

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie
Generali, z myślą o życiu



Obowiązują od 1 czerwca 2016 roku

generali.pl



Spis treści

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Generali, z myślą o życiu

- 5** Wykaz istotnych informacji zawartych w OWU (Skorowidz)
- 8** Postanowienia ogólne
- 8** Definicje
- 8** Przedmiot i zakres ubezpieczenia
- 9** Zawarcie Umowy
- 9** Ochrona ubezpieczeniowa
- 9** Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy
- 10** Suma ubezpieczenia
- 10** Składka
- 10** Skutki nieopłacenia Składki
- 10** Zmiana częstotliwości opłacania Składek
- 10** Wskazanie osób Uposażonych
- 11** Skutki podania nieprawdziwych informacji
- 11** Świadczenie z tytułu Umowy
- 11** Wypłata świadczeń
- 11** Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego
- 12** Prawa i obowiązki Towarzystwa
- 12** Reklamacje
- 13** Postanowienia końcowe

Szczegółne warunki ubezpieczenia

Dział I - Zasady ogólne

- 14** Postanowienia ogólne
- 14** Definicje

Dział II - Szczegółne warunki dotyczące Umowy

- 14** Zakres ubezpieczenia
- 14** Zawarcie Umowy
- 14** Ochrona ubezpieczeniowa
- 14** Rozwiązanie Umowy
- 15** Suma ubezpieczenia
- 15** Skutki nieopłacenia Składki
- 15** Zmiana częstotliwości opłacania Składek

Dział III - Szczegółne warunki dotyczące zawierania Pakietów

- 15** Zakres ubezpieczenia w ramach Pakietów
 - 15** Zawarcie Pakietu
 - 16** Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Pakietu
 - 16** Rozwiązanie Umowy dodatkowej w ramach Pakietów
 - 16** Rozwiązanie Pakietu
 - 16** Suma ubezpieczenia i Składka za Umowę dodatkową w ramach Pakietów
-

Dział IV - Zasady końcowe

17 Postanowienia końcowe

18 Załącznik nr 1 do SWU – Tabela limitów

Ogólne warunki ubezpieczeń dodatkowych

Pakiet „Ubezpiecz życie”

20 Śmierć Ubezpieczonego

Pakiet „Ubezpiecz życie od nagłych zdarzeń”

22 Śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

24 Śmierć w wyniku Wypadku komunikacyjnego

26 Śmierć w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu

Pakiet „Ubezpiecz skutki niezdolności do pracy”

29 Niezdolność do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

31 Całkowita niezdolność do pracy

Pakiet „Ubezpiecz zdrowie w razie wypadku”

34 Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

36 Pobyty w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

38 Niezdolność do samodzielnej egzystencji

40 Assistance

Pakiet „Ubezpiecz zdrowie”

46 Poważne zachorowanie

53 Świadczenie na wypadek Poważnego zachorowania

54 Pobyty w szpitalu w wyniku Choroby

56 Druga opinia medyczna

Indywidualne Konto Emerytalne (IKE)

59 Wykaz istotnych informacji zawartych w OWU IKE (Skorowidz)

61 Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi w ramach którego prowadzone jest Indywidualne Konto Emerytalne

68 Załącznik nr 1 – Tabela opłat i limitów

69 Załącznik nr 2 – Wykaz Funduszy

70 Załącznik nr 3 – Regulamin lokowania środków ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych

Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego (IKZE)

73 Wykaz istotnych informacji zawartych w OWU IKZE (Skorowidz)

74 Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi w ramach którego prowadzone jest Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego

81 Załącznik nr 1 – Tabela opłat i limitów

82 Załącznik nr 2 – Wykaz Funduszy

83 Załącznik nr 3 – Regulamin lokowania środków ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych

Załącznik do ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego

86 Tabela uszczerbków na zdrowiu

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie
Generali, z myślą o życiu (kod PPR_OWU_05.2016) dalej „OWU”,
z uwzględnieniem definicji z OWU, SWU i 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 OWU	
Postanowienia OWU	§ 4 ust. 1; § 20	§ 18
Postanowienia ogólnych warunków ubezpieczeń dodatkowych, dalej „OWUD”:		
	Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	
Śmierć Ubezpieczonego	§ 4; § 6	§ 5
Śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	§ 4; § 6	§ 5; § 6
Śmierć w wyniku Wypadku komunikacyjnego	§ 4; § 6	§ 5; § 6
Śmierć w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu	§ 4; § 6	§ 5; § 6
Niezdolność do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	§ 4; § 6 ust. 1, 3 i 4	§ 5; § 6 ust. 2
Całkowita niezdolność do pracy	§ 4; § 6 ust. 1	§ 5, § 6 ust. 2
Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	§ 4; § 6 ust. 1, 2 i 5; Załącznik nr 1 do OWUD – Tabela uszczerbków na zdrowiu	§ 5; § 6 ust. 3-9
Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	§ 4; § 6 ust. 1 i 4	§ 5; § 6 ust. 2 i 3

