, dotyczące działania lub zaniechania Towarzystwa związanego z zawarciem lub wykonaniem umowy ubezpieczenia, powinny zawierać dane i informacje, o których mowa w ust. 3. Skargi i zażalenia, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, są rozpatrywane w terminie 30 dni od ich otrzymania przez Towarzystwo, najpóźniej w terminie 14 dni od wyjaśnienia okoliczności niezbędnych do ich załatwienia. Towarzystwo informuje zainteresowanego o sposobie

- załatwienia skargi lub zażalenia niezwłocznie po ich rozpatrzeniu, w sposób uzgodniony z tą osobą. Do skarg i zażaleń składanych zgodnie z niniejszym ustępem nie mają zastosowania postanowienia ust. 4 i 5.
8. Niezależnie od powyższego Klient może składać skargi i zażalenia na działalność Towarzystwa do uprawnionych organów, np. Komisji Nadzoru Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną Klientów podmiotów rynku finansowego.
9. Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE (rozporządzenie w sprawie ODR w sporach konsumenckich), istnieje możliwość pozasądowego rozstrzygania sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z internetowych umów sprzedaży lub umów o świadczenie usług zawieranych między konsumentami mieszkającymi w Unii Europejskiej a przedsiębiorcami mającymi siedzibę w Unii Europejskiej. Rozstrzyganie ww. sporów odbywa się za pośrednictwem platformy ODR dostępnej pod następującym adresem: <https://webgate.ec.europa.eu/odr/main/?event=main.home.show&lng=PL>.
Adres poczty elektronicznej Towarzystwa: centrumklienta@generali.pl.
10. Podmioty określone w ust. 1, mogą składać zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych i agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające, wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń (zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej), w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową, w sposób ustalony przez te podmioty rynku finansowego.

Postanowienia końcowe

§ 20

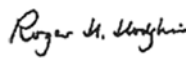
1. Do spraw nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.
2. W zakresie opodatkowania świadczeń należnych z tytułu Umowy zastosowanie mają obowiązujące przepisy prawa dotyczące podatku dochodowego, w szczególności przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.
3. Towarzystwo udostępnia Oszczędzającemu Konto Klienta na stronie generali.pl. Warunkiem korzystania z Konta Klienta jest akceptacja Regulaminu świadczenia usług drogą elektroniczną, który dostępny jest m.in. na stronie generali.pl w trakcie procesu rejestracji oraz po zalogowaniu się do Konta Klienta. Regulamin udostępniony jest nieodpłatnie w formie umożliwiającej jego pozyskanie, odtwarzanie, utrwalanie i drukowanie.
4. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWU
TABELA IKE
(KOD WLF_IKE1_TOIL_12.2021)

1. Tabela opłat

Lp.	Rodzaj opłaty	Aktualna wysokość
1)	Opłata za Wypłatę, Wypłatę transferową lub Zwrot w okresie pierwszych 12 miesięcy od dnia zawarcia Umowy	4% Wartości Rachunku IKE ale nie więcej niż 200 zł
2)	Opłata za zarządzanie Funduszami (procent wartości całego Funduszu rocznie) – opłata uwzględniona w Cenie jednostki, nie pobierana poprzez umorzenie Jednostek uczestnictwa z Rachunku IKE	Fundusz Emerytalny Generali Agresywny 3,10% Fundusz Emerytalny Generali Mieszany 2,50% Fundusz Emerytalny Generali Obligacji 1,60% UFK Generali Gwarantowany PLUS 1,50% Portfel Cyklu Koniunkturalnego 2,45% Portfel Polski Akcyjny 1,90% Portfel Zagraniczny Nieruchomości 1,90% Portfel Zagraniczny Surowcowy 1,90% Portfel Zagraniczny „Cztery strony świata” Akcyjny 1,90%

2. Tabela limitów

Lp.	Rodzaj limitu	Aktualna wysokość
1)	Minimalna wysokość Składki regularnej IKE	
	– roczna	240 zł
	– półroczna	120 zł
	– kwartalna	60 zł
	– miesięczna	20 zł
	Minimalna wysokość Składki nieregularnej IKE	9 zł
2)	Maksymalna suma Składek IKE w roku kalendarzowym	limit określony w Ustawie oraz § 7 ust. 8-11 OWU
3)	% wypłaty transferowej przeznaczony na nabycie Jednostek uczestnictwa	100%
4)	Minimalna Alokacja składki IKE w wybrany Fundusz	10%
5)	Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego	100 zł

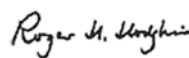
Niniejsza Tabela IKE przyjęta została Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

**ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OWU
WYKAZ FUNDUSZY IKE
(KOD WLF_IKE1_WUFG_12.2021)**

1. Towarzystwo tworzy następujące Fundusze:

Lp.	Nazwa Funduszu
Fundusze niskiego ryzyka	
1)	UFK Generali Gwarantowany PLUS
2)	Fundusz Emerytalny Generali Obligacji
Fundusze średniego ryzyka	
3)	Fundusz Emerytalny Generali Mieszany
Fundusze wysokiego ryzyka	
4)	Fundusz Emerytalny Generali Agresywny

2. Towarzystwo tworzy następujące Portfele modelowe:

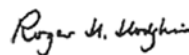
Lp.	Nazwa Funduszu
Fundusze średniego ryzyka	
1)	Portfel Cyklu Koniunkturalnego
2)	Portfel Zagraniczny „Cztery strony świata” Akcyjny
Fundusze wysokiego ryzyka	
3)	Portfel Polski Akcyjny
4)	Portfel Zagraniczny Nieruchomości
5)	Portfel Zagraniczny Surowcowy

2. Poziom ryzyka Funduszy wyznaczony został na podstawie wskaźnika ryzyka określanego zgodnie z metodyką opisaną w Rozporządzeniu Delegowanym Komisji (UE) 2017/653 z dnia 8 marca 2017 r. uzupełniającym Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1286/2014 w sprawie dokumentów zawierających kluczowe informacje, dotyczących detalicznych produktów zbiorowego inwestowania i ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych (PRIIP) przez ustanowienie regulacyjnych standardów technicznych w zakresie prezentacji, treści, przeglądu i zmiany dokumentów zawierających kluczowe informacje oraz warunków spełnienia wymogu przekazania takich dokumentów. Szczegółowe informacje na temat ryzyka każdego z Funduszy dostępne są w karcie produktu IKE, doręczanej przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz udostępnianej przez Towarzystwo na stronie generali.pl.
3. Niniejszy Wykaz Funduszy IKE został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski


Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss


Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 3 DO OWU REGULAMIN LOKOWANIA IKE (KOD WLF_IKE1_RL_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejszy Regulamin lokowania IKE określa zasady funkcjonowania Funduszy oferowanych przez Towarzystwo, w ramach Umowy zawieranej na podstawie OWU.
2. Terminy, które zostały zdefiniowane w OWU, używane są w Regulaminie lokowania IKE w takim samym znaczeniu.

Charakterystyka aktywów wchodzących w skład Funduszy

§ 2

Aktywa Funduszy mogą być inwestowane w następujące instrumenty finansowe:

- 1) papiery wartościowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez Skarb Państwa oraz organizacje międzynarodowe, których członkiem jest Rzeczpospolita Polska;
- 2) obligacje emitowane lub poręczone przez jednostki samorządu terytorialnego lub związki jednostek samorządu terytorialnego;
- 3) inne dłużne papiery wartościowe o stałej stopie dochodu;
- 4) akcje, prawo do akcji, warranty subskrypcyjne, prawa poboru spółek notowanych na rynku regulowanym, a także akcje spółek będące przedmiotem oferty publicznej, jeśli warunki emisji lub pierwszej oferty publicznej zakładają złożenie wniosku o dopuszczenie do obrotu na rynku regulowanym;
- 5) akcje, prawo do akcji, warranty subskrypcyjne, prawa poboru spółek notowanych w alternatywnym systemie obrotu oraz akcje spółek nienotowanych;
- 6) jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych, certyfikaty inwestycyjne lub tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne oraz tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą;
- 7) tytuły uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych notowanych na rynkach regulowanych – ETF (ang. Exchange Traded Funds);
- 8) inne dłużne papiery wartościowe o zmiennej stopie dochodu;
- 9) instrumenty rynku pieniężnego i inne prawa majątkowe inkorporujące wierzytelności pieniężne;
- 10) listy zastawne;
- 11) depozyty bankowe;
- 12) instrumenty pochodne, takie jak: opcje, transakcje terminowe, transakcje wymiany.

Kryteria doboru aktywów

§ 3

1. Proporcje między różnymi kategoriami aktywów Funduszy są uzależnione od rodzaju Funduszu oraz podejmowanych decyzji inwestycyjnych.
2. Portfel Polski Akcyjny oferuje możliwości potencjalnie wysokich stóp zwrotu dostępnych na rynkach akcji. Alokacja środków ma na celu dywersyfikację lokat pomiędzy te polskie fundusze inwestycyjne, które w długim terminie osiągają na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
3. Portfel Cyklu Koniunkturalnego alokuje środki na podstawie scenariusza makroekonomicznego opartego na metodologii cyklu koniunkturalnego. W zależności od prognozowanej fazy cyklu koniunkturalnego alokacja środków odbywa się w te fundusze inwestycyjne, które w danej fazie osiągają na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
4. Portfel Zagraniczny „Cztery strony świata” Akcyjny oferuje możliwości potencjalnie wysokich stóp zwrotu dostępnych na zagranicznych rynkach akcji. Alokacja środków ma na celu dywersyfikację lokat pomiędzy te zagraniczne fundusze inwestycyjne, które w długim terminie osiągają na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
5. Portfel Zagraniczny Nieruchomości alokuje środki pomiędzy zagraniczne fundusze inwestycyjne inwestujące w sektor nieruchomości. Alokacja środków ma na celu dywersyfikację lokat pomiędzy te fundusze inwestycyjne, które w długim terminie osiągają na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
6. Portfel Zagraniczny Surowcowy alokuje środki pomiędzy zagraniczne fundusze inwestycyjne inwestujące w surowce i spółki związane z rynkiem surowcowym. Alokacja środków ma na celu dywersyfikację lokat pomiędzy te fundusze inwestycyjne, które w długim terminie osiągają na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
7. Przy ocenie bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji służącej podjęciu decyzji o alokacji środków oraz doborze akcji do portfela uwzględniane będą m.in. analiza sprawozdań finansowych spółek, prognozy finansowe, ocena kadry zarządzającej, ocena pozycji rynkowej i perspektyw rozwoju spółek, poziom cen oraz ryzyko płynności poszczególnych akcji.
8. Przy doborze jednostek uczestnictwa, certyfikatów inwestycyjnych do Funduszy oraz wielkości zaangażowania aktywów w jednostki uczestnictwa lub certyfikaty inwestycyjne w poszczególnych funduszach inwestycyjnych uwzględniane są m.in. aktualna sytuacja rynkowa i jej perspektywy, ocena jakościowa funduszy inwestycyjnych, ocena procesu zarządzania aktywami oraz stabilność zespołu zarządzających.
9. Przy doborze instrumentów dłużnych do Funduszy uwzględniane są m.in. bieżący i prognozowany poziom stóp procentowych, aktualna i prognozowana krzywa dochodowości, bieżący i oczekiwany poziom inflacji, kryterium płynności instrumentów dłużnych i wiarygodność kredytowa emitenta.

Zasady dywersyfikacji aktywów i ograniczenia inwestycyjne

§ 4

1. Fundusz Emerytalny Generali Agresywny:
 - 1) aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2, z wyłączeniem pkt 6 i 7;
 - 2) suma wartości lokat, wymienionych w § 2 pkt 4 i 5 może stanowić od 60% do 90% wartości aktywów Funduszu.

2. Fundusz Emerytalny Generali Mieszany:
 - 1) aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2, z wyłączeniem pkt 6 i 7;
 - 2) suma wartości lokat, wymienionych w § 2 pkt 4 i 5 może stanowić od 20% do 50% wartości aktywów Funduszu.
3. Fundusz Emerytalny Generali Obligacji – aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2, z wyłączeniem pkt 4, 5, 6 i 7.
4. Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy Generali Gwarantowany PLUS – aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2, z wyłączeniem pkt 4, 5, 6 i 7.
5. Portfel Cyklu Koniunkturalnego:
 - 1) aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2;
 - 2) Fundusz realizując cel inwestycyjny, alokuje do 100% wartości aktywów Funduszu w instrumenty finansowe z najlepszym potencjałem wzrostu w poszczególnych fazach cyklu koniunkturalnego;
 - 3) Fundusz charakteryzuje się brakiem sztywnych zasad dywersyfikacji kategorii lokat oraz brakiem określenia minimalnego zaangażowania w poszczególne kategorie lokat.
6. Portfel Polski Akcyjny:
 - 1) aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2;
 - 2) suma wartości lokat wymienionych w § 2 pkt 4, 5, 6 i 7 stanowi co najmniej 90% wartości aktywów Funduszu;
 - 3) lokaty wymienione w § 2 pkt 4 i 5 odwzorowują portfel UFK Emerytalny Generali Agresywny;
 - 4) lokaty, o których mowa w § 2 pkt 6, dokonywane są jedynie w Jednostki uczestnictwa lub certyfikaty inwestycyjne w polskich akcyjnych funduszach inwestycyjnych, tzn. takich, których minimalne zaangażowanie w akcje jest nie niższe niż 60% wartości aktywów funduszu.
7. Portfel Zagraniczny „Cztery strony świata” Akcyjny:
 - 1) aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2;
 - 2) suma wartości lokat wymienionych w § 2 pkt 6 stanowi co najmniej 90% wartości aktywów Funduszu;
 - 3) lokaty, o których mowa w § 2 pkt 6, dokonywane są jedynie w tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne oraz tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, których polityka inwestycyjna zakłada minimalne zaangażowanie w akcje nie niższe niż 60% wartości aktywów funduszu.
8. Portfel Zagraniczny Nieruchomości:
 - 1) aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2;
 - 2) suma wartości lokat wymienionych w § 2 pkt 6 stanowi co najmniej 90% wartości aktywów Funduszu;
 - 3) lokaty, o których mowa w § 2 pkt 6, dokonywane są jedynie w tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne oraz tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, których polityka inwestycyjna zakłada inwestowanie w nieruchomości bądź spółki związane z rynkiem nieruchomości.
9. Portfel Zagraniczny Surowcowy:
 - 1) aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2;
 - 2) suma wartości lokat wymienionych w § 2 pkt 6 stanowi co najmniej 90% wartości aktywów Funduszu;
 - 3) lokaty, o których mowa w § 2 pkt 6, dokonywane są jedynie w tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne oraz tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, których polityka inwestycyjna zakłada inwestowanie w surowce bądź spółki związane z sektorem surowcowym.

Zasady i terminy wyceny Jednostek uczestnictwa

§ 5

1. Towarzystwo wyodrębnia aktywa w formie Funduszy. Fundusz jest podzielony na Jednostki uczestnictwa. Jednostki uczestnictwa dają Oszczędzającemu udział w aktywach Funduszu bez prawa dysponowania poszczególnymi składnikami tych aktywów. Prawo do własności aktywów przysługuje wyłącznie Towarzystwu. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do podzielenia lub połączenia Jednostek uczestnictwa.
2. Wartość aktywów i zobowiązań Funduszu oraz wartość Jednostki uczestnictwa ustala się na każdy Dzień wyceny.
3. Aktywa i zobowiązania Funduszu wyceniane są w wartości godziwej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 września 1994 roku o rachunkowości i aktów wykonawczych do przywołanej ustawy.
4. Do wyceny składników aktywów Funduszu na dany Dzień wyceny przyjmuje się ceny tych składników z Dnia wyceny. W przypadku, gdy do godziny 12.00 w następnym Dniu roboczym po Dniu wyceny cena danego składnika aktywów Funduszu z Dnia wyceny nie jest podana do publicznej wiadomości, wówczas do wyceny tego składnika aktywów przyjmuje się jego ostatnią podaną do publicznej wiadomości cenę.
5. Wartość Jednostki uczestnictwa ustala się z dokładnością do czterech miejsc po przecinku, dzieląc wartość aktywów netto Funduszu przez zarejestrowaną w księgach na Dzień wyceny ilość Jednostek uczestnictwa.
6. Wartość aktywów netto Funduszu na dany Dzień wyceny ustala się, pomniejszając wartość aktywów Funduszu o jego zobowiązania (w tym rezerwy na wynagrodzenie Towarzystwa oraz rezerwy na koszty i opłaty związane z aktywami Funduszu).
7. Z aktywów Funduszu pokrywane jest wynagrodzenie dla Towarzystwa z tytułu opłaty za zarządzanie Funduszami pobieranej z aktywów Funduszu oraz następujące koszty i opłaty:
 - 1) koszty z tytułu usług pośrednictwa związanego z nabywaniem i zbywaniem składników aktywów Funduszu – w wysokości określonej w umowie z pośrednikiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat pośrednika;
 - 2) koszty opłat transakcyjnych związanych z nabywaniem i zbywaniem składników aktywów Funduszu ponoszone na rzecz instytucji rozliczeniowych, z pośrednictwa których Fundusz jest obowiązany korzystać – zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat instytucji rozliczeniowych – oraz koszty opłat transakcyjnych związanych z nabywaniem i zbywaniem składników aktywów Funduszu ponoszone na rzecz banku depozytariusza – w wysokości określonej w umowie z tym bankiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat banku;
 - 3) koszty prowizji bankowych związanych z przekazywaniem środków pieniężnych i obsługą rachunków bankowych w związku z zarządzaniem aktywami Funduszu – w wysokości określonej w umowie z bankiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat banku;
 - 4) koszty i opłaty związane z przechowywaniem oraz weryfikacją wyceny aktywów Funduszu: koszty na rzecz instytucji rozliczeniowych za przechowywanie aktywów – w wysokości określonej w obowiązującej tabeli prowizji i opłat – oraz koszty na rzecz banku depozytariusza za przechowywanie i weryfikację aktywów Funduszu – w wysokości określonej w umowie z tym bankiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat banku;
 - 5) podatki i inne obciążenia nałożone przez właściwe organy państwowe związane z aktywami Funduszu – w wysokości obowiązujących stawek podatkowych.

- Oплата за zarządzanie Funduszami pobierana przez Towarzystwo z aktywów Funduszu naliczana jest za każdy dzień kalendarzowy według stawki określonej w Tabeli IKE. Rezerwa na tę opłatę tworzona jest w każdym Dniu wyceny jako iloczyn rocznej stawki określonej w Tabeli IKE, wartości aktywów Funduszu z Dnia wyceny oraz ilorazu ilości dni kalendarzowych od poprzedniego Dnia wyceny i ilości dni kalendarzowych w roku (przyjętych jako 365). Opłata jest naliczana w całym okresie obowiązywania Umowy.

Opłaty za zarządzanie Funduszami

§ 6

- Towarzystwo z tytułu zarządzania Funduszami pobiera opłatę za zarządzanie Funduszami.
- Wysokość opłaty, o której mowa w ust. 1, została określona w Tabeli IKE.
- Opłata, o której mowa w ust. 1, naliczana jest przy ustalaniu wartości Jednostki uczestnictwa zgodnie z zasadami określonymi w § 5 ust. 8.

Likwidacja i utworzenie nowego Funduszu

§ 7

- Towarzystwo zastrzega sobie prawo do rozpoczęcia sprzedaży Jednostek uczestnictwa nowych Funduszy, zaprzestania sprzedaży oraz likwidacji Jednostek uczestnictwa dotychczas oferowanych Funduszy.
- O likwidacji Funduszu Towarzystwo poinformuje Oszczędzającego, który posiada środki w likwidowanym Funduszu, w terminie co najmniej trzech miesięcy poprzedzających datę likwidacji Funduszu.
- Oszczędzający przed datą likwidacji Funduszu powinien złożyć oświadczenie zawierające dyspozycję przeniesienia Jednostek uczestnictwa z likwidowanego Funduszu lub dyspozycję zmiany Alokacji składki IKE.
- Jeżeli Oszczędzający złożył dyspozycję, o których mowa w ust. 3, Towarzystwo nie później niż w terminie ośmiu Dni roboczych od daty otrzymania oświadczenia Oszczędzającego w tym zakresie dokona przeniesienia Jednostek uczestnictwa, poprzez sprzedaż Jednostek uczestnictwa Funduszu likwidowanego i nabycie Jednostek uczestnictwa Funduszu wybranego przez Oszczędzającego lub odpowiednio dokona zmiany Alokacji składki IKE.
- Jeżeli Oszczędzający nie złożył w Towarzystwie dyspozycji, o których mowa w ust. 3, Towarzystwo dokona przeniesienia Jednostek uczestnictwa likwidowanego Funduszu nie później niż w terminie ośmiu Dni roboczych od daty likwidacji Funduszu, poprzez sprzedaż Jednostek uczestnictwa Funduszu likwidowanego z zastosowaniem Ceny jednostki obowiązującej w dniu likwidacji Funduszu i nabycie Jednostek uczestnictwa Funduszu UFK Generali Gwarantowany PLUS lub odpowiednio dokona zmiany Alokacji składki IKE.
- W przypadku likwidacji UFK Generali Gwarantowany PLUS, Towarzystwo dokona zmian, o których mowa w ust. 5, z uwzględnieniem Funduszu o strategii inwestycyjnej najbardziej zbliżonej do UFK Generali Gwarantowany PLUS. Zasada opisana w zdaniu poprzedzającym będzie stosowana analogicznie w przypadku likwidacji funduszu o najbardziej zbliżonej strategii inwestycyjnej.
- Oszczędzający, który nie posiada środków w likwidowanym Funduszu, a złoży oświadczenie zawierające dyspozycję przeniesienia Jednostek uczestnictwa do likwidowanego Funduszu lub dyspozycję zmiany Alokacji składki IKE uwzględniającą likwidowany Fundusz, jest informowany o likwidacji Funduszu niezwłocznie po złożeniu dyspozycji do Towarzystwa.
- W przypadku, gdy odpowiednio:
 - Towarzystwo rozpoczyna sprzedaż Jednostek uczestnictwa nowego Funduszu albo
 - zmienia się nazwa oferowanego Funduszu bez zmiany jego strategii inwestycyjnej,
 Towarzystwo udostępni zmieniony wykaz, o którym mowa w § 1 ust. 2, 3 i 4 OWU, na stronie generali.pl.
- W przypadku, gdy zmiana dotyczy odpowiednio:
 - nazwy wraz ze zmianą strategii inwestycyjnej oferowanego Funduszu albo
 - strategii inwestycyjnej oferowanego Funduszu,
 Towarzystwo poinformuje Oszczędzającego o zmianach określonych w pkt 1 lub 2.

Ryzyko inwestycyjne

§ 8

- Celem inwestycyjnym Towarzystwa jest długookresowy wzrost wartości aktywów Funduszy w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszy.
- Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe nie gwarantują osiągnięcia założonego celu inwestycyjnego ani określonego wyniku inwestycyjnego. Oszczędzający powinien mieć świadomość ryzyk związanych z inwestycją w Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe, w tym braku ochrony wpłaconego kapitału lub ryzyka utraty części wpłaconych środków.

Postanowienia końcowe

§ 9

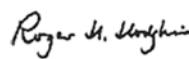
Niniejszy Regulamin lokowania IKE został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na życie
z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi,
w ramach którego prowadzone jest Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego
(kod WLF_IKZE1_12.2021) dalej „OWU”,
z uwzględnieniem definicji z OWU (Skorowidz)

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej w OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia*	§ 4; § 12 ust. 1; § 13 ust. 1; § 14 ust. 1 i 2
2. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 16; Załącznik nr 1 do OWU – Tabela opłat; Załącznik nr 3 do OWU – § 5 ust. 7 i 8; Załącznik nr 3 do OWU – § 6
3. Wartość wykupu ubezpieczenia* w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 6 ust. 6 i 7; § 12 ust. 4; § 13 ust. 5; § 14 ust. 3 i 4

* W związku z terminologią stosowaną w Umowie o prowadzenie Indywidualnego Konta Zabezpieczenia Emerytalnego zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 roku o indywidualnych kontach emerytalnych i indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego, na potrzeby niniejszego wykazu wartość wykupu ubezpieczenia rozumiana jest jako Wypłata, Wypłata transferowa lub Zwrot zgodnie z definicjami nadanymi im przez OWU.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYMI FUNDUSZAMI KAPITAŁOWYMI, W RAMACH KTÓREGO PROWADZONE JEST INDYWIDUALNE KONTO ZABEZPIECZENIA EMERYTALNEGO (KOD WLF_IKZE1_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie (zwane dalej „OWU”) stanowią podstawę zawarcia Umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, w ramach której prowadzone jest Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 roku o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego.
2. Tabela opłat i limitów – kod WLF_IKZE1_TOIL_12.2021 (zwana dalej „Tabelą IKZE”) stanowi załącznik nr 1 do OWU.
3. Wykaz Funduszy – kod WLF_IKZE1_WUFK_12.2021 (zwany dalej „Wykazem Funduszy IKZE”) stanowi załącznik nr 2 do OWU.
4. Regulamin lokowania środków ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych – kod WLF_IKZE1_RL_12.2021 (zwany dalej „Regulaminem lokowania IKZE”) stanowi załącznik nr 3 do OWU.

Definicje

§ 2

1. Użyte w Umowie, OWU oraz Dokumentie ubezpieczenia wymienione poniżej terminy oznaczają:
 - 1) **Alokacja składki IKZE** – określony procentowo przez Oszczędzającego podział Składki IKZE pomiędzy Fundusze oferowane przez Towarzystwo;
 - 2) **Cena jednostki** – wartość Jednostki uczestnictwa, po której jest ona dopisywana do Rachunku IKZE i odliczana z Rachunku IKZE;
 - 3) **Dokument ubezpieczenia** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy pomiędzy Oszczędzającym a Towarzystwem oraz warunki tej Umowy (polisa), a także inny dokument potwierdzający zmianę warunków Umowy;
 - 4) **Dzień nabycia** – każdy dzień roboczy, w którym Towarzystwo nabywa Jednostki uczestnictwa, przypadający nie później niż w terminie pięciu Dni roboczych od:
 - a. dnia opłacenia Składki IKZE lub przyjęcia wypłaty transferowej, z zastrzeżeniem § 8 ust. 6 albo
 - b. dnia wymagalności Składki regularnej IKZE, o ile została opłacona przed datą jej wymagalności;
 - 5) **Dzień roboczy** – każdy dzień z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy;
 - 6) **Dzień wyceny** – każdy Dzień roboczy oraz każdy ostatni dzień kalendarzowy miesiąca;
 - 7) **Gromadzenie oszczędności** – dokonywanie Wpłat, Wypłat transferowych oraz przyjmowanie wypłat transferowych, a także inwestowanie środków znajdujących się na Rachunku IKZE;
 - 8) **Jednostka uczestnictwa** – część aktywów Funduszu uzyskana poprzez podzielenie ich na równe części, dająca Oszczędzającemu prawo do udziału w aktywach Funduszu;
 - 9) **Konto Klienta** – serwis informacyjno-transakcyjny udostępniony przez Towarzystwo Oszczędzającemu za pośrednictwem Internetu;
 - 10) **Oszczędzający** – osoba fizyczna, która zawarła z Towarzystwem Umowę, gromadząca środki na Rachunku IKZE;
 - 11) **Portfel modelowy** – Fundusz, którego aktywa inwestowane są w szczególności w Jednostki uczestnictwa więcej niż jednego funduszu inwestycyjnego w rozumieniu ustawy z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych albo więcej niż jednego funduszu inwestycyjnego mającego siedzibę za granicą;
 - 12) **Rachunek IKZE** – wyodrębniony dla danej Umowy rachunek, do którego dopisywane są Jednostki uczestnictwa zakupione za Składki IKZE oraz za przyjętą wypłatę transferową, w przypadku jej dokonania – prowadzony na zasadach określonych Ustawą, a w zakresie w niej nieuregulowanym – na zasadach określonych w przepisach właściwych dla tych rachunków;
 - 13) **Składka IKZE** – Składka regularna IKZE lub Składka nieregularna IKZE, która stanowi Wpłatę na Rachunek IKZE (suma wpłat Składek IKZE w roku kalendarzowym nie może przekroczyć limitu określonego w § 7 ust. 8 albo § 7 ust. 9);
 - 14) **Składka nieregularna IKZE** – składka płatna na Rachunek IKZE wskazany przez Towarzystwo w dowolnym czasie trwania Umowy;
 - 15) **Składka regularna IKZE** – składka płatna na Rachunek IKZE wskazany przez Towarzystwo z częstotliwością oraz w terminach wskazanych w Dokumentie ubezpieczenia;
 - 16) **Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego** – kwota określona w Tabeli IKZE, wypłacana Uprawnionemu w przypadku śmierci Oszczędzającego;
 - 17) **Środki zgromadzone na Rachunku IKZE** – Jednostki uczestnictwa zapisane na Rachunku IKZE zakupione za Składki IKZE oraz przyjętą wypłatę transferową w przypadku jej dokonania;
 - 18) **Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (UFK)** – wyodrębniona część aktywów Towarzystwa, podzielona na równe części (zwany dalej „Funduszem”);
 - 19) **Umowa** – umowa indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, w ramach której prowadzone jest Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego, zawarta pomiędzy Towarzystwem a Oszczędzającym;
 - 20) **Uposażony** – osoba wskazana przez Oszczędzającego, uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Oszczędzającego;
 - 21) **Uposażony zastępczy** – osoba wskazana przez Oszczędzającego, uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Oszczędzającego, jeżeli wskazanie jedynego Uposażonego stało się bezskuteczne;
 - 22) **Uprawniony** – osoba wskazana przez Oszczędzającego, która w przypadku jego śmierci otrzyma środki z IKZE oraz świadczenie w postaci Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego, a w przypadku gdy osoba taka nie została wskazana lub została wskazana bezskutecznie – spadkobiercy Oszczędzającego oraz osoby, o których mowa w § 9 ust. 5;
 - 23) **Ustawa** – ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego;
 - 24) **Wartość Rachunku IKZE** – kwota stanowiąca iloczyn liczby Jednostek uczestnictwa znajdujących się na Rachunku IKZE nabytych za Składki IKZE oraz przyjętą wypłatę transferową w przypadku jej dokonania i Ceny jednostki;
 - 25) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy do daty, w której Wiek jest obliczany;
 - 26) **Wniosek o zawarcie umowy** – formularz Towarzystwa, na którym Oszczędzający składa ofertę zawarcia Umowy (zwany dalej „Wnioskiem”);

- 27) **Wpłata** – wpłata środków pieniężnych w formie Składki IKZE lub wypłaty transferowej, dokonywana przez Oszczędzającego na Rachunek IKZE;
 - 28) **Wypłata** – wypłata środków zgromadzonych na Rachunku IKZE, realizowana jednorazowo lub w ratach, na rzecz:
 - a. Oszczędzającego, po spełnieniu warunków określonych w Umowie oraz Ustawie albo
 - b. osób Uprawnionych, w przypadku śmierci Oszczędzającego;
 - 29) **Wypłata transferowa** – przeniesienie środków zgromadzonych przez Oszczędzającego na IKZE do innej instytucji finansowej prowadzącej IKZE lub przeniesienie środków zgromadzonych na IKZE z IKZE zmarłego na IKZE osoby Uprawnionej;
 - 30) **Zwrot** – wycofanie całości środków zgromadzonych na Rachunku IKZE, jeżeli nie zachodzą przesłanki do Wypłaty bądź Wypłaty transferowej.
2. Definicje, określone w ust. 1, należy rozumieć także w odpowiednim przypadku i liczbie.

Przedmiot i zakres Umowy

§ 3

1. Przedmiotem Umowy jest życie Oszczędzającego.
2. Ubezpieczenie prowadzone jest z Funduszami, w ramach których gromadzone i inwestowane są Składki IKZE.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia:

- 1) zaistnienie okoliczności umożliwiających dokonanie wypłaty z Rachunku IKZE, o których mowa w § 12 ust. 1;
- 2) śmierć Oszczędzającego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.

Zawarcie Umowy

§ 5

1. Umowę może zawrzeć osoba fizyczna, która w dniu zawarcia Umowy ukończyła 16 lat.
2. Umowa zawierana jest na podstawie kompletnie i poprawnie wypełnionego i złożonego przez Oszczędzającego Wniosku.
3. W przypadku, gdy stosowne przepisy prawa tego wymagają, Towarzystwo przed zawarciem Umowy uzyskuje od Oszczędzającego, w formie ankiety, informacje dotyczące jego potrzeb, wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie oraz jego sytuacji finansowej, tak aby Towarzystwo mogło dokonać oceny, czy Umowa jest odpowiednia do potrzeb Oszczędzającego.
4. Przed zawarciem Umowy Towarzystwo doręcza Oszczędzającemu warunki Umowy, w tym treść OWU wraz z załącznikami oraz Skorowidzem, albo udostępnia je Oszczędzającemu w taki sposób, aby mógł je przechowywać i odtwarzać w zwykłym toku czynności.
5. Przed zawarciem Umowy Oszczędzający składa oświadczenia zawarte we Wniosku.
6. Towarzystwo potwierdza zawarcie Umowy Dokumentem ubezpieczenia (polisą).

Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy

§ 6

1. Oszczędzającemu przysługuje prawo do odstąpienia od Umowy poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia w tym względzie:
 - 1) w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy albo
 - 2) w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji, o której mowa w § 18 ust. 2 pkt 3.
2. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy Towarzystwo nie poinformowało Oszczędzającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy, termin 30 dni, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, biegnie od dnia, w którym Oszczędzający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
3. Złożenie oświadczenia o odstąpieniu od Umowy, w terminie o którym mowa w ust. 1 pkt 1 albo ust. 2, możliwe jest również za pośrednictwem infolinii Towarzystwa.
4. Umowa może być w każdym czasie wypowiedziana przez Oszczędzającego pisemnie, z zachowaniem 14-dniowego okresu wypowiedzenia.
5. Umowa ulega rozwiązaniu w przypadku dokonania Wypłaty, Wypłaty transferowej albo Zwrotu.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, Towarzystwo zwróci Oszczędzającemu wpłaconą Składkę IKZE w całości, a przyjętą wypłatę transferową zwróci w formie Zwrotu, bez pobrania opłaty, o której mowa w § 16 ust. 2.
7. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 albo ust. 2, Środki zgromadzone na Rachunku IKZE Towarzystwo wypłaci w formie Zwrotu, jeśli nie zachodzą przesłanki do Wypłaty bądź Wypłaty transferowej.

Wpłaty

§ 7

1. Towarzystwo określa minimalną wysokość Składki IKZE w Tabeli IKZE.
2. Wysokość Składki regularnej IKZE oraz częstotliwość jej opłacania określone są przez Oszczędzającego we Wniosku.
3. Składki regularne IKZE mogą być opłacane z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną albo miesięczną. Wysokość Składki regularnej IKZE, częstotliwość oraz terminy jej opłacania potwierdzone są w Dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 15.
4. Oszczędzający ma prawo do zmiany:
 - 1) wysokości Składki regularnej IKZE w każdą Rocznicę polisy;
 - 2) częstotliwości opłacania Składek regularnych IKZE w całym okresie obowiązywania Umowy, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Wysokość Składki regularnej IKZE po zmianach, o których mowa w ust. 4, nie może być niższa od minimalnej Składki IKZE dla wybranej częstotliwości, określonej w Tabeli IKZE.
6. Składki nieregularne IKZE mogą być wpłacane w dowolnym czasie trwania Umowy, z zastrzeżeniem § 8 ust. 6.
7. Składka IKZE stanowi Wpłatę na Rachunek IKZE.
8. Wpłaty dokonywane na IKZE w roku kalendarzowym nie mogą przekroczyć kwoty odpowiadającej 1,2-krotności przeciętnego prognozowanego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok określonego w ustawie budżetowej lub ustawie o prowizorium budżetowym lub w ich projektach, jeżeli odpowiednie ustawy nie zostały uchwalone, z zastrzeżeniem ust. 9.

9. Wpłaty dokonywane na IKZE przez osoby prowadzące pozarolniczą działalność, w rozumieniu art. 8 ust. 6 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, w roku kalendarzowym nie mogą przekroczyć kwoty odpowiadającej 1,8-krotności przeciętnego prognozowanego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok określonego w ustawie budżetowej lub ustawie o przewidywanym budżetowym lub w ich projektach, jeżeli odpowiednie ustawy nie zostały uchwalone.
10. W przypadku, gdy kwota ustalona w sposób określony w ust. 8 i 9 będzie niższa od kwoty ogłoszonej w poprzednim roku kalendarzowym, obowiązuje kwota wpłat dokonywanych na IKZE ogłoszona w poprzednim roku kalendarzowym.
11. Jeżeli do końca roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym będą dokonywane wpłaty na IKZE, brak jest podstaw, o których mowa w ust. 8 i 9, do ustalenia przeciętnego prognozowanego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej, jako podstawę do ustalenia kwoty, o której mowa w ust. 8 i 9, przyjmuje się przeciętne miesięczne wynagrodzenie z trzeciego kwartału roku poprzedniego.
12. Zapisy ust. 8 i 9 nie mają zastosowania do przyjmowanych wypłat transferowych.
13. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego ogłasza w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” do końca roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym będą dokonywane wpłaty na IKZE, w drodze obwieszczenia, wysokość kwoty, o której mowa w ust. 8 i 9.
14. Wpłata Składki nieregularnej IKZE nie zwalnia Oszczędzającego z obowiązku opłacenia Składki regularnej IKZE. Towarzystwo ma prawo zaliczyć Składkę nieregularną IKZE, za którą nie zostały zakupione Jednostki uczestnictwa na poczet zaległych Składek regularnych IKZE.
15. W przypadku, gdy Oszczędzający zadeklarował wypłatę transferową, Składki regularne IKZE opłacane są począwszy od pierwszej Rocznicy polisy Umowy następującej po przyjęciu wypłaty transferowej.

Rachunek IKZE i Alokacja składek IKZE

§ 8

1. Z dniem przyjęcia pierwszej Wpłaty z tytułu Umowy Towarzystwo otwiera Rachunek IKZE, na którym ewidencjonuje Jednostki uczestnictwa zakupione za opłacone Składki IKZE i przyjętą wypłatę transferową.
2. Po opłaceniu Składki IKZE Towarzystwo dopisuje Jednostki uczestnictwa do Rachunku IKZE, z zastrzeżeniem ust. 6, zgodnie ze wskazaną przez Oszczędzającego dyspozycją Alokacji składki IKZE. Liczba dopisanych Jednostek uczestnictwa wynika z podzielenia części Składki IKZE określonej w dyspozycji Alokacji przez Cenę jednostki danego Funduszu, obowiązującą w Dniu nabycia.
3. Jeżeli Składka regularna IKZE została opłacona przed datą jej wymagalności, Jednostki uczestnictwa zostaną nabyte po Cenie jednostki obowiązującej w Dniu nabycia, nie wcześniej jednak niż w dniu zawarcia Umowy.
4. Po przyjęciu wypłaty transferowej Towarzystwo dopisuje Jednostki uczestnictwa do Rachunku IKZE. Liczba Jednostek uczestnictwa równa jest wartości przyjętej wypłaty transferowej, podzielonej przez Cenę jednostki obowiązującą w Dniu nabycia, przypadającym nie wcześniej jednak niż po otrzymaniu kompletu dokumentów z instytucji finansowej, z której dokonano wypłaty transferowej.
5. Za Składkę nieregularną IKZE i środki pochodzące z przyjętej wypłaty transferowej Towarzystwo nabywa Jednostki uczestnictwa Funduszy zgodnie z Alokacją składki IKZE ustaloną przez Oszczędzającego dla Składki regularnej IKZE.
6. W przypadku, gdy we Wniosku Oszczędzający zadeklarował wypłatę transferową, Składki nieregularne IKZE opłacone przed przyjęciem przez Towarzystwo wypłaty transferowej zostaną przekazane na nieoprocentowany rachunek. W takim przypadku nabycie Jednostek uczestnictwa za Składki nieregularne IKZE nastąpi w terminie pięciu Dni roboczych od dnia przyjęcia wypłaty transferowej.

Wskazanie osób Uposażonych

§ 9

1. Oszczędzający może wskazać jedną lub więcej osób Uposażonych do otrzymania świadczenia w razie jego śmierci.
2. Wskazanie dotyczące Uposażonego może zostać w dowolnym czasie zmienione lub odwołane przez złożenie oświadczenia w Towarzystwie. Zmiana Uposażonego następuje od daty otrzymania tego oświadczenia przez Towarzystwo.
3. Jeżeli wskazano kilku Uposażonych, powinny zostać określone ich udziały procentowe w kwocie świadczenia.
4. Jeżeli udziały procentowe Uposażonych w kwocie świadczenia nie zostaną określone, przyjmuje się, że są one równe.
5. W przypadku śmierci Oszczędzającego, gdy nie wskazał on żadnego Uposażonego lub wskazanie jedyne Uposażonego okazało się bezskuteczne, a nie został wskazany Uposażony zastępczy, świadczenie przysługuje członkom rodziny Oszczędzającego w następującej kolejności:
 - 1) małżonek;
 - 2) dzieci – w częściach równych;
 - 3) rodzice – w częściach równych;
 - 4) rodzeństwo – w częściach równych;
 - 5) pozostałe osoby będące spadkobiercami ustawowymi Oszczędzającego, z wyłączeniem gminy właściwej dla ostatniego miejsca zamieszkania Oszczędzającego oraz Skarbu Państwa – w częściach równych.
6. Świadczenie może być wypłacone członkowi rodziny wymienionemu w dalszej kolejności wyłącznie wtedy, gdy żadna z osób wskazanych w punktach poprzedzających nie dożyła śmierci Oszczędzającego albo nie jest uprawniona do otrzymania świadczenia z powodu okoliczności wskazanych w ust. 7. Uważa się, że osoba nie dożyła śmierci Oszczędzającego także, gdy zmarła jednocześnie z nim.
7. Wskazanie Uposażonego jest bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed Oszczędzającym albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. W takim przypadku udział bezskutecznie wskazanego Uposażonego w kwocie świadczenia dolicza się proporcjonalnie do udziałów pozostałych Uposażonych.
8. Jeżeli wskazanie jedyne Uposażonego stało się bezskuteczne, prawo do świadczenia nabywa Uposażony zastępczy.
9. Postanowienia ust. 1-4 oraz ust. 7 stosuje się odpowiednio do Uposażonego zastępczego.

Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego

§ 10

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego określona jest kwotowo w Dokumencie ubezpieczenia i wynosi 100 zł.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego jest niezmienna w całym okresie trwania Umowy.

Wypłata świadczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego

§ 11

- Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie następujące dokumenty:
 - wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - kopię odpisu skróconego aktu zgonu Oszczędzającego;
 - w przypadku, o którym mowa w § 9 ust. 5, dokument potwierdzający bycie członkiem rodziny, a stosownym wykazaniem takiego stanu będą w szczególności: kopia aktu małżeństwa, kopia aktu urodzenia, kopia prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku, kopia notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia.
- W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
- Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie.
- Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o śmierci Oszczędzającego.
- Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4.