Niezdolność do samodzielnej egzystencji	§ 4; § 6	§ 5; § 6
Assistance	§ 4; § 7	§ 6; § 8 ust. 4; § 9 ust. 1 i 4
Poważne zachorowanie	§ 5; § 8 ust. 1-3	§ 6; § 7; § 8 ust. 4-6
Świadczenie na wypadek Poważnego zachorowania	§ 4; § 5 ust. 1	§ 5 ust. 2
Pobyt w szpitalu w wyniku Choroby	§ 4; § 6 ust. 1 i 4	§ 5; § 6 ust. 2 i 3
Druga opinia medyczna	§ 4; § 5; § 7 ust. 1-3	§ 6

Generali, z myślą o życiu

Życie jest pełne wyzwań. Przygotuj się na nie.



Życie niesie wiele radości i chwil szczęścia: pasje, sukcesy, rosnące dzieci, własne cztery kąty. Ale zdarzają się też wypadki i przeciwności losu. Nie pozwól, aby to one decydowały o tym, jak będzie wyglądało życie Twoje i Twoich bliskich.

Z myślą o życiu i jego wyzwaniach w prosty sposób zabezpiecz to, co dla Ciebie najważniejsze. Wybierz pełną ochronę lub zabezpiecz konkretne potrzeby, korzystając z dostępnych pakietów. Ubezpieczenie na tak długo, jak tego potrzebujesz, jasne zasady, szybka decyzja - by cieszyć się życiem.

Prosty sposób, by chronić swoje szczęście.

- ✓ **Krótkie zobowiązanie** – ubezpieczasz się na rok, z możliwością przedłużenia
- ✓ **Prosty wybór** – wybierasz z dostępnych pakietów albo kupujesz pełną ochronę
- ✓ **Optymalne rozwiązanie** – dobraliśmy kwoty dopasowane do potrzeb codziennego życia byś cieszył się optymalną ochroną
- ✓ **Szybko i bez wysiłku** – polisę możesz mieć natychmiast, ponieważ uprościliśmy formalności do minimum

Ubezpieczenie Generali, z myślą o życiu składa się z pakietów i umów dodatkowych:

Ubezpiecz życie

Ubezpiecz życie od nagłych zdarzeń

Ubezpiecz skutki niezdolności do pracy

Ubezpiecz zdrowie w razie wypadku

Ubezpiecz zdrowie

Zabezpiecz finanse na emeryturę

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE GENERALI, Z MYŚLĄ O ŻYCIU

(KOD PPR_OWU_05.2016)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia na życie Generali, z myślą o życiu (zwane dalej „**OWU**”) stanowią podstawę zawarcia umowy ubezpieczenia (zwanej dalej „**Umową**”).
2. Przez Umowę Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna (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.

Definicje

§ 2

1. Użyte w Umowie, OWU oraz Dokumencie ubezpieczenia wymienione poniżej terminy oznaczają:
 - 1) **Choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
 - 2) **Dokument ubezpieczenia** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem oraz warunki tej Umowy (polisa), a także inny dokument potwierdzający zmianę warunków Umowy;
 - 3) **Składka** – łączna kwota składki należnej od Ubezpieczającego na podstawie zawartej Umowy oraz składki (składek) z tytułu Umów dodatkowych, płatna w całym okresie obowiązywania Umowy, której wysokość i częstotliwość płatności określona jest w Dokumencie ubezpieczenia;
 - 4) **Suma ubezpieczenia** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, stanowiąca wysokość zobowiązania Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową;
 - 5) **Szczegółne warunki ubezpieczenia** – dokument określający szczególne warunki ubezpieczenia oraz zasady zawierania odpowiednio wariantów albo pakietów; stanowiący podstawę zawarcia Umowy (zwany dalej „**SWU**”);
 - 6) **Ubezpieczający** – podmiot zawierający Umowę z Towarzystwem, zobowiązany do opłacania Składek;
 - 7) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
 - 8) **Umowa dodatkowa** – umowa zawarta na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, rozszerzająca zakres ochrony ubezpieczeniowej Umowy w ramach wybranego pakietu albo wariantu;
 - 9) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczającego, za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, w przypadku zawarcia Umowy na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego), uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego;
 - 10) **Uposażony zastępczy** – osoba wskazana przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczającego, za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, w przypadku zawarcia Umowy na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego), uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego, jeżeli wskazanie jedyne Uposażonego stało się bezskuteczne;
 - 11) **Uprawniony** – Uposażony lub Uposażony zastępczy, a w przypadku gdy nie został on wskazany lub został wskazany bezskutecznie – osoba wskazana w § 17 ust. 5;
 - 12) **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;
 - 13) **Wniosek o zawarcie umowy** – formularz Towarzystwa, na którym Ubezpieczający składa ofertę zawarcia Umowy (zwany dalej „**Wnioskiem**”).
2. 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 może zostać rozszerzony o Umowy dodatkowe na zasadach określonych w SWU.