Wypłata

§ 12

- Wypłata Środków zgromadzonych na Rachunku IKZE następuje wyłącznie:
 - na wniosek Oszczędzającego, po osiągnięciu przez niego 65 roku życia oraz pod warunkiem dokonywania wpłat na IKZE co najmniej w pięciu latach kalendarzowych;
 - w przypadku śmierci Oszczędzającego – na wniosek osoby Uprawnionej.
- Wypłata może być dokonywana jednorazowo albo w ratach, w zależności od wniosku Oszczędzającego albo osoby Uprawnionej.
- W przypadku złożenia przez Oszczędzającego lub osobę Uprawnioną wniosku o Wypłatę jednorazową do obliczenia wartości wypłaty przyjmuje się Cenę jednostki obowiązującą w Dniu wyceny, w którym Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa. Umorzenie Jednostek uczestnictwa następuje nie później niż w terminie pięciu Dni roboczych od dnia otrzymania przez Towarzystwo dokumentów, o których mowa w ust. 10.
- W przypadku złożenia przez Oszczędzającego lub osobę Uprawnioną wniosku o Wypłatę w ratach, wnioskujący określa:
 - częstotliwość wypłacania rat;
 - liczbę rat.
- Wypłata w ratach realizowana jest z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną.
- Wypłata w ratach następuje przez co najmniej 10 lat. Jeżeli wpłaty na IKZE były dokonywane przez mniej niż 10 lat, Wypłata w ratach może być rozłożona na okres równy okresowi, w jakim dokonywane były wpłaty.
- Wysokość rat określona jest w liczbie Jednostek uczestnictwa poprzez podzielenie ilości Jednostek uczestnictwa zgromadzonych na Rachunku IKZE przez wnioskowaną liczbę rat i pomnożenie przez Cenę jednostki obowiązującą w Dniu wyceny, w którym Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa.
- W przypadku pierwszej raty umorzenie Jednostek uczestnictwa następuje nie później niż w terminie pięciu Dni roboczych od dnia otrzymania przez Towarzystwo dokumentów, o których mowa w ust. 10.
- Towarzystwo dokonuje Wypłaty jednorazowej lub Wypłaty pierwszej raty w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia:
 - złożenia przez Oszczędzającego wniosku o dokonanie Wypłaty;
 - złożenia przez osobę, o której mowa w ust. 1 pkt 2, wniosku o dokonanie Wypłaty oraz przedłożenia:
 - aktu zgonu Oszczędzającego i dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby Uprawnionej albo
 - prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku albo notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia oraz zgodnego oświadczenia wszystkich spadkobierców o sposobie podziału środków zgromadzonych przez Oszczędzającego albo prawomocnego postanowienia sądu o dziale spadku, a także dokumentów stwierdzających tożsamość spadkobierców, chyba, że Oszczędzający lub osoby Uprawnione żądają Wypłaty w terminie późniejszym.
- Wysokość kolejnych rat jest zmienna i zależy od Ceny jednostki obowiązującej w dniu umorzenia Jednostek uczestnictwa na potrzeby naliczenia kolejnej raty.
- Wpłaty kolejnych rat realizowane są w terminach wynikających odpowiednio z terminu Wypłaty pierwszej raty w kolejnym miesiącu, kwartale, półroczu lub roku, w zależności od wybranej częstotliwości wypłat rat.
- Oszczędzający nie może dokonywać Wpłat na Rachunek IKZE, z którego dokonał Wypłaty pierwszej raty.
- Oszczędzający, który dokonał Wypłaty jednorazowej lub pierwszej raty Wypłaty, nie może ponownie rozpocząć Gromadzenia oszczędności na IKZE.
- W przypadku śmierci Oszczędzającego, który rozpoczął Wypłatę w formie rat, Towarzystwo na pisemny wniosek osoby Uprawnionej dokona Wypłaty zgodnie z jej dyspozycją i jej udziałem procentowym w kwocie świadczenia, w ratach lub jednorazowo.
- W dniu umorzenia Jednostek uczestnictwa na ostatnią ratę Rachunek IKZE zostaje zamknięty a Umowa ulega rozwiązaniu.
- Kwota Wypłaty, w tym Wpłaty na wniosek osoby Uprawnionej, zostanie pomniejszona o dziesięcioprocentowy zryczałtowany podatek dochodowy.

Wypłata transferowa

§ 13

- Wypłata transferowa dokonywana jest przez Towarzystwo na podstawie dyspozycji Oszczędzającego lub osoby Uprawnionej po uprzednim zawarciu umowy o prowadzenie IKZE z inną instytucją i okazaniu Towarzystwu potwierdzenia zawarcia umowy o prowadzenie IKZE.
- Wypłata transferowa jest dokonywana:
 - z Towarzystwa do instytucji finansowej, z którą Oszczędzający zawarł umowę o prowadzenie IKZE;

- 2) w przypadku śmierci Oszczędzającego – z Towarzystwa na IKZE osoby Uprawnionej.
3. Towarzystwo dokonuje Wyплаты transferowej w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia:
 - 1) złożenia przez Oszczędzającego dyspozycji o dokonanie Wyплаты transferowej;
 - 2) złożenia przez osobę, o której mowa w ust. 2 pkt 2, dyspozycji o dokonanie Wyплаты transferowej oraz przedłożenia:
 - a. aktu zgonu Oszczędzającego i dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby Uprawnionej albo
 - b. prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku albo notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia oraz zgodnego oświadczenia wszystkich spadkobierców o sposobie podziału środków zgromadzonych przez Oszczędzającego albo prawomocnego postanowienia sądu o dziale spadku, a także dokumentów stwierdzających tożsamość spadkobierców.
4. Wyплата transferowa dokonywana jest na rachunek bankowy wskazany w potwierdzeniu zawarcia umowy o prowadzenie IKZE.
5. Do obliczenia wartości Wyплаты transferowej przyjmuje się Cenę jednostki obowiązującą w Dniu wyceny, w którym Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa. Umorzenie Jednostek uczestnictwa następuje nie później niż w terminie pięciu Dni roboczych od dnia otrzymania przez Towarzystwo dokumentów, o których mowa w ust. 3.
6. Przedmiotem Wyплаты transferowej może być wyłącznie całość Środków zgromadzonych na Rachunku IKZE.

Zwrot

§ 14

1. W przypadku wypowiedzenia Umowy, jeżeli nie zachodzą przesłanki do Wyплаты bądź Wyплаты transferowej, Towarzystwo dokonuje Zwrotu Środków zgromadzonych na Rachunku IKZE, obliczonego zgodnie z ust. 3.
2. W przypadku odstąpienia od Umowy, o którym mowa w § 6 ust. 1 pkt 2, jeżeli nie zachodzą przesłanki do Wyплаты bądź Wyплаты transferowej, Towarzystwo dokonuje Zwrotu Środków zgromadzonych na Rachunku IKZE, obliczonego zgodnie z ust. 4.
3. Do obliczenia wartości Zwrotu, o którym mowa w ust. 1, przyjmuje się Cenę jednostki obowiązującą w Dniu wyceny, w którym Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa. Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa w terminie pięciu Dni roboczych licząc od dnia otrzymania przez Towarzystwo wniosku o Zwrot.
4. Do obliczenia wartości Zwrotu, o którym mowa w ust. 2, przyjmuje się Cenę jednostki obowiązującą w dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu.
5. Zwrot Środków zgromadzonych na Rachunku IKZE następuje przed upływem terminu wypowiedzenia Umowy.
6. Zwrotowi podlegają Środki zgromadzone na Rachunku IKZE pomniejszone o kwotę, o której mowa w § 16 ust. 1.
7. Oszczędzający przed dokonaniem Zwrotu zobowiązany jest do poinformowania Towarzystwa o właściwym dla Oszczędzającego w sprawach podatku dochodowego od osób fizycznych naczelniku urzędu skarbowego.

Zmiany Funduszy

§ 15

1. Oszczędzający ma prawo w każdym czasie:
 - 1) zmienić Alokację składki IKZE pomiędzy poszczególne Fundusze;
 - 2) przenieść do wybranego Funduszu wszystkie lub część Jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunku wskazanego Funduszu.
2. Towarzystwo dokona przeniesienia Jednostek uczestnictwa nie później niż w terminie ośmiu Dni roboczych od daty otrzymania oświadczenia Oszczędzającego w tym zakresie, poprzez sprzedaż i nabycie Jednostek uczestnictwa, w tym za pośrednictwem Konta Klienta udostępnionego mu przez Towarzystwo.
3. Towarzystwo dokona podziału Składek regularnych IKZE pomiędzy poszczególne Fundusze po otrzymaniu oświadczenia Oszczędzającego, w tym za pośrednictwem Konta Klienta udostępnionego mu przez Towarzystwo.
4. Minimalna Alokacja składki IKZE wabrany Fundusz nie może być niższa niż 10%.

Opłaty

§ 16

1. W przypadku, gdy Oszczędzający dokonuje Wyплаты, Wyплаты transferowej lub Zwrotu przed upływem 12 miesięcy od dnia zawarcia Umowy, Towarzystwo potrąci dodatkową opłatę w wysokości 4% wypłacanych, transferowanych lub zwracanych środków zgromadzonych na IKZE Oszczędzającego, lecz nie więcej niż 200 zł.
2. Z tytułu zarządzania Funduszami Towarzystwo pobiera opłatę za zarządzanie w wysokości wskazanej w Tabeli IKZE.

Prawa i obowiązki Oszczędzającego

§ 17

1. Oszczędzający jest zobowiązany do opłacania Składek IKZE w wysokości i terminach wskazanych w Dokumentie ubezpieczenia.
2. Zmiana Umowy na niekorzyść Oszczędzającego lub Uprawnionego wymaga zgody Oszczędzającego.
3. Oszczędzający zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia Towarzystwa o zmianach swoich danych osobowych i teleadresowych, a także danych osobowych i teleadresowych Uposażonego i Uposażonego zastępczego.
4. Oszczędzający może żądać od Towarzystwa udzielenia mu informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.

Prawa i obowiązki Towarzystwa

§ 18

1. Towarzystwo ma prawo do pobierania opłat określonych w OWU, Regulaminie lokowania IKZE oraz Tabeli IKZE.
2. Towarzystwo zobowiązane jest do:
 - 1) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych Umową;
 - 2) sporządzania i publikowania rocznych i półrocznych sprawozdań Funduszu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;

- 3) przekazywania Oszczędzającemu, nie rzadziej niż raz w roku, z zastrzeżeniem pkt 4, w trybie uzgodnionym z Oszczędzającym, informacji o środkach znajdujących się na Rachunku IKZE oraz informacji o wysokości środków znajdujących się na nieoprocentowanym rachunku;
 - 4) informowania Oszczędzającego w zakresie, o którym mowa w pkt 3, po raz pierwszy nie wcześniej niż w terminie 10 miesięcy i nie później niż w terminie 14 miesięcy od dnia zawarcia Umowy;
 - 5) przekazywania Oszczędzającemu informacji dotyczących zmian warunków Umowy lub zmiany prawa właściwego dla zawartej Umowy przed wyrażeniem przez Oszczędzającego zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy;
 - 6) informowania Oszczędzającego o zmianie Sumy ubezpieczenia;
 - 7) informowania Oszczędzającego o zajściu zdarzeń objętych odpowiedzialnością, jeżeli zdarzenie zostało zgłoszone do Towarzystwa, a Oszczędzający nie jest osobą występującą z tym zgłoszeniem;
 - 8) informowania osoby występującej z roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia zobowiązań Towarzystwa, jeżeli jest to niezbędne do prowadzenia dalszego postępowania;
 - 9) informowania osoby występującej z roszczeniem o przyczynach niemożności jego zaspokojenia, w przypadku gdy Towarzystwo nie wypłaci świadczenia w terminie określonym w § 11 ust. 4 i 5;
 - 10) informowania osoby występującej z roszczeniem o przyczynie odmowy wypłaty świadczenia albo o przyczynie wypłaty świadczenia w innej wysokości niż określona w zgłoszeniu roszczenia wraz ze wskazaniem podstawy prawnej uzasadniającej całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
 - 11) udostępniania Oszczędzającemu oraz osobie występującej z roszczeniem informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokość świadczenia;
 - 12) potwierdzania, na żądanie Oszczędzającego oraz osoby występującej z roszczeniem, udostępnionych im informacji, a także sporządzania na ich koszt kserokopii dokumentów i potwierdzania ich za zgodność z oryginałem;
 - 13) udzielania Oszczędzającemu na jego wniosek informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Oszczędzającego.
3. Towarzystwo zamieszcza informacje o wartości Jednostki uczestnictwa na stronie internetowej Towarzystwa generali.pl.

Reklamacje

§ 19

1. Będący osobą fizyczną Oszczędzający, Uposażony lub Uprawniony z umowy ubezpieczenia do otrzymania świadczenia (zwany w tym paragrafie „Klient”) może składać w każdym czasie zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, w tym skargi i zażalenia (zwane dalej „Reklamacje”). Reklamacje mogą być składane również przez poszukującego ochrony ubezpieczeniowej lub zleceniodawcę gwarancji ubezpieczeniowej, jak również Ubezpieczających lub Ubezpieczonych, w tym będących osobami prawnymi lub spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej.
2. Reklamacje mogą być składane:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa, ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa (od 20 stycznia 2022 roku nowy adres siedziby to: ul. Senatorska 18, 00-082 Warszawa), lub jednostce obsługującej Klientów, albo przesyłane przesyłką pocztową;
 - 2) ustnie – telefonicznie pod numerem +48 913 913 913 albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w miejscu, o którym mowa w pkt 1 powyżej.
3. Reklamacja powinna zawierać dane Klienta umożliwiające jego identyfikację, numer polisy oraz zastrzeżenia zgłaszane przez Klienta.
4. Towarzystwo rozpatruje Reklamację niezwłocznie po jej otrzymaniu. Odpowiedź na Reklamację jest udzielana bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od chwili otrzymania Reklamacji, chyba że mają miejsce szczególnie skomplikowane okoliczności, uniemożliwiające rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w tym terminie. W takim przypadku Towarzystwo 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.
5. Odpowiedź na Reklamację jest udzielana w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika. Na wniosek Klienta odpowiedź na Reklamację może być dostarczona pocztą elektroniczną.
6. Spór między Klientem a Towarzystwem może być zakończony w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między Klientami a podmiotami rynku finansowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, przed Rzecznikiem Finansowym (www.rf.gov.pl).
7. Skargi i zażalenia składane przez inne podmioty, niż wymienione w ust. 1 lub w innej formie, niż określona w ust. 2, dotyczące działania lub zaniechania Towarzystwa związanego z zawarciem lub wykonaniem umowy ubezpieczenia, powinny zawierać dane i informacje, o których mowa w ust. 3. Skargi i zażalenia, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, są rozpatrywane w terminie 30 dni od ich otrzymania przez Towarzystwo, najpóźniej w terminie 14 dni od wyjaśnienia okoliczności niezbędnych do ich załatwienia. Towarzystwo informuje zainteresowanego o sposobie załatwienia skargi lub zażalenia niezwłocznie po ich rozpatrzeniu, w sposób uzgodniony z tą osobą. Do skarg i zażaleń składanych zgodnie z niniejszym ustępem nie mają zastosowania postanowienia ust. 4 i 5.
8. Niezależnie od powyższego Klient może składać skargi i zażalenia na działalność Towarzystwa do uprawnionych organów, np. Komisji Nadzoru Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną Klientów podmiotów rynku finansowego.
9. Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE (rozporządzenie w sprawie ODR w sporach konsumenckich), istnieje możliwość pozasądowego rozstrzygania sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z internetowych umów sprzedaży lub umów o świadczenie usług zawieranych między konsumentami mieszkającymi w Unii Europejskiej a przedsiębiorcami mającymi siedzibę w Unii Europejskiej. Rozstrzyganie ww. sporów odbywa się za pośrednictwem platformy ODR dostępnej pod następującym adresem: <https://webgate.ec.europa.eu/odr/main/?event=main.home.show&lng=PL>. Adres poczty elektronicznej Towarzystwa: centrumklienta@generali.pl.
10. Podmioty określone w ust. 1, mogą składać zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych i agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające, wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń (zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej), w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową, w sposób ustalony przez te podmioty rynku finansowego.

Postanowienia końcowe

§ 20

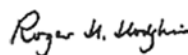
1. Do spraw nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.
2. W zakresie opodatkowania świadczeń należnych z tytułu Umowy zastosowanie mają obowiązujące przepisy prawa dotyczące podatku dochodowego, w szczególności przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.
3. Towarzystwo udostępnia Oszczędzającego Konto Klienta na stronie generali.pl. Warunkiem korzystania z Konta Klienta jest akceptacja Regulaminu świadczenia usług drogą elektroniczną, który dostępny jest m.in. na stronie generali.pl w trakcie procesu rejestracji oraz po zalogowaniu się do Konta Klienta. Regulamin udostępniony jest nieodpłatnie w formie umożliwiającej jego pozyskanie, odtwarzanie, utrwalanie i drukowanie.
4. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWU
TABELA IKZE
(KOD WLF_IKZE1_TOIL_12.2021)

1. Tabela opłat

Lp.	Rodzaj opłaty	Aktualna wysokość
1)	Opłata za Wypłatę, Wypłatę transferową lub Zwrot w okresie pierwszych 12 miesięcy od dnia zawarcia Umowy	4% Wartości Rachunku IKZE ale nie więcej niż 200 zł
2)	Opłata za zarządzanie Funduszami (procent wartości całego Funduszu rocznie) – opłata uwzględniona w Cenie jednostki, nie pobierana poprzez umorzenie Jednostek uczestnictwa z Rachunku IKZE	Fundusz Emerytalny Generali Agresywny 3,10% Fundusz Emerytalny Generali Mieszany 2,50% Fundusz Emerytalny Generali Obligacji 1,60% UFK Generali Gwarantowany PLUS 1,50% Portfel Cyklu Koniunkturalnego 2,45% Portfel Polski Akcyjny 1,90% Portfel Zagraniczny Nieruchomości 1,90% Portfel Zagraniczny Surowcowy 1,90% Portfel Zagraniczny „Cztery strony świata” Akcyjny 1,90%

2. Tabela limitów

Lp.	Rodzaj limitu	Aktualna wysokość
1)	Minimalna wysokość Składki regularnej IKZE	
	– roczna	240 zł
	– półroczna	120 zł
	– kwartalna	60 zł
	– miesięczna	20 zł
	Minimalna wysokość Składki nieregularnej IKZE	9 zł
2)	Maksymalna suma Składek IKZE w roku kalendarzowym	limit określony w Ustawie oraz § 7 ust. 8-12 OWU
3)	% wypłaty transferowej przeznaczony na nabycie Jednostek uczestnictwa	100%
4)	Minimalna Alokacja składki IKZE w wybrany Fundusz	10%
5)	Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego	100 zł

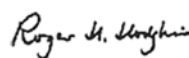
Niniejsza Tabela IKZE przyjęta została Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OWU
WYKAZ FUNDUSZY IKZE
(KOD WLF_IKZE1_WUFK_12.2021)

1. Towarzystwo tworzy następujące Fundusze:

Lp.	Nazwa Funduszu
Fundusze niskiego ryzyka	
1)	UFK Generali Gwarantowany PLUS
2)	Fundusz Emerytalny Generali Obligacji
Fundusze średniego ryzyka	
3)	Fundusz Emerytalny Generali Mieszany
Fundusze wysokiego ryzyka	
4)	Fundusz Emerytalny Generali Agresywny

2. Towarzystwo tworzy następujące Portfele modelowe:

Lp.	Nazwa Funduszu
Fundusze średniego ryzyka	
1)	Portfel Cyklu Koniunkturalnego
2)	Portfel Zagraniczny „Cztery strony świata” Akcyjny
Fundusze wysokiego ryzyka	
3)	Portfel Polski Akcyjny
4)	Portfel Zagraniczny Nieruchomości
5)	Portfel Zagraniczny Surowcowy

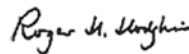
2. Poziom ryzyka Funduszy wyznaczony został na podstawie wskaźnika ryzyka określanego zgodnie z metodyką opisaną w Rozporządzeniu Delegowanym Komisji (UE) 2017/653 z dnia 8 marca 2017 r. uzupełniającym Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1286/2014 w sprawie dokumentów zawierających kluczowe informacje, dotyczących detalicznych produktów zbiorowego inwestowania i ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych (PRIIP) przez ustanowienie regulacyjnych standardów technicznych w zakresie prezentacji, treści, przeglądu i zmiany dokumentów zawierających kluczowe informacje oraz warunków spełnienia wymogu przekazania takich dokumentów. Szczegółowe informacje na temat ryzyka każdego z Funduszy dostępne są w karcie produktu IKZE, doręczanej przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz udostępnianej przez Towarzystwo na stronie generali.pl.
3. Niniejszy Wykaz Funduszy IKZE został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 3 DO OWU REGULAMIN LOKOWANIA IKZE (KOD WLF_IKZE1_RL_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejszy Regulamin lokowania IKZE określa zasady funkcjonowania Funduszy oferowanych przez Towarzystwo, w ramach Umowy zawieranej na podstawie OWU.
2. Terminy, które zostały zdefiniowane w OWU, używane są w Regulaminie lokowania IKZE w takim samym znaczeniu.

Charakterystyka aktywów wchodzących w skład Funduszy

§ 2

Aktywa Funduszy mogą być inwestowane w następujące instrumenty finansowe:

- 1) papiery wartościowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez Skarb Państwa oraz organizacje międzynarodowe, których członkiem jest Rzeczpospolita Polska;
- 2) obligacje emitowane lub poręczone przez jednostki samorządu terytorialnego lub związki jednostek samorządu terytorialnego;
- 3) inne dłużne papiery wartościowe o stałej stopie dochodu;
- 4) akcje, prawo do akcji, warranty subskrypcyjne, prawa poboru spółek notowanych na rynku regulowanym, a także akcje spółek będące przedmiotem oferty publicznej, jeśli warunki emisji lub pierwszej oferty publicznej zakładają złożenie wniosku o dopuszczenie do obrotu na rynku regulowanym;
- 5) akcje, prawo do akcji, warranty subskrypcyjne, prawa poboru spółek notowanych w alternatywnym systemie obrotu oraz akcje spółek nienotowanych;
- 6) jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych, certyfikaty inwestycyjne lub tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne oraz tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą;
- 7) tytuły uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych notowanych na rynkach regulowanych – ETF (ang. Exchange Traded Funds);
- 8) inne dłużne papiery wartościowe o zmiennej stopie dochodu;
- 9) instrumenty rynku pieniężnego i inne prawa majątkowe inkorporujące wierzytelności pieniężne;
- 10) listy zastawne;
- 11) depozyty bankowe;
- 12) instrumenty pochodne, takie jak: opcje, transakcje terminowe, transakcje wymiany.

Kryteria doboru aktywów

§ 3

1. Proporcje między różnymi kategoriami aktywów Funduszy są uzależnione od rodzaju Funduszu oraz podejmowanych decyzji inwestycyjnych.
2. Portfel Polski Akcyjny oferuje możliwości potencjalnie wysokich stóp zwrotu dostępnych na rynkach akcji. Alokacja środków ma na celu dywersyfikację lokat pomiędzy te polskie fundusze inwestycyjne, które w długim terminie osiągają na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
3. Portfel Cyklu Koniunkturalnego alokuje środki na podstawie scenariusza makroekonomicznego opartego na metodologii cyklu koniunkturalnego. W zależności od prognozowanej fazy cyklu koniunkturalnego alokacja środków odbywa się w te fundusze inwestycyjne, które w danej fazie osiągają na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
4. Portfel Zagraniczny „Cztery strony świata” Akcyjny oferuje możliwości potencjalnie wysokich stóp zwrotu dostępnych na zagranicznych rynkach akcji. Alokacja środków ma na celu dywersyfikację lokat pomiędzy te zagraniczne fundusze inwestycyjne, które w długim terminie osiągają na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
5. Portfel Zagraniczny Nieruchomości alokuje środki pomiędzy zagraniczne fundusze inwestycyjne inwestujące w sektor nieruchomości. Alokacja środków ma na celu dywersyfikację lokat pomiędzy te fundusze inwestycyjne, które w długim terminie osiągają na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
6. Portfel Zagraniczny Surowcowy alokuje środki pomiędzy zagraniczne fundusze inwestycyjne inwestujące w surowce i spółki związane z rynkiem surowcowym. Alokacja środków ma na celu dywersyfikację lokat pomiędzy te fundusze inwestycyjne, które w długim terminie osiągają na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
7. Przy ocenie bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji służącej podjęciu decyzji o alokacji środków oraz doborze akcji do portfela uwzględniane będą m.in. analiza sprawozdań finansowych spółek, prognozy finansowe, ocena kadry zarządzającej, ocena pozycji rynkowej i perspektyw rozwoju spółek, poziom cen oraz ryzyko płynności poszczególnych akcji.
8. Przy doborze jednostek uczestnictwa, certyfikatów inwestycyjnych do Funduszy oraz wielkości zaangażowania aktywów w jednostki uczestnictwa lub certyfikaty inwestycyjne w poszczególnych funduszach inwestycyjnych uwzględniane są m.in. aktualna sytuacja rynkowa i jej perspektywy, ocena jakościowa funduszy inwestycyjnych, ocena procesu zarządzania aktywami oraz stabilność zespołu zarządzających.
9. Przy doborze instrumentów dłużnych do Funduszy uwzględniane są m.in. bieżący i prognozowany poziom stóp procentowych, aktualna i prognozowana krzywa dochodowości, bieżący i oczekiwany poziom inflacji, kryterium płynności instrumentów dłużnych i wiarygodność kredytowa emitenta.

Zasady dywersyfikacji aktywów i ograniczenia inwestycyjne

§ 4

1. Fundusz Emerytalny Generali Agresywny:
 - 1) aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2, z wyłączeniem pkt 6 i 7;
 - 2) suma wartości lokat, wymienionych w § 2 pkt 4 i 5 może stanowić od 60% do 90% wartości aktywów Funduszu.

2. Fundusz Emerytalny Generali Mieszany:
 - 1) aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2, z wyłączeniem pkt 6 i 7;
 - 2) suma wartości lokat, wymienionych w § 2 pkt 4 i 5 może stanowić od 20% do 50% wartości aktywów Funduszu.
3. Fundusz Emerytalny Generali Obligacji – aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2, z wyłączeniem pkt 4, 5, 6 i 7.
4. Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy Generali Gwarantowany PLUS – aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2, z wyłączeniem pkt 4, 5, 6 i 7.
5. Portfel Cyklu Koniunkturalnego:
 - 1) aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2;
 - 2) Fundusz realizując cel inwestycyjny, alokuje do 100% wartości aktywów Funduszu w instrumenty finansowe z najlepszym potencjałem wzrostu w poszczególnych fazach cyklu koniunkturalnego;
 - 3) Fundusz charakteryzuje się brakiem sztywnych zasad dywersyfikacji kategorii lokat oraz brakiem określenia minimalnego zaangażowania w poszczególne kategorie lokat.
6. Portfel Polski Akcyjny:
 - 1) aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2;
 - 2) suma wartości lokat wymienionych w § 2 pkt 4, 5, 6 i 7 stanowi co najmniej 90% wartości aktywów Funduszu;
 - 3) lokaty wymienione w § 2 pkt 4 i 5 odwzorowują portfel UFK Emerytalny Generali Agresywny;
 - 4) lokaty, o których mowa w § 2 pkt 6, dokonywane są jedynie w Jednostki uczestnictwa lub certyfikaty inwestycyjne w polskich akcyjnych funduszach inwestycyjnych, tzn. takich, których minimalne zaangażowanie w akcje jest nie niższe niż 60% wartości aktywów funduszu.
7. Portfel Zagraniczny „Cztery strony świata” Akcyjny:
 - 1) aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2;
 - 2) suma wartości lokat wymienionych w § 2 pkt 6 stanowi co najmniej 90% wartości aktywów Funduszu;
 - 3) lokaty, o których mowa w § 2 pkt 6, dokonywane są jedynie w tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne oraz tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, których polityka inwestycyjna zakłada minimalne zaangażowanie w akcje nie niższe niż 60% wartości aktywów funduszu.
8. Portfel Zagraniczny Nieruchomości:
 - 1) aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2;
 - 2) suma wartości lokat wymienionych w § 2 pkt 6 stanowi co najmniej 90% wartości aktywów Funduszu;
 - 3) lokaty, o których mowa w § 2 pkt 6, dokonywane są jedynie w tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne oraz tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, których polityka inwestycyjna zakłada inwestowanie w nieruchomości bądź spółki związane z rynkiem nieruchomości.
9. Portfel Zagraniczny Surowcowy:
 - 1) aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2;
 - 2) suma wartości lokat wymienionych w § 2 pkt 6 stanowi co najmniej 90% wartości aktywów Funduszu;
 - 3) lokaty, o których mowa w § 2 pkt 6, dokonywane są jedynie w tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne oraz tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, których polityka inwestycyjna zakłada inwestowanie w surowce bądź spółki związane z sektorem surowcowym.

Zasady i terminy wyceny Jednostek uczestnictwa

§ 5

1. Towarzystwo wyodrębnia aktywa w formie Funduszy. Fundusz jest podzielony na Jednostki uczestnictwa. Jednostki uczestnictwa dają Oszczędzającemu udział w aktywach Funduszu bez prawa dysponowania poszczególnymi składnikami tych aktywów. Prawo do własności aktywów przysługuje wyłącznie Towarzystwu. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do podzielenia lub połączenia Jednostek uczestnictwa.
2. Wartość aktywów i zobowiązań Funduszu oraz wartość Jednostki uczestnictwa ustala się na każdy Dzień wyceny.
3. Aktywa i zobowiązania Funduszu wyceniane są w wartości godziwej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 września 1994 roku o rachunkowości i aktów wykonawczych do przywołanej ustawy.
4. Do wyceny składników aktywów Funduszu na dany Dzień wyceny przyjmuje się ceny tych składników z Dnia wyceny. W przypadku, gdy do godziny 12.00 w następnym Dniu roboczym po Dniu wyceny cena danego składnika aktywów Funduszu z Dnia wyceny nie jest podana do publicznej wiadomości, wówczas do wyceny tego składnika aktywów przyjmuje się jego ostatnią podaną do publicznej wiadomości cenę.
5. Wartość Jednostki uczestnictwa ustala się z dokładnością do czterech miejsc po przecinku, dzieląc wartość aktywów netto Funduszu przez zarejestrowaną w księgach na Dzień wyceny ilość Jednostek uczestnictwa.
6. Wartość aktywów netto Funduszu na dany Dzień wyceny ustala się, pomniejszając wartość aktywów Funduszu o jego zobowiązania (w tym rezerwy na wynagrodzenie Towarzystwa oraz rezerwy na koszty i opłaty związane z aktywami Funduszu).
7. Z aktywów Funduszu pokrywane jest wynagrodzenie dla Towarzystwa z tytułu opłaty za zarządzanie Funduszami pobieranej z aktywów Funduszu oraz następujące koszty i opłaty:
 - 1) koszty z tytułu usług pośrednictwa związanego z nabywaniem i zbywaniem składników aktywów Funduszu – w wysokości określonej w umowie z pośrednikiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat pośrednika;
 - 2) koszty opłat transakcyjnych związanych z nabywaniem i zbywaniem składników aktywów Funduszu ponoszone na rzecz instytucji rozliczeniowych, z pośrednictwa których Fundusz jest obowiązany korzystać – zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat instytucji rozliczeniowych – oraz koszty opłat transakcyjnych związanych z nabywaniem i zbywaniem składników aktywów Funduszu ponoszone na rzecz banku depozytariusza – w wysokości określonej w umowie z tym bankiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat banku;
 - 3) koszty prowizji bankowych związanych z przekazywaniem środków pieniężnych i obsługą rachunków bankowych w związku z zarządzaniem aktywami Funduszu – w wysokości określonej w umowie z bankiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat banku;
 - 4) koszty i opłaty związane z przechowywaniem oraz weryfikacją wyceny aktywów Funduszu: koszty na rzecz instytucji rozliczeniowych za przechowywanie aktywów – w wysokości określonej w obowiązującej tabeli prowizji i opłat – oraz koszty na rzecz banku depozytariusza za przechowywanie i weryfikację aktywów Funduszu – w wysokości określonej w umowie z tym bankiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat banku;
 - 5) podatki i inne obciążenia nałożone przez właściwe organy państwowe związane z aktywami Funduszu – w wysokości obowiązujących stawek podatkowych.

- Oплата за zarządzanie Funduszami pobierana przez Towarzystwo z aktywów Funduszu naliczana jest za każdy dzień kalendarzowy według stawki określonej w Tabeli IKZE. Rezerwa na tę opłatę tworzona jest w każdym Dniu wyceny jako iloczyn rocznej stawki określonej w Tabeli IKZE, wartości aktywów Funduszu z Dnia wyceny oraz ilorazu ilości dni kalendarzowych od poprzedniego Dnia wyceny i ilości dni kalendarzowych w roku (przyjętych jako 365). Opłata jest naliczana w całym okresie obowiązywania Umowy.

Opłaty za zarządzanie Funduszami

§ 6

- Towarzystwo z tytułu zarządzania Funduszami pobiera opłatę za zarządzanie Funduszami.
- Wysokość opłaty, o której mowa w ust. 1, została określona w Tabeli IKZE.
- Opłata, o której mowa w ust. 1, naliczana jest przy ustalaniu wartości Jednostki uczestnictwa zgodnie z zasadami określonymi w § 5 ust. 8.

Likwidacja i utworzenie nowego Funduszu

§ 7

- Towarzystwo zastrzega sobie prawo do rozpoczęcia sprzedaży Jednostek uczestnictwa nowych Funduszy, zaprzestania sprzedaży oraz likwidacji Jednostek uczestnictwa dotychczas oferowanych Funduszy.
- O likwidacji Funduszu Towarzystwo poinformuje Oszczędzającego, który posiada środki w likwidowanym Funduszu, w terminie co najmniej trzech miesięcy poprzedzających datę likwidacji Funduszu.
- Oszczędzający przed datą likwidacji Funduszu powinien złożyć oświadczenie zawierające dyspozycję przeniesienia Jednostek uczestnictwa z likwidowanego Funduszu lub dyspozycję zmiany Alokacji składki IKZE.
- Jeżeli Oszczędzający złożył dyspozycję, o których mowa w ust. 3, Towarzystwo nie później niż w terminie ośmiu Dni roboczych od daty otrzymania oświadczenia Oszczędzającego w tym zakresie dokona przeniesienia Jednostek uczestnictwa, poprzez sprzedaż Jednostek uczestnictwa Funduszu likwidowanego i nabycie Jednostek uczestnictwa Funduszu wybranego przez Oszczędzającego lub odpowiednio dokona zmiany Alokacji składki IKZE.
- Jeżeli Oszczędzający nie złożył w Towarzystwie dyspozycji, o których mowa w ust. 3, Towarzystwo dokona przeniesienia Jednostek uczestnictwa likwidowanego Funduszu nie później niż w terminie ośmiu Dni roboczych od daty likwidacji Funduszu, poprzez sprzedaż Jednostek uczestnictwa Funduszu likwidowanego z zastosowaniem Ceny jednostki obowiązującej w dniu likwidacji Funduszu i nabycie Jednostek uczestnictwa Funduszu UFK Generali Gwarantowany PLUS lub odpowiednio dokona zmiany Alokacji składki IKZE.
- W przypadku likwidacji UFK Generali Gwarantowany PLUS, Towarzystwo dokona zmian, o których mowa w ust. 5, z uwzględnieniem Funduszu o strategii inwestycyjnej najbardziej zbliżonej do UFK Generali Gwarantowany PLUS. Zasada opisana w zdaniu poprzedzającym będzie stosowana analogicznie w przypadku likwidacji funduszu o najbardziej zbliżonej strategii inwestycyjnej.
- Oszczędzający, który nie posiada środków w likwidowanym Funduszu, a złoży oświadczenie zawierające dyspozycję przeniesienia Jednostek uczestnictwa do likwidowanego Funduszu lub dyspozycję zmiany Alokacji składki IKZE uwzględniającą likwidowany Fundusz, jest informowany o likwidacji Funduszu niezwłocznie po złożeniu dyspozycji do Towarzystwa.
- W przypadku, gdy odpowiednio:
 - Towarzystwo rozpoczyna sprzedaż Jednostek uczestnictwa nowego Funduszu albo
 - zmienia się nazwa oferowanego Funduszu bez zmiany jego strategii inwestycyjnej,
 Towarzystwo udostępni zmieniony wykaz, o którym mowa w § 1 ust. 2, 3 i 4 OWU, na stronie generali.pl.
- W przypadku, gdy zmiana dotyczy odpowiednio:
 - nazwy wraz ze zmianą strategii inwestycyjnej oferowanego Funduszu albo
 - strategii inwestycyjnej oferowanego Funduszu albo
 Towarzystwo poinformuje Oszczędzającego o zmianach określonych w pkt 1 lub 2.

Ryzyko inwestycyjne

§ 8

- Celem inwestycyjnym Towarzystwa jest długookresowy wzrost wartości aktywów Funduszy w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszy.
- Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe nie gwarantują osiągnięcia założonego celu inwestycyjnego ani określonego wyniku inwestycyjnego. Oszczędzający powinien mieć świadomość ryzyk związanych z inwestycją w Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe, w tym braku ochrony wpłaconego kapitału lub ryzyka utraty części wpłaconych środków.

Postanowienia końcowe

§ 9

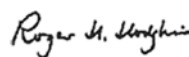
Niniejszy Regulamin lokowania IKZE został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO:**NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO
W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU – WARIANT I,****NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO
W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU – WARIANT II,****NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO
W WYNIKU ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU,****ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA
W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU****TABELA USZCZERBKÓW NA ZDROWIU****(KOD WLF_ADISB6_ADISB3_ADISB4_CADISB5_12.2021)**

Niniejszą tabelę stosuje się przy ocenie skutków Nieszczęśliwych wypadków u osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umów dodatkowych na wypadek: Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (wariant I oraz wariant II), Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu oraz Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Rodzaj uszkodzeń ciała	% uszczerbku na zdrowiu
A. Uszkodzenia głowy	
1) Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
a. znaczne uszkodzenie powłok czaszki z rozległymi, ściągającymi bliznami – w zależności od rozmiaru	1-10
b. oskalpowanie:	5-25
2) Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (wgłębienia, szczeliny, fragmentacja) – zależnie od rozległości uszkodzeń	1-10
3) Ubytek w kościach czaszki:	
a. o średnicy poniżej 2,5 cm	1-7
b. o średnicy powyżej 2,5 cm – w zależności od rozmiarów	8-25
Uwaga: Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), osobno oceniany jest stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości według poz. 2 lub 3, a osobno za uszkodzenia powłok czaszki według poz. 1.	
4) Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 1, 2, 3 w postaci: nawracającego wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego, przewlekłego zapalenia kości, ropowicy podczepcowej leczonej operacyjnie, zakrzepicy powłok, przepukliny mózgowej – ocenia się dodatkowo – w zależności od rodzaju i stopnia powikłań	5-15
5) Porażenie i niedowłady połowicze:	
a. porażenie połowicze lub paraplegie (porażenia kończyn dolnych) uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0 – 1° wg Skali Lovette'a	100
b. głęboki niedowład połowiczny lub parapareza 2° wg Skali Lovette'a	60-80
c. średniego stopnia niedowład połowiczny lub parapareza kończyn dolnych 3° wg Skali Lovette'a	40-60
d. niewielki lub dyskretny niedowład połowiczny lub niedowład kończyn dolnych 4° wg Skali Lovette'a, dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostateczności precyzji ruchów itp.	5-35
e. monoparezy pochodzenia ośrodkowego:	
– kończyna górna – wg skali Lovett'a	
– prawa górna kończyna	
0°	40
1 – 2°	30-35
3 – 4°	5-25
– lewa górna kończyna	
0°	30
1 – 2°	20-25
3 – 4°	5-15

A. Uszkodzenia głowy – ciąg dalszy		
– kończyna dolna (prawa i lewa) – wg skali Lovett'a		
0°		40
1 – 2°		30
3 – 4°		5-20
6)	Zespoły pozapiramidowe:	
a.	utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100
b.	zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp.	40-80
c.	zaznaczony zespół pozapiramidowy	10-30
7)	Zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego:	
a.	zaburzenia równowagi uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100
b.	utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w stopniu znacznym	70-80
c.	miernego stopnia utrudnienie chodu i sprawności ruchowej	30-60
d.	dyskretnie wpływające na sposób chodu i niewielkie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	5-25
8)	Padaczka:	
a.	z licznymi napadami ze współistnieniem zaburzeń psychicznych, charakteropatii, otępienia wymagających opieki innej osoby	100
b.	padaczka z zaburzeniami psychicznymi w zależności od ich nasilenia	30-70
c.	padaczka bez zaburzeń psychicznych w zależności od częstości napadów	20-30
Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są obserwacje przez lekarza napadu, typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna bądź szpitalna.		
9)	Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):	
a.	otępienie lub ciężkie zaburzenia zachowania i emocji uniemożliwiające samodzielną egzystencję	100
b.	encefalopatie ze zmianami charakterologicznymi w zależności od stopnia	50-70
Uwaga: Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym, zmiany w zapisie EEG. Encefalopatia powinna być potwierdzona badaniami dodatkowymi.		
10)	Nerwice:	
a.	utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym	2-10
b.	utrwalona nerwica po ciężkim uszkodzeniu ciała – w zależności od stopnia zaburzeń	2-10
c.	zespół cerebrasteniczny z utrwalonymi skargami subiektywnymi	5-30
11)	Zaburzenia mowy:	
a.	afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	80
b.	afazja całkowita motoryczna	60
c.	afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się	30-40
d.	afazja nieznacznego stopnia	10-20
12)	Zespoły podwzgórzowe, pourazowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego)	
a.	znacznie upośledzające czynność ustroju	40-60
b.	nieznacznie upośledzające czynność ustroju	20-30
13)	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:	
a.	nerwu okoruchowego:	
	– w zakresie mięśni wewnętrznych oka – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-15
	– w zakresie mięśni zewnętrznych oka – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-30
b.	nerwu boczowego	3
c.	nerwu odwodzącego – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-5
14)	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia	
15)	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trzeciowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	
Uwaga: Uszkodzenie nerwu trzeciowego łącznie z pęknięciem kości skalistej oceniane jest według poz. 49.		
16)	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowych i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego	
17)	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	
18)	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	

B. Uszkodzenia twarzy**19) Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki):**

a. oszpecenia bez zaburzeń funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy	1-10
b. oszpecenie z miernymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	10-30
c. oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowanie pokarmów, zaburzenia oddychania, mowy, ślinotok i zaburzenia funkcji powiek itp.) – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	30-60

20) Uszkodzenia nosa:

a. uszkodzenia nosa bez zaburzeń oddychania i powonienia – zależnie od rozległości uszkodzenia	1-10
b. uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania – zależnie od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania	5-20
c. uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia – w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu	10-25
d. utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszkowego	5
e. utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa)	30

Uwaga: Jeżeli uszkodzenie nosa wchodzi w zespół uszkodzeń objętych poz. 19, oceniane jest wówczas według pozycji 19.

21) Utrata zębów:

a. całkowita utrata zęba – za każdy ząb	1
b. częściowa utrata zęba – za każdy ząb	0,5

22) Utrata części szczęki lub żuchwy (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów) – staw rzekomy – zależnie od rozległości ubytków, stanu odżywiania i powikłań

15-30

23) Utrata szczęki (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów):

a. szczęki	40
b. żuchwy	50

24) Złamania szczęki i/lub żuchwy wygojone z przemieszczeniem odłamów:

a. bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zniekształcenia i rozwarcia szczęk	1-5
b. z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	5-10

25) Ubytek podniebienia:

a. z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	10-30
b. z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	25-40

26) Ubytki języka:

a. bez zaburzeń mowy i połykania	1-3
b. z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	5-15
c. z dużymi zaburzeniami mowy – w zależności od stopnia zaburzeń	15-40
d. całkowita utrata języka	50

C. Uszkodzenia narządu wzroku**27) a. Przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obojga oczu stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu określa się według następującej tabeli:**

Ostrość wzroku oka prawego	1,0 (10/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0
Ostrość wzroku oka lewego	Procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu										
1,0 (10/10)	0	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35
0,9 (9/10)	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40
0,8 (8/10)	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45
0,7 (7/10)	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50
0,6 (6/10)	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55
0,5 (5/10)	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
0,4 (4/10)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
0,3 (3/10)	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
0,2 (2/10)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80
0,1 (1/10)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90
0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100

C. Uszkodzenia narządu wzroku – ciąg dalszy

Uwaga: Ostrość wzroku określana jest po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.

b. Utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyłuszczeniem gałki ocznej	38		
28) Porażenie nastawności (akomodacji) – przy zastosowaniu szkieł poprawczych:			
a. jednego oka	15		
b. obu oczu	30		
29) Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:			
a. rozdarcie naczyńiówki jednego oka			
b. zapalenie naczyńiówki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego	wg tabeli z p.27a		
c. przedziurawienie plamki żółtej jednego oka			
d. zanik nerwu wzrokowego			
30) Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących:			
a. blizny rogówki lub twardówki (garbiak twardówki)			
b. zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki)	wg tabeli z p.27a		
c. ciało obce wewnątrzgałkowe, powodujące obniżenie ostrości wzroku			
31) Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.)	wg tabeli z p.27a		
32) Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się według poniżej podanej tabeli:			
Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepotcie drugiego oka
60°	0	0	35%
50°	5%	15%	45%
40°	10%	25%	55%
30°	15%	50%	70%
20°	20%	80%	85%
10°	25%	90%	95%
poniżej 10°	35%	95%	100%
33) Połowicze niedowidzenia:			
a. dwuskroniowe			60
b. dwunosowe			30
c. jednoimienne			25
d. jednoimienne górne			10
e. jednoimienne dolne			40
34) Utrata funkcji soczewki po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej, przy braku jednoczesnego pojedynczego widzenia obuocznego:			
a. w jednym oku			25
b. w obu oczach			40
35) Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej:			
a. w jednym oku			10
b. w obu oczach			30
36) Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie):			
a. w jednym oku			5-10
b. w obu oczach			10-15
37) Odwarstwienie siatkówki jednego oka			wg tabeli z p.27a oraz wg tabeli z p.32
38) Jaskra – ogólny procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu			wg tabeli z p.27a oraz wg tabeli z p.32
39) Wytrzeszcz tętniący – w zależności od stopnia			50-100
40) Zaćma urazowa			wg tabeli z p.27a
41) Przewlekłe zapalenie spojówek			1-10

D. Uszkodzenia narządu słuchu

42) Przy upośledzeniu ostrości słuchu procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu określa się według niżej podanej tabeli: obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosena (w mod.).

Ucho prawe	0 – 25 dB	26 – 40 dB	41 – 70 dB	Pow. 70 dB
Ucho lewe	Procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu			
0 – 25 dB	0	5	10	20
26 – 40 dB	5	15	20	30
41 – 70 dB	10	20	30	40
Pow. 70 dB	20	30	40	50

Uwaga: Oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1.000 i 2.000 Hz.

43) Urazy małżowiny usznej:

a. utrata części małżowiny	1-5
b. zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia) w zależności od stopnia	5-10
c. utrata jednej małżowiny	15
d. utrata obu małżowin	25

44) Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego:

a. jednostronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu	wg tabeli z p. 42
b. obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu	

45) Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego:

a. jednostronne	1-5
b. obustronne	10

46) Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha – w zależności od stopnia powikłań:

a. jednostronne	5-15
b. obustronne	10-20

47) Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu

wg tabeli z p. 42

48) Uszkodzenie ucha wewnętrznego:

a. z uszkodzeniem części słuchowej	wg tabeli z p. 42
b. z uszkodzeniem części statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	20-50
c. z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	30-60

49) Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:

a. jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-40
b. dwustronne	20-60

E. Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przełyku

50) Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji

1-10

51) Uszkodzenie lub zwężenie krtani pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej – w zależności od stopnia zwężenia

5-30

52) Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawiczej:

a. z zaburzeniami głosu – w zależności od stopnia	35-50
b. z bezgłosem	60

53) Uszkodzenie tchawicy – w zależności od stopnia jej zwężenia:

a. bez niewydolności oddechowej	1-20
b. z niewydolnością oddechową	20-45
c. z niewydolnością oddechowo-krążeniową	45-60

54) Uszkodzenie przełyku powodujące:

a. częściowe trudności w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	10-30
b. odżywianie tylko płynami	50
c. całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	80

55) Uszkodzenie tkanek miękkich (skóry i mięśni) szyi z ograniczeniem ruchomości szyi – w zależności od stopnia i ustawienia głowy:

a. niewielkiego stopnia	1-5
b. znacznego stopnia	15-30

Uwaga: Uszkodzenia tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego oceniane są według poz. 89.

F. Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa

56) Blizny powłok klatki piersiowej ograniczające ruchomość klatki piersiowej – w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości oddechowej klatki piersiowej:	
a. miernego stopnia	1-15
b. znacznego stopnia	15-30
57) Utrata gruczołu piersiowego (w części lub w całości):	
a. brodawki sutkowej częściowa lub całkowita	1-5
b. utrata sutka w zależności od wielkości ubytków i blizn:	
– częściowa	1-15
– całkowita	15-25
– z częścią mięśnia piersiowego	25-35
58) Uszkodzenie przynajmniej 2 żeber (złamanie itp.):	
a. z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia pojemności życiowej płuc	1-5
b. z obecnością zniekształceń i zmniejszenia pojemności życiowej płuc – w zależności od stopnia zmniejszenia pojemności życiowej	5-25
59) Złamanie mostka ze zniekształceniami	1-10
60) Zapalenie kości (przetoki) żeber lub mostka	1-20
61) Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):	
a. bez niewydolności oddechowej	5-10
b. z niewydolnością oddechową – w zależności od stopnia	20-40
Uwaga: Stopień uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej musi być potwierdzony badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim.	
62) Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc przetoki – w zależności od stopnia niewydolności oddechowej	20-80
Uwaga: Stopień uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej musi być potwierdzony badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim.	
63) Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a. z wydolnym układem krążenia	2-10
b. z objawami względnej wydolności układu krążenia	20-30
c. z objawami niewydolności krążenia – w zależności od stopnia niewydolności	40-90
Uwaga: Stopień uszkodzenia serca oceniany jest na podstawie badania radiologicznego i elektrokardiograficznego, echokardiografii, koronarografii.	
64) Przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia	20-40

G. Uszkodzenie brzucha i ich następstwa

65) Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, przetoki, blizny zaciągające) – w zależności od umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia powłok jamy brzusznej	1-30
Uwaga: Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). Przepukliny pachwinowe, pępkowe, itp. oraz wszystkie, które uwiłocznily się po wysiłku, dźwignięciu, gwałtownym ruchu, nie są uznawane za urazowe.	
66) Uszkodzenie żołądka, jelit i sieci:	
a. bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego i przy dostatecznym stanie odżywiania	2-10
b. z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – w zależności od stopnia zaburzeń stanu odżywiania	11-50
67) Przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny – w zależności od stopnia zanieczyszczania się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę:	
a. jelita cienkiego	30-80
b. jelita grubego	20-50
68) Przetoki okołoodbytnicze	15
69) Uszkodzenia zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
70) Wypadnięcie odbytnicy – w zależności od stopnia wypadnięcia	10-30
71) Utrata śledziony:	
a. bez większych zmian w obrazie krwi	15
b. ze zmianami w obrazie krwi lub/i ze zrostami otrzewnowymi	30

G. Uszkodzenie brzucha i ich następstwa – ciąg dalszy

72) Uszkodzenia wątroby, dróg żółciowych lub trzustki w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji:	
a. nieznacznego stopnia	5-10
b. znacznego stopnia	20-60

H. Uszkodzenia narządów moczowo-płciowych

73) Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	10-25
74) Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	35
75) Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	40-75
76) Uszkodzenie moczowodu powodujące zawężenie jego światła	10-20
77) Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych	10-30
78) Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego – w zależności od stopnia stałego zanieczyszczenia się moczem	20-50
79) Zwężenie cewki moczowej:	
a. powodujące trudności w oddawaniu moczu	15
b. z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu	30-50
c. z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu z powikłaniami	50-60
80) Utrata prącia	40
81) Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia – w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzeń funkcji	1-30
82) Uszkodzenie lub utrata jednego jądra lub jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nieujętych w Tabeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji	1-20
83) Utrata obu jąder lub jajników	40
84) Wodniak jądra	10
85) Utrata macicy:	
a. w wieku do 45 lat	40
b. w wieku powyżej 45 lat	20
86) Uszkodzenie krocza powodujące całkowite wypadnięcie narządów rodnych:	
a. pochwy	10
b. pochwy i macicy	30

I. Ostre zatrucia i ich następstwa (orzekane nie wcześniej niż po 6 miesiącach od zajścia zdarzenia)

87) Nagłe zatrucie gazami oraz substancjami i produktami (z wyjątkiem zatruc pokarmowych):	
a. ze stwierdzoną utratą przytomności, lecz bez wtórnych powikłań	1-10
b. powodujące uszkodzenie układu krwiotwórczego i narządów wewnętrznych (rozedma, przewlekły nieżyt krtani, tchawicy i oskrzeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-25

Uwaga: Uszkodzenia układu nerwowego spowodowane nagłym zatruciem gazami oceniane są według odpowiednich pozycji dotyczących układu nerwowego.

88) Nagłe zatrucie pokarmami powodujące trwałe uszkodzenie narządów mięsnych przewodu pokarmowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-15
---	------

Uwaga: Uszkodzenia układu nerwowego wskutek nagłych zatruc pokarmowych oceniane są według odpowiednich pozycji dotyczących układu nerwowego.

J. Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa

89) Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
a. z ograniczeniem ruchomości – bez trwałych zniekształceń kręgów	1-10
b. z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20 stopni – ze zniekształceniem miernego stopnia	10-35
c. z całkowitym zeszytywnieniem z niekorzystnym ustawieniem głowy	35-50
90) Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym lub lędźwiowym:	
a. bez zniekształceń – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-10
b. ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości – w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchomości	10-25
c. znaczne ograniczenie ruchomości i zniekształcenie	25-40

J. Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa – ciąg dalszy

91) Izolowane uszkodzenia wyrostków poprzecznych, wyrostków ościstych – w zależności od ich liczby i zaburzeń funkcji (ograniczenie ruchomości)	1-10
92) Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgow, obecnością ciała obcego itp. ocenia się według poz. 89–91, zwiększając stopień uszczerbku na zdrowiu	+5-10
93) Uszkodzenia rdzenia kręgowego:	
a. przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn	100
b. niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiając poruszanie się za pomocą dwóch łasek	60-70
c. niedowład kończyn dolnych umożliwiający poruszanie się o jednej łasce	30-40
d. porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrdzeniowym)	100
e. niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrdzeniowym)	60-70
f. niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrdzeniowym)	20-30
g. zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego)	20-40
h. zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów – w zależności od stopnia zaburzeń	5-30
94) Urazowe zespoły korzonkowe (bólowe, ruchowe, czuciowe lub mieszane) – w zależności od stopnia:	
a. szyjne	1-20
b. piersiowe	1-10
c. lędźwiowo-krzyżowe	1-25
d. guziczne	1-5

K. Uszkodzenia miednicy

95) Utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub rozerwania stawu krzyżowo-biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:	
a. niewielkiego stopnia	1-10
b. dużego stopnia	10-35
96) Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno- lub wielomiejscowe, z obecnością zniekształceń i upośledzeniem chodu:	
a. w odcinku przednim (kość łonowa, kulszowa)	1-15
b. w odcinku przednim i tylnym	15-45
97) Złamanie dna panewki – z obecnością upośledzenia funkcji stawu i zmianami zniekształcającymi:	
a. zwichnięcie I° – nieznaczne zmiany	1-10
b. zwichnięcie II° – wyraźne zmiany	10-20
c. zwichnięcie III° – duże zmiany	20-35
d. zwichnięcie IV° – bardzo duże zmiany	35-45

Uwaga: Uraz stawu biodrowego wygojony sztucznym stawem oceniany jest według stanu uszkodzenia przed operacją. Uszkodzenie sztucznego stawu oceniane jest według maksymalnego procentu minus uszczerbek stwierdzony przed założeniem sztucznego stawu.

98) Izolowane złamanie miednicy (talerz biodrowy, kolce biodrowe, guz kulszowy) – w zależności od zniekształcenia i zaburzeń funkcji	1-20
--	------

Uwaga: Towarzyszące uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne oceniane są dodatkowo według pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.

L. Uszkodzenia kończyny górnej

	Prawa	Lewa
99) Złamanie łopatki:		
a. wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem z niewielkim zaburzeniem funkcji kończyny	1-5	1-5
b. wygojone złamanie łopatki z przemieszczeniem i znacznym ograniczeniem funkcji kończyny w zależności od stopnia	5-40	5-30
Uwaga: Normy poz. 99 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.		
100) Wadliwe wygojone złamanie obojczyka – w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchów		
a. nieznaczne zmiany	1-10	1-5
b. wyraźne zmiany	10-25	5-20
101) Staw rzekomy obojczyka ograniczający ruchy kończyny		
a. nieznaczne zmiany	1-10	1-5
b. znaczne zmiany	10-25	5-20

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąg dalszy

102) Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego w zależności od ograniczenia ruchów i stopnia zniekształcenia:		
a. nieznaczne zmiany	1-10	1-5
b. znaczne zmiany	10-25	5-20
103) Uszkodzenie obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości i obecnością ciał obcych ocenia się według pozycji 100-102, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu	+ 5	
Uwaga: Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych stosowane są oceny według pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny – w zależności od stopnia wypadnięcia funkcji.		
104)Przewlekłe zmiany stawu barkowego w zależności od stopnia ograniczenia funkcji, blizn powodujących upośledzenie funkcji kończyny, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń złamanej głowy, nasady bliższej kości ramiennej i innych zmian wtórnych:		
a. nieznacznego stopnia	1-10	1-5
b. średniego stopnia	10-20	5-15
c. dużego stopnia	20-30	15-25
105) Zastarzałe nieodprowadzone zwichnięcie stawu barkowego w zależności od upośledzenia zakresu ruchów i ustawienia kończyny	20-30	15-30
106) Nawykowe zwichnięcie barku potwierdzone zaświadczeniem lekarskim i RTG	25	20
107) Staw cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości w zależności od zaburzeń funkcji	25-40	20-35
Uwaga: Staw wiotki z powodu porażen oceniany jest według norm neurologicznych.		
108) Zesztywnienie stawu barkowego:		
a. w ustawieniu częściowo korzystnym (w odwiedzeniu około 70°, antepozycja 35° i rotacja zewnętrzna około 25°) w zależności od ustawienia i funkcji	20-35	10-30
b. w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40	35
109) Bliznowaty przykurcz stawu barkowego w zależności od zaburzeń czynności stawu	1-15	1-10
110) Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 104-109, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji	+1-35	+1-25
111) Utrata kończyny w barku	75	70
112) Utrata kończyny wraz z łopatką	80	75
113) Złamanie kości ramiennej z obecnością zmian wtórnych i upośledzeniem funkcji kończyny:		
a. z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi	5-15	5-10
b. ze znacznym przemieszczeniem i skróceniem	15-30	10-25
c. złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi	30-55	25-50
114) Uszkodzenia mięśni, ścięgien i ich przyczepów w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:		
a. mięśnia dwugłowego	1-15	1-10
b. uszkodzenie innych mięśni ramienia	10-20	10-15
115) Utrata kończyny w obrębie ramienia:		
a. z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70	65
b. przy dłuższych kikutach	65	60
116) Przepukliny mięśniowe ramienia	1-3	1-3
117) Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej – z obecnością zaburzeń osi i ograniczeniem ruchów w stawie łokciowym:		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. średnie zmiany	5-15	5-10
c. duże zmiany	15-30	10-25
118) Zesztywnienie stawu łokciowego:		
a. w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia (75°-110°)	30	25
b. z brakiem ruchów obrotowych	35	30
c. w ustawieniu wyprostowanym lub zbliżonym (160°-180°)	50	45
119) Przykurcz w stawie łokciowym – w zależności od zakresu zgięcia, wyprostu i stopnia zachowania ruchów obrotowych przedramienia:		
a. przy niemożności zgięcia do 90°	10-30	5-25
b. przy możliwości zgięcia ponad kąt prosty	3-15	2-10
Uwaga: Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie stawu łokciowego oceniane są według pozycji 118-120.		

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąg dalszy		
120) Cepowy staw łokciowy – w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni	15-30	10-25
121) Uszkodzenie stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi itp. ocenia się według pozycji 117–120, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu	+5	+5
122) Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych:		
a. niewielkie zniekształcenia	1-5	1-4
b. średnie zniekształcenia	5-20	5-10
c. znaczne zniekształcenia, duże ograniczenia ruchów, zmiany wtórne (troficzne, krążeniowe i inne)	15-25	10-20
123) Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
a. niewielkie zniekształcenia	1-5	1-4
b. średnie zniekształcenia	5-20	5-15
c. duże zmiany, zmiany wtórne i inne	20-35	15-30
124) Uszkodzenia części miękkich przedramienia, skóry, mięśni ścięgien, naczyń – z trwałym uszkodzeniem i upośledzeniem funkcji, bliznami znacznie upośledzającymi funkcję kończyny górnej		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. znaczne zmiany	5-20	5-15
125) Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej z obecnością zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:		
a. średniego stopnia	10-20	10-15
b. dużego stopnia	20-35	15-30
126) Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia z obecnością zniekształceń, ubytkami kości, upośledzeniem funkcji i poważnych zmian wtórnych:		
a. średniego stopnia	10-25	10-20
b. dużego stopnia	25-40	20-35
127) Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, obecnością ciał obcych, ubytkiem tkanki kostnej i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 122-126, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-15	+1-15
128) Utrata kończyny w obrębie przedramienia – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oproteźowania	55-65	50-60
129) Utrata przedramienia w sąsiedztwie stawu nadgarstkowego	55	50
130) Ograniczenie ruchomości w obrębie nadgarstka w następstwie jego uszkodzeń (skręcenia, zwichnięcia, złamania kości nadgarstka, martwice aseptyczne tych kości) z obecnością zniekształceń, uszkodzenia funkcji, zmian troficznych, blizn powodujących upośledzenie funkcji dłoni:		
a. ograniczenie ruchomości	1-10	1-8
b. ograniczenie ruchomości dużego stopnia	10-20	8-15
c. ograniczenie ruchomości dużego stopnia z ustawieniem ręki czynnościowo niekorzystnym	20-30	15-25
131) Całkowite zeszywnienie w obrębie nadgarstka:		
a. w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców	15-30	10-25
b. w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców	25-45	20-40
132) Uszkodzenia nadgarstka powikłane głębokimi trwałymi troficznymi, przewlekłym i ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 130 i 131, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-10	+1-10
133) Utrata ręki na poziomie nadgarstka	55	50
134) Uszkodzenie śródreżca – części miękkich (skóry, mięśni, naczyń, nerwów) i kości, z obecnością blizn powodujących upośledzenie funkcji dłoni, trwałe zniekształcenia śródreżca, zaburzenia ruchomości		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. średnie zmiany	5-10	4-8
c. rozległe zmiany	10-20	8-18
135) Utraty w obrębie kciuka w zależności od rozmiaru ubytku, rodzaju blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych		
a. utrata opuszki	1-5	1-3
b. utrata paliczka paznokciowego	5-10	3-8

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąg dalszy

c. utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego (do 2/3 długości paliczka)	10-15	8-10
d. utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródreżca	15-20	10-15
e. utrata obu paliczków z kością śródreżca	20-30	15-25
136) Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) – powodujące trwałe ograniczenie funkcji, blizny powodujące upośledzenie funkcji kciuka		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. średnie zmiany	5-15	4-13
c. znaczne zmiany	15-20	13-18
d. bardzo duże zmiany graniczące z utratą kciuka	20-25	18-23
e. rozległe zmiany graniczące z utratą pierwszej kości śródreżca	25-30	23-33

Uwaga: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka brane są pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.

137) Utraty w obrębie palca wskazującego

a. utrata opuszki	1-5	1-3
b. utrata paliczka paznokciowego	5-7	3-5
c. utrata paliczka paznokciowego z 1/3 dalszą paliczka środkowego	8	5
d. utrata paliczka paznokciowego i środkowego powyżej 1/3	8-12	5-10
e. utrata trzech paliczków	17	15
f. utrata palca wskazującego z kością śródreżca	17-23	15-20

138) Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego (uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne i czuciowe, blizny) powodujące nieodwracalne, istotne upośledzenie ruchomości palca

a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. zmiany średniego stopnia	5-10	5-8
c. zmiany dużego stopnia	10-15	8-13
d. zmiany znacznego stopnia, graniczące z utratą wskaziciela (bezużyteczność palca)	17	15

139) Utrata całego paliczka lub części paliczka:

a. palca trzeciego i czwartego – za każdy paliczek	3	2
b. palca piątego – za każdy paliczek	1	1

140) Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca

	12	8
141) Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV, V powodujące uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienia, zmiany troficzne i czuciowe, blizny – w zależności od stopnia		
a. niewielkie ograniczenie funkcji palca	1-2	1
b. znaczne ograniczenie funkcji palca	2-4	1-3
c. bezużyteczność palca granicząca z utratą	7	5

Uwaga: Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena nie może być wyższa niż całkowita utrata tych palców i odpowiada stopniowi użyteczności ręki. Uszkodzenie obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie mogą przekraczać dla ręki prawej 55%, a dla lewej 50%.

M. Uszkodzenie kończyny dolnej

142) Utrata kończyny dolnej przy wyluszczeniu jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej	75-85
143) Przykurcze i ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich i w zależności od stopnia	
a. miernego stopnia	1-10
b. znacznego stopnia	10-25
144) Zeszywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:	
a. w ustawieniu czynnościowo korzystnym	15-35
b. w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	30-60
145) Inne następstwa uszkodzeń stawu biodrowego (zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania przezkrętarzowych i podkrętarzowych, złamania krętarzy itp.) – z ograniczeniem zakresu ruchów, przemieszczeniami, skróceniem, zniekształceniami i różnego rodzaju zmianami wtórnymi	

M. Uszkodzenie kończyny dolnej – ciąg dalszy	
a. ze zmianami miernego stopnia	2-20
b. ze zmianami dużego stopnia	20-40
c. z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowo-biodrowy, kolano itp.)	40-65
146) Przykurcze i zeszywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami, ciałami obcymi itp. oceniane są według pozycji 143-146, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań:	+5-15
Uwaga: Przy uszkodzeniach biodra powodujących następujące zmiany chorobowe: krwipochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki oceniane jest istnienie związku przyczynowego między tymi schorzeniami a nieszczęśliwym wypadkiem.	
147) Złamanie kości udowej – z obecnością zniekształceń, skrócenia, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów w stawach:	
a. z nieznacznymi zmianami i skrócenie do 4 cm	1-15
b. z miernymi zmianami i skróceniem do 6 cm	15-30
c. ze skróceniem ponad 6 cm i ciężkimi zmianami	30-40
148) Staw rzekomy lub ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia i zaburzeń wtórnych	40-60
149) Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, przecięcia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) powodujące istotne zaburzenia funkcji:	
a. miernego stopnia	1-10
b. znacznego stopnia	10-20
150) Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe – w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych	1-30
151) Uszkodzenia uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, ciałami obcymi, skostnieniem pozaszkieletowym i zmianami neurologicznymi oceniane są według pozycji 147-150, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań	+1-10
152) Uszkodzenia uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się według pozycji 147–150, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu	+5-65
Uwaga: Łączny stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu ocenianego według pozycji 147–150 i 152 nie może przekroczyć 70%.	
153) Utrata kończyny – zależnie od długości kikuta i przydatności jego cech do oprotezwowania	50-70
154) Złamanie nasad kości tworzących staw kolanowy i rzepki – z obecnością zniekształceń, szpotawości, koślawości, przykurczów, z ograniczeniem ruchomości, upośledzenia stabilności stawu, zaburzeń statyczno–dynamicznych kończyny i innych zmian:	
a. niewielkie zmiany	1-10
b. średnie zmiany	10-25
c. duże zmiany (zeszywnienia w niekorzystnym ustawieniu, brak stabilności stawu)	25-40
155) Trwałe ograniczenie ruchomości stawu kolanowego w następstwie uszkodzeń samego stawu (uszkodzenia więzadłowe, torebkowe, łąkotek, kości tworzących staw kolanowy itd.) w zależności od charakteru przykurczu i zakresu ubytku funkcji	
a. utrata ruchomości w zakresie 180°–140° za każde 2° ubytku ruchu	+1
b. utrata ruchomości w zakresie 140°–90° za każde 5° ubytku ruchu	+1
c. utrata ruchomości w zakresie 90°–30° za każde 10° ubytku ruchu	+1
Uwaga: Prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów przyjmuje się w granicach 0°-120°.	
156) Inne następstwa uszkodzeń kolana: skrócenie kończyny, zaburzenia osi, stawu (koślawość, szpotawość, ruchomość patologiczna), dolegliwości przewlekłe zapalne, zapalenia ropne, ciała obce, przetoki itp. w zależności od stopnia:	
a. niewielkie zmiany	1-10
b. duże zmiany	10-20
157) Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	65
158) Złamanie kości podudzia – w zależności od zniekształcenia, przemieszczenia, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:	
a. z nieznacznymi zmianami lub skróceniami do 4 cm	2-15
b. z dużymi wtórnymi zmianami lub ze skróceniem od 4 cm do 6 cm	15-25
c. ze skróceniem powyżej 6 cm lub bardzo rozległymi zmianami wtórnymi i z dodatkowymi powikłaniami w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	25-50

M. Uszkodzenie kończyny dolnej – ciąg dalszy

159) Izolowane złamanie strzałki (oprócz kostki bocznej)	1-3
160) Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, uszkodzenia ścięgna Achillesa i innych ścięgien – z zaburzeniami czynnościowymi i zniekształceniami stopy, zależnie od rozległości uszkodzenia:	
a. niewielkie i średnie zmiany	1-10
b. znaczne zmiany	10-20
161) Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:	
a. przy długości kikuta do 8 cm mierzac od szpary stawowej	60
b. przy dłuższych kikutach	40-55
162) Trwałe ograniczenie ruchomości i zniekształcenia w stawach skokowych w następstwie skręcenia, zwinięcia, złamania kości tworzących staw, zranienia, ciał obcych, blizn powodujących trwałe upośledzenie funkcji stopy, w zależności od ich stopnia	
a. niewielkiego stopnia	1-5
b. średniego stopnia	5-10
c. dużego stopnia	10-25
d. powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami, martwicą, zmianami troficznymi i innymi	25-40
163) Zesztywnienie stawu skokowego – z obecnością zniekształceń, nieprawidłowym ustawieniem stopy, zmianami statycznie – dynamicznymi, w zależności od ustawienia stopy, zmian wtórnych i powikłań:	
a. pod kątem zbliżonym do prostego	5-20
b. w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych	20-30
c. w ustawieniach niekorzystnych z dużymi zmianami i powikłaniami	30-40
164) Złamania kości piętowej lub skokowej z przemieszczeniem, zniekształceniem i innymi zmianami wtórnymi:	
a. niewielkie zmiany	1-10
b. średnie zmiany	10-20
c. duże zmiany z częściową utratą kości	20-30
165) Utrata kości piętowej lub skokowej w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań	30-40
166) Uszkodzenia kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniami i innymi zmianami wtórnymi:	
a. miernego stopnia – zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych	1-10
b. znacznego stopnia lub innymi powikłaniami – zależnie od wielkości zaburzeń	10-20
167) Złamania kości śródstopia z przemieszczeniem, zniekształceniem stopy:	
a. złamania I lub V kości z wyraźnym przemieszczeniem – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych	1-15
b. złamania II, III lub IV kości śródstopia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych	1-10
c. złamanie trzech i więcej kości śródstopia – w zależności od zaburzeń czynnościowych	10-20
168) Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 167, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-10
169) Inne uszkodzenia stopy powodujące zniekształcenia i blizny powodujące upośledzenie funkcji stopy, w zależności od stopnia upośledzenia	
a. niewielkie zmiany	1-5
b. duże zmiany	5-15
170) Utrata stopy w całości	50
171) Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	40
172) Utrata stopy w stawie Lisfranka	35
173) Utrata stopy w obrębie kości śródstopia – zależnie od rozległości utraty przedstopia i cech kikuta	20-30
174) Utrata paliczka paznokciowego palucha	1-5
175) Utrata całego palucha	7
176) Utrata palucha wraz z kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	10-20
177) Utrata palców II–V w części lub całości – za każdy palec	2
178) Utrata V palca wraz z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia	5-10
179) Utrata palców II–IV z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia, za każdy palec	3-5
180) Inne uszkodzenia i zniekształcenia palców – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	1-5

N. Porażenie lub niedowłady poszczególnych nerwów obwodowych	Prawa	Lewa
181) Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:		
a. nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	5-15	5-15
b. nerwu piersiowego długiego	5-15	5-10
c. nerwu pachowego	10-25	10-20
d. nerwu mięśniowo-skórnego	10-25	5-20
e. nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	15-45	5-35
f. nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki od mięśnia trójgłowego ramienia	10-30	5-25
g. nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	5-25	5-15
h. nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	5-15	1-10
i. nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	10-40	5-30
j. nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka	5-25	5-15
k. nerwu łokciowego	10-30	5-20
l. splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	25-45	10-20
m. splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	25-45	20-40
n. pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1-15	1-15
o. nerwu zasłonowego	5-15	5-15
p. nerwu udowego	10-30	10-30
q. nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	10-20	10-20
r. nerwu sromowego wspólnego	5-25	5-25
s. nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	20-60	20-60
t. nerwu piszczelowego (normę w wysokości ponad 30% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	10-40	10-40
u. nerwu strzałkowego	10-20	10-20
v. splotu lędźwiowo-krzyżowego	40-70	40-70
w. pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	1-10	1-10
Uwaga: Według pozycji 181 oceniane są tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadkach współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych stosowana jest ocena według pozycji dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych.		
182) Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną – w zależności od stopnia zmian troficznych i nasilenia bólów	30-50	30-50

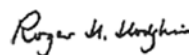
Niniejsza Tabela uszczerbków na zdrowiu została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO:**NA WYPADEK POWAŻNEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO****NA WYPADEK POWAŻNEJ OPERACJI DZIECKA****KATALOG POWAŻNYCH OPERACJI****(KOD WLF_MMO_CMMO_12.2021)**

1. Niniejszy katalog stosuje się dla osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Poważnej operacji Ubezpieczonego oraz Umowy dodatkowej na wypadek Poważnej operacji Dziecka.
2. Wskazane w katalogu kategorie A,B,C,D i E określają % Sumy ubezpieczenia, jaki przysługuje z tytułu Poważnej operacji Ubezpieczonego i Poważnej operacji Dziecka, zgodnie z poniższym:
 - 1) kategoria A – 100% Sumy ubezpieczenia;
 - 2) kategoria B – 80% Sumy ubezpieczenia;
 - 3) kategoria C – 60% Sumy ubezpieczenia;
 - 4) kategoria D – 40% Sumy ubezpieczenia;
 - 5) kategoria E – 20% Sumy ubezpieczenia.

Lp.	Operacje układu nerwowego	Kategoria
1)	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	A
2)	Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	B
3)	Stereotaktyczna abłacja tkanki mózgowej	D
4)	Drenaż zmiany w tkance mózgowej	B
5)	Neurostymulacja mózgu	B
6)	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	C
7)	Rewizja wentrykulostomii	C
8)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne na komorach mózgowych	C
9)	Zabiegi dotyczące przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	B
10)	Przeszczep nerwu czaszkowego (odcinek wewnątrzczaszkowy)	B
11)	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwów czaszkowych	A
12)	Pozaczaszkowe wycięcie nerwu błędnego	B
13)	Pozaczaszkowe wycięcie innego nerwu czaszkowego	B
14)	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego	C
15)	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	C
16)	Wewnątrzczaszkowe stereotaktyczne uwolnienie nerwu czaszkowego	B
17)	Neurostymulacja nerwu czaszkowego	C
18)	Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	B
19)	Operacja naprawcza opony twardej	A
20)	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	A
21)	Drenaż przestrzeni podoponowej	A
22)	Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	A
23)	Inne operacje rdzenia kręgowego	C
24)	Wycięcie zmiany opon rdzeniowych	D
25)	Operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych	C
26)	Wszczepienie neurostymulatora rdzenia kręgowego	D
27)	Wycięcie nerwu obwodowego	D
28)	Zniszczenie nerwu obwodowego	D
29)	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	D
30)	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	C
31)	Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	C
32)	Operacje naprawcze nerwu współczulnego	D

33)	Biopsja stereotaktyczna mózgu	D
34)	Kraniotomia z usunięciem krwaka śródmózgowego	B
35)	Kraniotomia z usunięciem krwaka nadwardówkowego	C
36)	Kraniotomia z usunięciem krwaka podwardówkowego	C
37)	Kraniotomia z usunięciem ciała obcego z czaszki	C
38)	Wycięcie zmiany w obrębie pnia mózgu	B
39)	Usunięcie zmiany w obrębie mózdzku	B
40)	Sympatektomia szyjna	C
41)	Sympatektomia lędźwiowa	D
Lp.	Operacje układu dokrewnego oraz gruczołu sutkowego	Kategoria
42)	Całkowite wycięcie tarczycy (tyroidektomia)	D
43)	Częściowe wycięcie tarczycy (strumektomia)	E
44)	Operacje dotyczące nieprawidłowo umiejscowionej tkanki tarczycy	C
45)	Operacje dotyczące przewodu tarczowo-językowego	C
46)	Wycięcie przytarczyc(y)	D
47)	Wycięcie grasicy	D
48)	Torakoskopowe wycięcie grasicy	E
49)	Wycięcie nadnercza	C
50)	Obustronne wycięcie nadnerczy	B
51)	Operacje dotyczące nieprawidłowej tkanki nadnercza	C
52)	Inne operacje nadnercza	D
53)	Jednostronna całkowita amputacja sutka	D
54)	Obustronna całkowita amputacja sutka	C
55)	Częściowe usunięcie sutka (kwadrantektomia, BCT)	D
56)	Operacje rekonstrukcyjne sutka/sutków	D
57)	Operacje na przewodach mlekośnych sutka	E
58)	Operacje brodawki sutkowej	E
59)	Wycięcie przysadki	C
60)	Zniszczenie przysadki	C
61)	Inne operacje przysadki	C
62)	Operacje szyszynki	B
Lp.	Operacje oka	Kategoria
63)	Wypatroszenie oczodołu	B
64)	Usunięcie oka (gałki ocznej) – enukleacja	D
65)	Wycięcie zmiany w obrębie oczodołu	D
66)	Wszczepienie protezy oka	D
67)	Rewizja protezy oka	D
68)	Plastyczna operacja naprawcza oczodołu	C
69)	Dekompresja oczodołu/oczodołów	D
70)	Operacyjne zaopatrzenie pękniętej gałki ocznej	C
71)	Połączone operacje mięśni oka	C
72)	Cofnięcie mięśnia oka	D
73)	Wycięcie mięśnia oka	D
74)	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia oka	D
75)	Zeszycie rogówki	E
76)	Przeszczep rogówki	D
77)	Wycięcie zmiany w obrębie twardówki	D

78)	Operacje odklejającej się siatkówki z klamrowaniem	E
79)	Wycięcie tęczówki	D
80)	Wycięcie zmiany tęczówki	E
81)	Operacje filtrujące tęczówki	C
82)	Wycięcie ciała rzęskowego	D
83)	Wycięcie zmiany ciała rzęskowego	E
84)	Zewnątrztorebkowe wycięcie soczewki (metoda klasyczna, chirurgiczna)	D
85)	Wewnątrztorebkowe wycięcie soczewki (metoda klasyczna, chirurgiczna)	D
86)	Operacje ciała szklстого	C
87)	Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	E
88)	Zniszczenie zmiany siatkówki	D
89)	Korekta deformacji powieki	E
90)	Operacje gruczołu łzowego	E
91)	Zespolecie dróg łzowych z jamą nosową	E
Lp.	Operacje laryngologiczne	Kategoria
92)	Wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego	B
93)	Operacja naprawcza wyrostka sutkowatego	D
94)	Całkowite wycięcie ucha zewnętrznego	D
95)	Operacje naprawcze błony bębenkowej	E
96)	Drenaż ucha środkowego	E
97)	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	B
98)	Wycięcie zmiany ucha środkowego	D
99)	Operacja aparatu przedsionkowego	C
100)	Operacja ślimaka	E
101)	Wszczeplenie protezy ślimaka	D
102)	Amputacja (resekcja) nosa	C
103)	Operacje zatoki szczękowej z dostępu podwargowego (nieendoskopowe)	D
104)	Operacje (nieendoskopowe) zatoki czołowej	D
105)	Operacje (nieendoskopowe) zatoki klinowej	D
106)	Operacje (nieendoskopowe) komórek sitowych	D
107)	Operacje (nieendoskopowe) niewyszczególnionej zatoki przynosowej	E
108)	Wycięcie gardła	B
109)	Wycięcie zmiany gardła	E
110)	Operacje naprawcze gardła	C
111)	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe gardła	E
112)	Wycięcie krtani	C
113)	Wycięcie częściowe krtani	D
114)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie krtani	D
115)	Odtworzenie krtani	B
116)	Endoskopowe zabiegi mikroterapeutyczne w obrębie krtani	E
117)	Przeszczep krtani	A
118)	Wycięcie strun głosowych	C
Lp.	Operacje układu oddechowego	Kategoria
119)	Częściowe wycięcie tchawicy	A
120)	Operacje plastyczne tchawicy	C
121)	Operacja przetoki tchawicy	C
122)	Otwarta implantacja protezy tchawicy	C

123)	Wyłonienie tchawicy (tracheostomia z wyłączeniem czasowej tracheostomii)	D
124)	Otwarte operacje ostrogi tchawicy	C
125)	Częściowe wycięcie oskrzela	C
126)	Całkowite wycięcie oskrzela	B
127)	Endofiberoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dolnych dróg oddechowych	E
128)	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w obrębie dolnych dróg oddechowych z użyciem bronchoskopu	E
129)	Przeszczep płuca	A
130)	Całkowite wycięcie płuca	B
131)	Usunięcie części płuca	D
132)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie płuca	B
133)	Otwarte operacje śródpiersia	D
134)	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu	E
Lp.	Operacje jamy ustnej	Kategoria
135)	Wycięcie języka	C
136)	Wycięcie zmiany w obrębie języka	E
137)	Wycięcie zmiany w obrębie podniebienia miękkiego	E
138)	Wycięcie zmiany w obrębie podniebienia twardego	E
139)	Korekcja zniekształcenia podniebienia	D
140)	Wycięcie zmiany w obrębie innych części jamy ustnej	E
141)	Odtworzenie innej części jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	D
142)	Wycięcie ślinianki	D
143)	Wycięcie zmiany w obrębie ślinianki	E
144)	Przemieszczenie przewodu ślinianki (przeszczepienie ujścia przewodu ślinianki)	D
145)	Otwarte usunięcie kamienia z przewodu ślinianki	E
146)	Podwiązanie przewodu ślinianki	E
147)	Poszerzenie przewodu ślinianki	E
148)	Zamknięcie przetoki ślinowej	E
149)	Wycięcie języczka	E
Lp.	Operacje górnego odcinka przewodu pokarmowego	Kategoria
150)	Wycięcie przełyku i żołądka	A
151)	Całkowite wycięcie przełyku	A
152)	Częściowe wycięcie przełyku	C
153)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie przełyku	C
154)	Zespolenie omijające przełyku	B
155)	Rewizja zespolenia przełykowego	C
156)	Operacja naprawcza przełyku	C
157)	Wytworzenie przetoki przełykowej	C
158)	Nacięcie przełyku	E
159)	Otwarte operacje żylaków przełyku	C
160)	Otwarta implantacja protezy przełyku	C
161)	Wytworzenie sztucznego przełyku	C
162)	Fiberoendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie przełyku	E
163)	Usunięcie zmiany w obrębie przełyku przy użyciu sztywnego endoskopu	E
164)	Operacja antyrefluksowa przełyku	D
165)	Całkowite wycięcie żołądka	A
166)	Częściowe wycięcie żołądka	B
167)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie żołądka	C

168)	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	C
169)	Zespolenie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym	C
170)	Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii)	C
171)	Operacje wrzodu żołądka	C
172)	Nacięcie odźwiernika	D
173)	Zszycie pękniętej ściany żołądka	E
174)	Fiberoendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego	E
175)	Wycięcie dwunastnicy	C
176)	Otwarte usunięcie zmiany w obrębie dwunastnicy	B
177)	Zespolenie omijające dwunastnicę	C
178)	Operacje wrzodu dwunastnicy	C
179)	Zszycie pękniętej ściany dwunastnicy	E
180)	Wagotomia choroby wrzodowej	D
181)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dwunastnicy	E
182)	Wycięcie jelita czczego	C
183)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita czczego	C
184)	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomii)	C
185)	Zespolenie omijające jelito czcze	C
186)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita czczego	E
187)	Wycięcie jelita krętego	C
188)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita krętego	C
189)	Zespolenie omijające jelito kręte	C
190)	Rewizja zespolenia jelita krętego	C
191)	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)	C
192)	Rewizja przetoki jelita krętego (ileostomii)	C
193)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita krętego	E
194)	Zszycie rozerwanego jelita cienkiego	E
195)	Operacje przepukliny przeponowej	C
Lp.	Operacje dolnego odcinka przewodu pokarmowego	Kategoria
196)	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	A
197)	Całkowite wycięcie okrężnicy	B
198)	Usunięcie części okrężnicy	D
199)	Wycięcie odbytnicy	B
200)	Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	D
201)	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	E
202)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie okrężnicy	C
203)	Zespolenie omijające okrężnicę	C
204)	Wyłonienie kątnicy (cekostomia)	C
205)	Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu	C
206)	Mnogie resekcje segmentalne jelita grubego	C
207)	Zszycie rozerwanego jelita grubego	E
208)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie odbytnicy	C
209)	Ufiksowanie odbytnicy z powodu jej wypadania	D
210)	Przezwieraczowe operacje odbytnicy	D
211)	Operacje z powodu wypadania odbytnicy z dostępu przez krocze	C
212)	Usunięcie odbytu	B
213)	Operacja naprawcza odbytu	E

214)	Wycięcie prawej połowy okrężnicy	B
215)	Wycięcie poprzecznicy	B
216)	Wycięcie lewej połowy okrężnicy	B
217)	Wycięcie esicy	B
218)	Przeszczep mięśnia smukłego	E
Lp.	Operacje innych narządów jamy brzusznej	Kategoria
219)	Przeszczep wątroby	A
220)	Całkowite usunięcie wątroby	B
221)	Częściowe otwarte wycięcie wątroby	D
222)	Usunięcie zmiany wątroby	E
223)	Operacja naprawcza wątroby	B
224)	Zabiegi terapeutyczne w obrębie wątroby przy użyciu laparoskopu	E
225)	Transluminalne (śródnaczyniowe) zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby	D
226)	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	E
227)	Cholecystostomia	E
228)	Przeziernikowe zabiegi terapeutyczne dotyczące pęcherzyka żółciowego	E
229)	Wycięcie przewodu żółciowego	C
230)	Wycięcie zmiany w obrębie przewodu żółciowego	C
231)	Zespolenie przewodu wątrobowego	C
232)	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	C
233)	Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego	C
234)	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	C
235)	Operacje zwieracza Oddiego metodą otwartą	E
236)	Endoskopowe wsteczne protezowanie dróg trzustkowych	E
237)	Wycięcie brodawki Vatera	D
238)	Przeziernikowa rewizja zespolenia dróg żółciowych	D
239)	Przeziernikowa implantacja protezy dróg żółciowych	D
240)	Zabiegi terapeutyczne w obrębie dróg żółciowych z dostępu przez dren T	D
241)	Przeszczep trzustki	A
242)	Całkowite wycięcie trzustki	B
243)	Jednoczasowe wycięcie trzustki i dwunastnicy (operacja Whipple'a)	A
244)	Wycięcie głowy trzustki	B
245)	Wycięcie zmiany w obrębie trzustki	D
246)	Zespolenie przewodu trzustkowego	B
247)	Otwarty drenaż zmiany w obrębie trzustki	C
248)	Przeziernikowe zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki	E
249)	Całkowite wycięcie śledziony	D
250)	Wycięcie zmiany w obrębie śledziony	E
Lp.	Operacje serca	Kategoria
251)	Przeszczep serca i płuc	A
252)	Przeszczep serca	A
253)	Zamknięcie kanału przedsionkowo-komorowego	A
254)	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej	B
255)	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzykomorowej	B
256)	Zamknięcie ubytku w nieokreślonej przegrodzie serca	C
257)	Operacje przegrody serca wykonywane bez otwierania serca	B
258)	Zabiegi terapeutyczne dotyczące przegrody serca wykonywane od strony jam serca	B

259)	Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem wstawki z zastawką	A
260)	Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem innej wstawki	A
261)	Plastyka przedsionka serca	A
262)	Walwuloplastyka mitralna	C
263)	Walwuloplastyka aortalna	C
264)	Plastyka zastawki trójdzielnej	C
265)	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	C
266)	Plastyka nieokreślonej zastawki serca	C
267)	Rewizja plastyki zastawki serca	C
268)	Otwarta walwulotomia	A
269)	Zamknięta walwulotomia	B
270)	Zabiegi terapeutyczne dotyczące zastawki serca z dostępu od strony światła serca	B
271)	Usunięcie zwężenia w obrębie struktur towarzyszących zastawce serca	B
272)	Pomostowanie aortalno-wieńcowe z użyciem własnego naczynia	C
273)	Pomostowanie aortalno-wieńcowe z użyciem obcej tkanki (allograficzne)	C
274)	Pomostowanie tętnicy wieńcowej z użyciem protezy naczyniowej	C
275)	Pomostowanie tętnica piersiowa wewnętrzna-tętnica wieńcowa	C
276)	Operacja naprawcza tętnicy wieńcowej	C
277)	Operacja tętniaka tętnicy wieńcowej	C
278)	Przeżyłowa angioplastyka wieńcowa	D
279)	Otwarte zabiegi operacyjne dotyczące układu bodźcoprzewodzącego serca	A
280)	Wycięcie osierdzia	A
281)	Drenaż osierdzia	B
282)	Przecięcie osierdzia	E
283)	Operacje złożonych wad wielkich naczyń serca wykonywane przy otwartym sercu	A
284)	Operacja przetrwałego przewodu tętniczego wykonywana przy otwartym sercu	A
285)	Operacje mięśni brodawkowatych serca	C
286)	Operacje nici ścięgnistych serca	C
287)	Operacje beleczek mięśniowych serca	D
288)	Wycięcie tętniaka serca	B
289)	Wszczepienie sztucznego serca	A
Lp.	Operacje naczyń krwionośnych	Kategoria
290)	Wytworzenie zespolenia naczyniowego tętnicy płucnej z aortą z użyciem wstawki naczyniowej	A
291)	Wytworzenie połączenia naczyniowego tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową z użyciem protezy naczyniowej	A
292)	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	A
293)	Zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej wykonywane od strony światła naczynia	B
294)	Nieanatomiczne pomostowanie aorty	A
295)	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty wykonywana z nagłych wskazań	A
296)	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty wykonywana z innych wskazań	B
297)	Rewizja protezy aortalnej	B
298)	Plastyczna operacja naprawcza aorty	B
299)	Zabiegi operacyjne aorty wykonywane od strony światła aorty	B
300)	Operacja naprawcza tętnicy szyjnej	A
301)	Zabiegi operacyjne tętnicy szyjnej wykonywane od strony światła tętnicy szyjnej	B
302)	Operacje tętniaka tętnicy mózgowej	A
303)	Zabiegi operacyjne tętnicy mózgowej wykonywane od strony światła tętnicy mózgowej	B
304)	Odtworzenie tętnicy podobojczykowej	A

305)	Zabiegi operacyjne tętnicy podobojczykowej wykonywane od strony światła tętnicy podobojczykowej	C
306)	Endarterektomia tętnicy kończyn górnych	D
307)	Odtworzenie tętnicy nerkowej	A
308)	Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej wykonywane od strony światła tętnicy nerkowej	C
309)	Odtworzenie innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	A
310)	Zabiegi operacyjne innych gałęzi aorty brzusznej wykonywane od strony światła tych naczyń	B
311)	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z nagłych wskazań	A
312)	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z innych wskazań	B
313)	Odtworzenie tętnicy biodrowej	A
314)	Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane od strony światła tętnicy biodrowej	C
315)	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z nagłych wskazań	B
316)	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z innych wskazań	C
317)	Odtworzenie tętnicy udowej	B
318)	Zabiegi operacyjne tętnicy udowej wykonywane od strony światła tętnicy udowej	D
319)	Endarterektomia tętnicy kończyn dolnych	D
320)	Rewizja odtworzonej tętnicy	C
321)	Operacje na żyłę główną	D
322)	Operacje w układzie żyły wrotnej	D
323)	Otwarte usunięcie skrzepliny z żyły	E
Lp.	Operacje układu moczowego	Kategoria
324)	Przeszczep nerki	A
325)	Całkowite wycięcie nerki	B
326)	Obustronne jednoczasowe wycięcie nerek	A
327)	Częściowe wycięcie nerki	D
328)	Wycięcie zmiany w nerce	D
329)	Otwarta naprawcza operacja nerki	C
330)	Umocowanie lub podwieszenie nerki nadmiernie ruchomej	D
331)	Nacięcie nerki	E
332)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące kamieni nerkowych	E
333)	Zabiegi terapeutyczne w obrębie nerek z dostępu przez nefrostomię	E
334)	Wycięcie moczowodu	C
335)	Częściowe wycięcie moczowodu	E
336)	Odprowadzenie moczu przez przetokę	E
337)	Ponowne wszczepienie moczowodu	C
338)	Operacja naprawcza moczowodu	D
339)	Protezowanie moczowodu	E
340)	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą nefroskopii	E
341)	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	E
342)	Operacje ujścia moczowodu	D
343)	Umocowanie moczowodu	E
344)	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	B
345)	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	C
346)	Powiększenie pęcherza moczowego	B
347)	Endoskopowe powiększenie pęcherza	D
348)	Otwarty drenaż pęcherza moczowego	D
349)	Wycięcie zmiany pęcherza moczowego metodą endoskopową	E
350)	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu przezpochwowego	D

351)	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu brzuszego	D
352)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego	E
353)	Otwarte wycięcie gruczołu krokowego	C
354)	Endoskopowe wycięcie gruczołu krokowego	E
355)	Nacięcie i opróżnienie ropnia stercza	E
356)	Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego	E
357)	Wycięcie cewki moczowej	C
358)	Operacja naprawcza cewki moczowej	D
359)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	E
360)	Operacje ujścia cewki moczowej	E
361)	Wszczepienie elektronicznego stymulatora pęcherza moczowego	E
262)	Operacyjne leczenie nietrzymania moczu	D
363)	Usunięcie kamienia z układu moczowego	E
Lp.	Operacje narządów płciowych	Kategoria
364)	Wycięcie moszny	D
365)	Obustronne wycięcie jąder	C
366)	Jednostronne wycięcie jądra	E
367)	Wycięcie zmiany w obrębie jądra	E
368)	Obustronna implantacja jąder do moszny	C
369)	Obustronne sprowadzenie jąder	E
370)	Proteza jądra	D
371)	Operacja wodniaka jądra	E
372)	Wycięcie najądrza	E
373)	Operacje najądrza	E
374)	Wycięcie nasieniowodu	E
375)	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	D
376)	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	D
377)	Operacje pęcherzyków nasiennych	D
378)	Amputacja prącia	C
379)	Usunięcie zmiany prącia	E
380)	Protezowanie prącia	D
381)	Usunięcie sromu	C
382)	Operacja naprawcza sromu	E
383)	Wycięcie zmiany w obrębie krocza	E
384)	Wycięcie pochwy	E
385)	Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych	E
386)	Wycięcie zmiany w obrębie pochwy	E
387)	Operacja plastyczna pochwy	E
388)	Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	D
389)	Operacja naprawcza sklepienia pochwy	E
390)	Operacje zatoki Douglasa	E
391)	Amputacja szyjki macicy	E
392)	Brzuszne wycięcie macicy	C
393)	Przezpochwowe wycięcie macicy	C
394)	Usunięcie mięśniaków macicy metodą otwartą	E
395)	Obustronne wycięcie przydatków macicy	C
396)	Jednostronne wycięcie przydatków macicy	E

397)	Częściowe wycięcie jajowodu	E
398)	Implantacja protezy jajowodu	E
399)	Otwarte obustronne zamknięcie światła jajowodów	E
400)	Nacięcie jajowodu	E
401)	Operacje strzępków jajowodu	E
402)	Częściowe wycięcie jajnika	E
403)	Otwarte zniszczenie zmiany w obrębie jajnika	E
404)	Operacja naprawcza jajnika	E
405)	Operacje więzadła szerokiego macicy	E
Lp.	Operacje tkanek miękkich	Kategoria
406)	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	B
407)	Odtworzenie ściany klatki piersiowej	B
408)	Otwarte wycięcie opłucnej	B
409)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	E
410)	Operacja naprawcza pęknięcia przepony	C
411)	Operacja przepukliny przeponowej	D
412)	Plikacja przepony	D
413)	Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej	E
414)	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	E
415)	Operacja przepukliny pępkowej	E
416)	Pierwotna operacja przepukliny udowej	E
417)	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	E
418)	Pierwotna operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
419)	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
420)	Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	E
421)	Otwarte wycięcie zmiany otrzewnej	D
422)	Otwarty drenaż otrzewnej	C
423)	Operacje sieci większej	C
424)	Operacje krezki jelita cienkiego	C
425)	Operacje krezki okrężnicy	C
426)	Operacje dotyczące otrzewnej ściennej tylnej ściany brzucha	D
427)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne otrzewnej	E
428)	Przeszczep powięzi	E
429)	Wycięcie powięzi brzucha	E
430)	Wycięcie innej powięzi	E
431)	Wycięcie zmiany w obrębie powięzi	E
432)	Rozdzielenie powięzi	E
433)	Uwolnienie powięzi	E
434)	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	E
435)	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	E
436)	Przemieszczenie ścięgna	E
437)	Wycięcie ścięgna	E
438)	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	E
439)	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	E
440)	Zmiana długości ścięgna	E
441)	Wycięcie pochewki ścięgna	E
442)	Przeszczep mięśni	C

443)	Wycięcie mięśnia	E
444)	Operacja naprawcza mięśnia (z wyłączeniem prostego szcicia mięśnia)	E
445)	Uwolnienie przykurczu mięśnia	E
446)	Operacje kaletki maziowej	E
447)	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	E
448)	Drenaż zmiany węzła chłonnego	E
449)	Operacje przewodu limfatycznego	B
450)	Operacje kieszonki skrzelowej	D
451)	Wycięcie torbieli bocznej szyi	D
452)	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	E
453)	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	D
454)	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	E
455)	Przeszczep skóry owłosionej w obrębie czaszki	E
Lp.	Operacje kości i stawów	Kategoria
456)	Plastyka czaszki	D
457)	Otwarcie czaszki	C
458)	Podniesienie złamanego fragmentu czaszki	E
459)	Wycięcie kości twarzoczaszki	D
460)	Wycięcie zmiany kości twarzoczaszki	E
461)	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	C
462)	Nastawienie złamania innej kości twarzy metodą otwartą	D
463)	Rozdzielenie kości twarzy	D
464)	Stabilizacja kości twarzy	D
465)	Przeszczep kostny kości twarzy	C
466)	Całkowite wycięcie żuchwy	B
467)	Częściowe wycięcie żuchwy	E
468)	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	D
469)	Rozdzielenie żuchwy	B
470)	Stabilizacja żuchwy	C
471)	Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	C
472)	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	C
473)	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	C
474)	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	D
475)	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	D
476)	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	D
477)	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	D
478)	Odbarczenie rdzenia kręgowego w nieokreślonym odcinku (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	B
479)	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	C
480)	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	C
481)	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	D
482)	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	C
483)	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	D
484)	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	D
485)	Wycięcie krążka międzykręgowego w nieokreślonym odcinku	D
486)	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	B

487)	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w innym odcinku	C
488)	Rewizja zespolenia kręgów (artrodezy)	C
489)	Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	C
490)	Wycięcie zmiany kręgosłupa	D
491)	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	C
492)	Stabilizacja złamania kręgosłupa metodą otwartą	C
493)	Całkowite wycięcie kości	D
494)	Usunięcie fragmentu kości	D
495)	Wycięcie kości ektopowej	E
496)	Wycięcie zmiany w obrębie kości	E
497)	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	D
498)	Rozdzielenie trzonu kości	D
499)	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	D
500)	Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości	D
501)	Drenaż kości	E
502)	Całkowita rekonstrukcja kciuka	D
503)	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	E
504)	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	E
505)	Rozdzielenie kości stopy	D
506)	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	E
507)	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	E
508)	Pierwotne otwarte nastawienie śródstawowego złamania kości	B
509)	Wtórne otwarte nastawienie złamania kości	D
510)	Stabilizacja oddzielonej nasady kości	C
511)	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu złamania kości	D
512)	Całkowita cementowa protezoplastyka stawu biodrowego	D
513)	Całkowita bezcementowa protezoplastyka stawu biodrowego	D
514)	Całkowita cementowa protezoplastyka stawu kolanowego	C
515)	Całkowita bezcementowa protezoplastyka stawu kolanowego	C
516)	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	D
517)	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	D
518)	Przeszczep szpiku kostnego	D
Lp.	Inne zabiegi operacyjne	Kategoria
519)	Replantacja kończyny górnej na wysokości ramienia	C
520)	Replantacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	D
521)	Replantacja kciuka	D
522)	Replantacja kończyny dolnej na wysokości uda	C
523)	Replantacja kończyny dolnej na wysokości podudzia	D
524)	Replantacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego	D
525)	Replantacja innego organu	E
526)	Wszczepienie protezy kończyny	C
527)	Transplantacja międzyukładowa	C
528)	Przeszczep całej twarzy	A
529)	Amputacja w zakresie ramienia	C
530)	Amputacja kończyny górnej na wysokości przedramienia	D
531)	Amputacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	D
532)	Amputacja kciuka	E

533)	Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki	B
534)	Amputacja nogi na poziomie uda	C
535)	Amputacja nogi na poziomie podudzia	D
536)	Amputacja stopy	D
537)	Amputacja palucha	E
538)	Amputacja kończyny dolnej z częścią miednicy	B
539)	Operacje w zakresie kikuta po amputacji	D

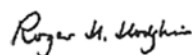
Niniejszy Katalog Poważnych operacji został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK ZABIEGU SPECJALISTYCZNEGO

KATALOG ZABIEGÓW SPECJALISTYCZNYCH

(KOD WLF_MMOE_12.2021)

1. Niniejszy Katalog stosuje się dla osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Zabiegu specjalistycznego.
2. Przez procent Sumy ubezpieczenia określony w Katalogu Zabiegów specjalistycznych rozumie się procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Zabiegu specjalistycznego zwany dalej „% Sumy ubezpieczenia”.

Lp.	Układ krążenia	% Sumy ubezpieczenia
1)	Embolizacja naczynia	50
2)	Ablacja dodatkowej drogi przewodzenia w sercu	30
3)	Wszczepienie rozrusznika serca	30
4)	Wszczepienie kardiowertera – defibrylatora	50
5)	Kardiowersja przedsionków	30
6)	Zamknięcie uszka lewego przedsionka serca	50
7)	Wprowadzenie filtra do żyły głównej	30
8)	Zabiegi wewnątrznaczyniowe na tętnicach / żyłach (z wyłączeniem tętnic wieńcowych)	30
9)	Żylaki kończyn dolnych (w zależności od metody):	
	a. Skleroterapia (wstrzyknięcie substancji obliterującej), podwiązanie	10
	b. Laseroterapia / ablacja żył	10
	c. Wycięcie chirurgiczne	50
10)	Żylaki odbytu (w zależności od metody):	
	a. Podwiązanie	10
	b. Skleroterapia (wstrzyknięcie substancji obliterującej) / działanie prądu / temperatury	10
	c. Wycięcie chirurgiczne	50
Lp.	Układ oddechowy	% Sumy ubezpieczenia
11)	Septoplastyka nosa	10
12)	Polipektomia nosa	10
13)	Endoskopowa operacja zatoki szczękowej	30
14)	Drenaż ropniaka opłucnej	50
15)	Pleurodeza (obliteracja opłucnej)	30
Lp.	Ortopedia	% Sumy ubezpieczenia
16)	Zabiegi artroskopowe (rekonstrukcyjne, usuwanie nadmiaru tkanek, synowektomia)	30
17)	Wycięcie ganglionu dołu podkolanowego	30
18)	Wycięcie ganglionu w obrębie kończyny górnej	30
19)	Wycięcie kaletki łokciowej lub kolanowej	30
20)	Wycięcie kaletki z korekcją palucha koślawego i zniekształceń innych palców (tylko tkanki miękkie)	30
21)	Korekcja palca młotkowatego stopy	10
22)	Korekcja palca szponiastego stopy	10
23)	Leczenie operacyjne zespołu cieśni nadgarstka	30
24)	Leczenie operacyjne zespołu kanału nerwu łokciowego	30
25)	Leczenie operacyjne zespołu kanału Guyona	30
Lp.	Gastrologia	% Sumy ubezpieczenia
26)	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	50
27)	Leczenie chirurgiczne przetoki odbytu (wycięcie/nacięcie przetoki)	30
28)	Wycięcie szczeliny odbytu, z nacięciem zwieracza odbytu (sfinkterotomią) lub bez	50

Lp.	Układ rozrodczy	% Sumy ubezpieczenia
29)	Konizacja szyjki macicy	10
30)	Nacięcie gruczołu Bartholina wraz z marsupializacją	30
31)	Wyluszczenie gruczołu Bartholina	30
32)	Usuwanie polipów narządu rodnego	30
33)	Elektroresekcja zmiany szyjki macicy	10
34)	Histeroskopowe usunięcie polipa	30
35)	Wyłyżczkowanie frakcjonowane kanału szyjki i jamy macicy	10
36)	Endoskopowe zabiegi w macicy	50
37)	Laparoskopowe wyluszczenie mięśniaków macicy	50
38)	Cięcie cesarskie	30
Lp.	Układ moczowy	% Sumy ubezpieczenia
39)	Cystoskopia / ureteroskopia diagnostyczna	30
40)	Pozaustrójowa litotrypsja nerki/ moczowodu/ pęcherza	30
41)	Dializa otrzewnowa	30
Lp.	Chirurgia	% Sumy ubezpieczenia
42)	Wycięcie torbieli włosowej	10
43)	Wycięcie guza w obrębie tkanek miękkich	10
44)	Laparotomia zwiadowcza	50
Lp.	Okulistyka	% Sumy ubezpieczenia
45)	Zwniętrzotrebkowe usunięcie zaćmy przy użyciu ultradźwięków lub lasera z wprowadzeniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej (procedura jednoetapowa)	30
46)	Trabekuloplastyka laserowa, jedna lub więcej sesji (zdefiniowany cykl leczenia)	10
47)	Laserowa korekcja wady wzroku	10
48)	Wycięcie skrzydlika	10
Lp.	Laryngologia	% Sumy ubezpieczenia
49)	Nacięcie błony bębenkowej	10
50)	Usunięcie migdałków	30

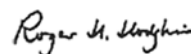
Niniejszy Katalog Zabiegów specjalistycznych został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

**ZAŁĄCZNIK NR 3 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA
DOTYCZĄCEGO REFUNDACJI KOSZTÓW LECZENIA DZIECKA
W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

TABELA PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH

(KOD WLF_CCC_12.2021)

Niniejszą tabelę stosuje się dla osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej refundacji kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

1. PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE

Lp.	Wyszczególnienie
Protezy kończyn dolnych	
Protezy kończyn dolnych przy amputacji w obrębie stopy	
1)	Protezowa wkładka do buta uzupełniająca stopę po amputacji palców
2)	Proteza uzupełniająca stopę: skórzana albo z tworzywa sztucznego
3)	Proteza ze stawem skokowym albo bez stawu skokowego przy amputacji wg Lisfranca lub Choparta: skórzana albo z tworzywa sztucznego
Protezy kończyn dolnych przy amputacji w obrębie podudzia	
4)	Proteza ze stawem skokowym albo bez przy amputacji wg Pirogowa lub Syme'a: skórzana albo z tworzywa sztucznego
5)	Proteza podudzia: skórzana albo z tworzywa sztucznego, albo drewniana, albo z innych materiałów niewymienionych, z tulejką uda ze skóry, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
6)	Proteza podudzia tymczasowa: z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
7)	Proteza podudzia: skórzana albo drewniana, albo z tworzywa sztucznego, albo modularna, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
Protezy kończyn dolnych przy amputacji w obrębie uda	
8)	Proteza uda przy amputacji wg Grittiiego lub wyluszczenia w stawie kolanowym: skórzana albo drewniana, albo z tworzywa sztucznego, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
9)	Proteza uda tymczasowa: z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
10)	Proteza uda: drewniana albo z tworzywa sztucznego, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
11)	Proteza uda z lejem kikutowym skórzany: goleń i kolano drewniane albo goleń i kolano z tworzywa sztucznego, albo goleń ze skóry, albo z drewna, albo z tworzywa, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
12)	Proteza uda modularna: z miękkim pokryciem ciałaopodobnym albo proteza wykonana z innych niewymienionych materiałów, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
13)	Proteza uda szczudłowa
Protezy kończyn dolnych przy pełnej amputacji w obrębie uda (wyluszczenie w stawie biodrowym)	
14)	Proteza przy wyluszczeniu w stawie biodrowym: typ kanadyjski albo konwencjonalny, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
15)	Proteza tymczasowa przy wyluszczeniu w stawie biodrowym: stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
16)	Kosz biodrowy przy obustronnym wyluszczeniu w stawach biodrowych: skórzany albo z tworzywa sztucznego, z uchwytami dla kończyn górnych
17)	Protezowe wyrównanie skrętu kończyny dolnej: stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH, z zawieszeniem lub bez
Wyposażenie dodatkowe do protez kończyn dolnych	
18)	Pończocha kikutowa – przy amputacji w obrębie stopy
19)	Pończocha kikutowa – przy amputacji podudzia
20)	Pończocha kikutowa – przy amputacji uda
21)	Pończocha kikutowa albo majteczki przy jednostronnej pełnej amputacji kończyny dolnej albo majteczki przy obustronnej pełnej amputacji kończyn dolnych

Protezy kończyn górnych	
22)	Proteza kosmetyczna części ręki
23)	Proteza kosmetyczna przedramienia: skórzana albo z tworzywa sztucznego, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
24)	Proteza kosmetyczna przedramienia: z elementów modularnych, z miękkim pokryciem ciała podobnym, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
25)	Proteza kosmetyczna przedramienia: skórzana albo z tworzywa sztucznego, z tulejką ramienia, z dłonią protezową
26)	Proteza kosmetyczna przedramienia: z elementów modularnych, z tulejką ramienia, z miękkim pokryciem ciała podobnym, z dłonią protezową
27)	Proteza kosmetyczna ramienia: z elementów modularnych, z miękkim pokryciem ciała podobnym, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
28)	Proteza kosmetyczna ramienia: skórzana albo z tworzywa sztucznego, lej ze skóry albo z tworzywa, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
29)	Proteza kosmetyczna całej kończyny górnej: ze stawem barkowym albo bez stawu barkowego, skórzana albo z tworzywa sztucznego, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
30)	Proteza kosmetyczna całej kończyny górnej: ze stawem barkowym albo bez stawu barkowego, z elementów modularnych, z miękkim pokryciem ciała podobnym, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
31)	Proteza robocza mechaniczna części ręki
32)	Proteza robocza mechaniczna przedramienia: z dłonią protezową, z zawieszeniem
33)	Proteza robocza mechaniczna ramienia: z dłonią protezową, z zawieszeniem
34)	Proteza robocza mechaniczna przy pełnej amputacji kończyny górnej: z dłonią protezową, z zawieszeniem
Wypożyczenie dodatkowe do protez kończyn górnych	
35)	Uchwyty robocze do protez kończyn górnych, np.: hak wieloczynnościowy albo hak dwudzielny
36)	Pończochy kikutowe – przy amputacji przedramienia
37)	Pończochy kikutowe – przy amputacji ramienia
38)	Pończochy kikutowe – przy pełnej amputacji kończyny górnej
Aparaty ortopedyczne na kończyny dolne	
39)	Aparat korekcyjny palucha koślawego
40)	Aparaty odciążająco-korekcyjne dla palców stóp
41)	Szyna spiralna z sandałem: strzałkowa albo piszczelowa
42)	Szyna strzałkowa ze strzemieniem do buta, z podciąganiem sprężynowym lub bez
43)	Aparat na opadającą stopę (stopowo-goleniowy tylny)
44)	Podciąg gumowy zapobiegający opadaniu stopy
45)	Aparat drutowy do kolana z podciąganiem sprężynowym
46)	Aparat na opadającą stopę: z mocowaniem do zapięcia obuwia albo z uchwytem żabkowym za obcas albo z regulowanym podciąganiem stopy
47)	Aparat szynowo-opaskowy na podudzie, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
48)	Aparat tulejkowy na podudzie: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
49)	Tutor unieruchamiający stopę i staw skokowy: skórzany albo z tworzywa sztucznego
50)	Aparat do kolana odciążający z oparciem podrzępkowym, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
51)	Aparat szynowo-opaskowy na całą kończynę dolną: z tulejką uda lub bez, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
52)	Aparat na gołe i udo: szynowo-opaskowy lub tulejkowy, skórzany albo z tworzywa sztucznego
53)	Aparat DAFO
54)	Aparat zapobiegający przeprostowi kolana
55)	Aparat jednoszynowy stabilizujący staw kolanowy
56)	Aparat tulejkowy na całą kończynę dolną: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
57)	Tutor na całą kończynę dolną: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
58)	Aparat odciążający kończynę dolną typu Thomasa: z tulejką uda skórzaną albo z tworzywa sztucznego
59)	Aparat rotujący stopę jednoszynowy sprężynowy
60)	Aparat unieruchamiający staw biodrowy (udowo-biodrowy): szynowo-opaskowy, z tworzywa sztucznego
61)	Łuska na całą kończynę dolną z tworzywa sztucznego, z przegubem albo bez
62)	Łuska na gołe i stopę: z tworzywa sztucznego, z przegubem skokowym albo bez

Wyposażenie dodatkowe do aparatów ortopedycznych na kończyny dolne

63) Pas biodrowy z szyną

64) Niski kosz biodrowy z szyną biodrową

65) Wysoki kosz biodrowy z szyną biodrową

Aparaty ortopedyczne na kończyny górne

66) Aparat korygujący osłabienia wyprostu i odwiedzenia kciuka oraz wyprostu wskaziciela

67) Aparat korygujący osłabienia wyprostu palców ręki

68) Aparat utrzymujący wyprost palców

69) Aparat redresujący: przykurcz wyprostny palca lub przykurcz zgięciowy palca (Capenera)

70) Aparat redresujący: przykurcz wyprostny stawów śródrečno-palcowych lub śródrečno-palcowych i międzypaliczkowych lub przykurcz przywiedzeniowy kciuka

71) Aparat redresujący staw łokciowy

72) Aparat podpórco-stabilizujący nadgarstek, dłoni i palce: podpórco nadgarstka Bunnela albo stabilizujący nadgarstek i podpierający dłoń Hommonda, albo podpórco dłoni i palców z opozycją kciuka – Oppenheimera

73) Aparat korygujący niedowład prostowników nadgarstka i palców

74) Aparat korygujący Lamba

75) Aparat korekcyjny ręki typu: Andersona albo Bunnela, albo Vermoni-Nicella, albo Oppenheimera

76) Aparat na rękę i przedramię wg Engena

77) Aparat na rękę i przedramię wg Swansona albo wg Bunnela, wspomagający zgięcie albo wspomagający wyprost

78) Łuska na dłoń i przedramię: pełna albo trójczęściowa

79) Aparat redresujący radializację ręki: taśmowy albo drutowy

80) Aparat uczynniający palce ze zgięciem grzbietowym nadgarstka

81) Aparat uczynniający palce

82) Aparat do redresji i usprawnienia zginaczy palców

83) Tutor nadgarstka: skórzany albo z tworzywa sztucznego

84) Tutor ustalający nadgarstek z cięgnami sprężynowymi prostującymi palce

85) Szyna na dłoń i przedramię korygująca zniekształcenie ręki: aluminiowa albo z tworzywa sztucznego

86) Aparat na przedramię i ramię: szynowo-opaskowy lub tulejkowy, skórzany albo z tworzywa sztucznego

87) Tutor łokciowy: skórzany albo z tworzywa sztucznego

88) Aparat na ramię i bark ze stawem barkowym albo bez: skórzany albo z tworzywa sztucznego

89) Aparat odwodzący kończynę górną: z zawieszeniem szelkowym albo z zawieszeniem na chomacie albo sprężynowy

90) Szyna odwodząca

91) Szyna elewacyjna

Ortezy kończyny dolnej

92) Orteza korekcyjna palucha koślawego

93) Orteza odciążająco-korekcyjna dla palców stóp

94) Orteza stabilizująca staw skokowy

95) Szyna spiralna z sandałem: strzałkowa albo piszczelowa

96) Szyna strzałkowa ze strzemieniem do buta, z podciągiem sprężynowym albo bez

97) Orteza na opadającą stopę (stopowo-goleniowa tylna)

98) Podciąg gumowy zapobiegający opadaniu stopy

99) Orteza stopowo-goleniowa

100) Aparat drutowy do kolana z podciągiem sprężynowym

101) Orteza na opadającą stopę: z mocowaniem do zapiętki obuwia albo z uchwytem żabkowym za obcas, albo z regulowanym podciągiem stopy

102) Aparat szynowo-opaskowy na podudzie ze strzemieniem do buta albo z sandałem

103) Aparat tulejkowy na podudzie: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemieniem do buta albo z sandałem

104) Orteza unieruchamiająca stopę i staw skokowy: skórzana albo z tworzywa sztucznego

105) Orteza do kolana odciążająca z oparciem podrzępkowym, ze strzemieniem do buta albo z sandałem

106) Aparat szynowo-opaskowy na całą kończynę dolną: z tulejką uda lub bez, ze strzemieniem do buta albo z sandałem

107) Łuska na goleń i stopę: z tworzywa sztucznego z przegubem skokowym albo bez

108)	Orteza stawu kolanowego stabilizująca: z szynami (stalkami), sznurowana lub na rzepy
109)	Orteza stawu kolanowego stabilizująco-korygująca z regulatorem ustawienia zgięcia stawu
110)	Orteza na goleń i udo: szynowo-opaskowa lub tulejkowa, skórzana albo z tworzywa sztucznego
111)	Łuska na całą kończynę dolną: z tworzywa sztucznego, z przegubem albo bez
112)	Szyna nocna na całą kończynę dolną z sandałem korygująca koślawość lub szpotawość kolana
113)	Orteza redresująca staw kolanowy
114)	Orteza rzepki stabilizująca
115)	Orteza zapobiegająca przeprostowi kolana
116)	Orteza jednoszynowa stabilizująca staw kolanowy
117)	Aparat tulejkowy na całą kończynę dolną: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemiem do buta albo z sandałem
118)	Tutor na całą kończynę dolną: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemiem do buta albo z sandałem
119)	Orteza rotująca stopę jednoszynowa sprężynowa
120)	Aparat odciążający kończynę dolną: typu Thomasa, z tulejką uda skórzaną albo z tworzywa sztucznego
121)	Szyna Engelmanna
122)	Szyna Saint-Germaina
123)	Szyna Denis-Browna, bez sandałów albo z sandałkami
124)	Poduszka Frejki
125)	Rozwórka Koszli
126)	Orteza do leczenia dysplazji stawów biodrowych
127)	Pajacyk Grucy
128)	Szyna Ortolaniego
129)	Szelki Grucy albo Pawlika
Ortezy kończyny górnej	
130)	Aparat Stacka
131)	Orteza korygująca kciuk i wskaziciel
132)	Orteza redresująca: przykurcz wyprostny palca lub przykurcz zgięciowy palca (Capenera)
133)	Orteza redresująca: przykurcz wyprostny stawów śródręczno-palcowych lub śródręczno-palcowych i międzypaliczkowych lub przykurcz przywiedzeniowy kciuka
134)	Orteza redresująca staw łokciowy
135)	Orteza podpórczo-stabilizująca nadgarstek, dłoni i palce: podpórcza nadgarstka Bunnela albo stabilizująca nadgarstek i podpierająca dłoń Hommonda, albo podpórcza dłoni i palców z opozycją kciuka – Oppenheimera
136)	Orteza korygująca niedowład prostowników nadgarstka i palców
137)	Orteza korygująca Lamba
138)	Orteza korekcyjna ręki typu: Andersona albo Bunnela, albo Vermoni-Nicella, albo Oppenheimera
139)	Orteza na rękę i przedramię wg Engena albo łuska śródręczna, albo łuska z szyną przedramienia, albo łuska z wysięgnikiem i podciągami palców
140)	Orteza na rękę i przedramię: wg Swansona albo wg Bunnela wspomagająca zgięcie albo wspomagająca wyprost
141)	Łuska na dłoń i przedramię: pełna albo trójczęściowa
142)	Orteza redresująca radializację ręki: taśmowa albo drutowa
143)	Łuska grzbietowa dłoni i przedramienia z cięgnami sprężynowymi palców
144)	Orteza nadgarstka: skórzana albo z tworzywa sztucznego
145)	Orteza ustalająca nadgarstek z cięgnami sprężynowymi prostującymi palce
146)	Orteza na dłoń i przedramię korygująca zniekształcenia ręki: aluminiowa albo z tworzywa sztucznego
147)	Orteza łokciowa: skórzana albo z tworzywa sztucznego
148)	Aparat na przedramię i ramię: szynowo-opaskowy lub tulejkowy, skórzany albo z tworzywa sztucznego
149)	Orteza czynnościowa kończyny górnej ze stawem Hosmera
150)	Orteza na ramię i bark: ze stawem barkowym albo bez, skórzana albo z tworzywa sztucznego
151)	Orteza odwodząca kończynę górną: z zawieszeniem szelkowym albo z zawieszeniem na chomacie albo sprężynowa
152)	Orteza elewacyjna

153)	Orteza odwodząca
154)	Orteza stabilizująco-odciążająca
155)	Temblak kończyny górnej
Gorsety i kołnierze ortopedyczne	
156)	Gorset szkieletowy (Calota)
157)	Gorset doniczkowy: skórzany albo z tworzywa sztucznego
158)	Gorset szkieletowy unieruchamiający górny odcinek piersiowy kręgosłupa: z kołnierzem albo z diademem
159)	Gorset Jewetta: z ramą tylną lub z taśmami tylnymi
160)	Gorset reklinacyjny z rozwórkami śrubowymi
161)	Gorset lędźwiowo-krzyżowy wg Williamsa
162)	Gorset odciążający typu Milwaukee-Blounta: z koszem skórzanym albo z koszem z tworzywa sztucznego
163)	Gorset korekcyjny do leczenia skolioz
164)	Prostotrzymacz wg Hohmanna
165)	Prostotrzymacz wg Taylora
166)	Wysoka sznurówka półsztywna z podpaszkami
167)	Sznurówka półgorsetowa typu Hohmanna
168)	Sznurówka lędźwiowo-krzyżowa
169)	Pas stabilizujący kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy
170)	Półgorsetowa orteza szyjna
171)	Kołnierz szyjny: kamizelkowy typu Grucy albo z regulowanym podparciem, albo szkieletowy podpórczy
172)	Kołnierz pneumatyczny
173)	Kołnierz stabilizujący: skórzany albo z tworzywa sztucznego
174)	Kołnierz „Florida”
175)	Kołnierz Schantza miękki
176)	Stabilizator szyjny miękki (dwuczęściowy)
Ortezy tułowia i szyi	
177)	Gorset Jewetta: z ramą tylną lub z taśmami tylnymi
178)	Gorset reklinacyjny z rozwórkami śrubowymi
179)	Gorset lędźwiowo-krzyżowy wg Williamsa
180)	Prostotrzymacz wg Hohmanna
181)	Prostotrzymacz wg Taylora
182)	Wysoka sznurówka półsztywna z podpaszkami
183)	Sznurówka półgorsetowa typu Hohmanna
184)	Sznurówka lędźwiowo-krzyżowa
185)	Pas stabilizujący kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy
186)	Pas na rozejście spojenia łonowego
187)	Półgorsetowa orteza szyjna
188)	Kołnierz szyjny: kamizelkowy typu Grucy albo z regulowanym podparciem, albo szkieletowy podpórczy
189)	Kołnierz pneumatyczny
190)	Kołnierz stabilizujący: skórzany albo z tworzywa sztucznego
191)	Kołnierz „Florida”
192)	Kołnierz Schantza miękki
193)	Stabilizator szyjny miękki (dwuczęściowy)
194)	Kołnierz na kręcz karku
195)	Pelota korekcyjna na łopatkę
196)	Prostotrzymacz na kurzą klatkę piersiową
Obuwie ortopedyczne	
197)	Obuwie na stopę o różnym zniekształceniu

198)	Obuwie wyrównujące skrócenie kończyny dolnej
199)	Obuwie przy amputacjach w obrębie stopy
200)	Obuwie do aparatów ortopedycznych: ze strzemieniem do buta albo do sandała
Kule i laski inwalidzkie	
201)	Kula łokciowa ze stopniową regulacją
202)	Kula dla reumatyków
203)	Kula pachowa
204)	Kula przedramienna z kółkiem
205)	Laska inwalidzka
206)	Laska dla niewidomych (biała)
207)	Trójnóg
208)	Czwóróg
Balkoniki i podpórki do chodzenia	
209)	Balkoniki i podpórki ułatwiające chodzenie
Wózki inwalidzkie	
210)	Wózek inwalidzki ręczny
211)	Wózek inwalidzki aluminiowy (lekki) z systemem szybkiego demontażu kół, składany, dla osób samodzielnie poruszających się na wózku – czynnych zawodowo
212)	Wózek inwalidzki specjalny dziecięcy
213)	Wózek inwalidzki specjalny, stabilizujący plecy i głowę
Przedmioty ortopedyczne osobno niewymienione	
214)	Fotelik dla dzieci do siedzenia
215)	Indywidualne przedmioty pionizujące
216)	Pełzak (wózek do raczkowania)

2. ŚRODKI POMOCNICZE

Lp.	Wyszczególnienie
1)	Soczewki okularowe korekcyjne (w tym soczewki korekcyjne barwione) umożliwiające dokładne widzenie i zapobiegające znużeniu oka
	a. Soczewki do blizy
	b. Soczewki do dali
	c. Soczewki pryzmatyczne
	d. Soczewki dwuogniskowe
2)	Soczewki kontaktowe lecznicze
	a. twarde
	b. miękkie
3)	Obturatorium dla dzieci
4)	Pomoce optyczne dla niedowidzących
	a. lupa
	b. lunety, w tym monokulary
	c. okulary lornetkowe do blizy i dali
	d. okulary lupowe
5)	a. Proteza oka wykonana indywidualnie dla dzieci i młodzieży
	a) proteza
	b) epiproteza
	b. Proteza oka wykonana indywidualnie dla dorosłych
	a) proteza
	b) epiproteza
6)	a. Aparat (aparaty) słuchowy(e) na przewodnictwo powietrza lub kostne
	b. Wkładka uszna wykonana indywidualnie

7)	Systemy wspomagające słyszenie (pętle indukcyjne, system FM i na podczerwień)
8)	Cewniki zewnętrzne do 30 szt. lub zamiennie kieszonki do zbiórki moczu do 30 szt.
9)	Cewniki urologiczne do 6 szt.
10)	a. Cewniki urologiczne jednorazowe b. Cewniki jednorazowe do odsysania górnych dróg oddechowych
11)	Worki do zbiórki moczu do 6 szt. miesięcznie
12)	a. Pas do zbiornika na kał b. Worki wymienne do pasa w ilości do 90 szt.
13)	Worki samoprzylepne jednorazowego użycia w ilości do 90 szt. lub w równowartości ich kosztu inny sprzęt stomijny (np. zestawy irygacyjne, płytki + worki itp.) po zabiegach na: – jelicie cienkim (ileostomii) – jelicie grubym (kolostomii) – układzie moczowym (urostomii)
14)	Worki do zbiórki moczu w ilości do 12 szt. w przypadku nefrostomii lub w równowartości ich nabycia inny sprzęt urologiczny (np. cewniki urologiczne, paski mocujące itp.)
15)	Pieluchy anatomiczne do 60 szt. miesięcznie w przypadku pacjentów: – z chorobą nowotworową przebiegającą w postaci owrzodzeń lub krwawiących guzów krocza, okolicy krzyżowej itp. – z przetokami nowotworowymi lub popromiennymi (pęcherzowo-pochwowymi, pęcherzowo-pochwowo-odbytniczymi, pochwowo-odbytniczymi) – z nietrzymaniem stolca lub moczu w wyniku chorób nowotworowych lub zamiennie pieluchomajtki do 60 szt. miesięcznie lub zamiennie podkłady do 60 szt. lub wkłady anatomiczne do 60 szt.
16)	Pieluchomajtki do 60 szt. miesięcznie lub zamiennie pieluchy anatomiczne do 60 szt. miesięcznie dla dorosłych i dzieci powyżej 3 roku życia – z głębokim upośledzeniem umysłowym, w zespołach otępiennych o różnej etiologii – w postępujących chorobach układu nerwowego z pęcherzem neurogennym lub z zaburzeniami mikcji zwieraczy – z wadami rozwojowymi, przepuklinami oponowo-rdzeniowymi, przepuklinami oponowo-mózgowymi, wynicowaniem pęcherza lub zamiennie podkłady do 60 szt., lub wkłady anatomiczne do 60 szt.
17)	Rurka tracheostomijna wraz z zapasowym wkładem
18)	Krtań elektroniczna (aparat wspomagający mowę)
19)	Proteza powietrzna – aparat do leczenia obturacyjnego bezdechu sennego
20)	Inhalator dyszowy: – nebulizator (generator aerozolu) – sprężarka powietrza
21)	Proteza piersi
22)	Peruki – z włosów sztucznych – z włosów naturalnych
23)	Pas przepuklinowy – jednostronny – obustronny
24)	Pas brzuszny
25)	Poduszka przeciwoleżynowa
26)	Materac przeciwoleżynowy

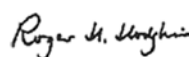
Niniejsza Tabela przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.