Zawarcie Umowy

§ 5

Przed zawarciem Umowy Towarzystwo doręcza Ubezpieczającemu warunki Umowy, w tym treść OWU wraz z załącznikami, SWU 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 zawierana jest na okres jednego roku (okres ubezpieczenia). Umowa ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny okres ubezpieczenia na niezmiennych warunkach, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem każdego okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy.
2. Umowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia spełnia kryteria Wieków określone w SWU.
3. Umowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy na cudzy rachunek (tj. na rachunek Ubezpieczonego) 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.
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 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 na warunkach określonych we Wniosku albo
 - 2) zaproponować zawarcie Umowy na warunkach odmiennych od określonych we Wniosku albo
 - 3) odmówić zawarcia Umowy.
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 uważa się za zawartą z chwilą zaakceptowania przez Towarzystwo Wniosku. Towarzystwo wskazuje datę zawarcia Umowy w Dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie Umowy pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem oraz warunki tej Umowy.
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 dochodzi do skutku zgodnie z treścią Dokumentu ubezpieczenia, następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego na złożenie sprzeciwu.
4. Jeżeli Towarzystwo odmówi zawarcia Umowy, 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.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 9

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej Składki, a wygasa we wcześniejszej z następujących dat: w dniu rozwiązania Umowy, o którym mowa w § 11 oraz w SWU albo w dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy.

Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy

§ 10

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy, 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.
2. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy, 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 nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku odstąpienia od Umowy 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 w każdym czasie poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia w tym względzie.
2. Umowa ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego;
 - 2) wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczającego;
 - 3) nieopłacenia przez Ubezpieczającego Składki;
 - 4) ukończenia przez Ubezpieczonego Wiek określonego w SWU;
 - 5) z upływem okresu na jaki została zawarta, w przypadku wpływu oświadczenia Ubezpieczającego o nieprzedłużaniu Umowy na kolejny okres ubezpieczenia;w terminach określonych w SWU.
3. W przypadku wypowiedzenia Umowy przed upływem okresu na jaki została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Suma ubezpieczenia

§ 12

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy określona jest kwotowo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia jest niezmienna w całym okresie trwania Umowy i kolejno następujących po sobie okresach ubezpieczenia, o ile SWU nie stanowią inaczej.

Składka

§ 13

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia pierwszej Składki w terminie określonym w SWU. W przypadku niedokonania wpłaty w podanym terminie Umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego.
2. Pierwsza i każda kolejna Składka wpłacana jest na rachunek bankowy wskazany we Wniosku/Dokumencie ubezpieczenia.
3. 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 przez cały okres trwania Umowy.
3. Składka może być opłacana z częstotliwością i na zasadach określonych w SWU.
4. Składkę z tytułu Umowy Towarzystwo ustala zgodnie z aktualną taryfą składek w zależności od częstotliwości opłacania Składek z uwzględnieniem wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy.

Skutki nieopłacenia Składki

§ 15

1. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci Składki w wymaganym terminie określonym w Dokumencie ubezpieczenia, Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o zaległości oraz wezwie go do zapłaty Składki w dodatkowym terminie wskazanym w wezwaniu. Towarzystwo poinformuje również o skutkach nieopłacenia Składki w tym terminie.
2. Skutki nieopłacenia Składki wskazane zostały w SWU.

Zmiana częstotliwości opłacania Składek

§ 16

Zasady zmian częstotliwości opłacania Składek zostały określone w SWU.

Wskazanie osób Uposażonych

§ 17

1. Ubezpieczający może wskazać jedną lub więcej osób Uposażonych do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.
2. Jeżeli Umowa zawarta jest na cudzy rachunek (Ubezpieczonego) do wykonania uprawnienia, o którym mowa w ust. 1, konieczna jest uprzednia zgoda Ubezpieczonego.
3. Jeżeli wskazano kilku Uposażonych, winny zostać określone ich udziały procentowe w kwocie świadczenia.
4. Jeżeli udziały procentowe Uposażonych w kwocie świadczenia nie zostaną określone, przyjmuje się, iż są one równe.

5. 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.
6. 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. 7.
7. 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.
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.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 18

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 trzech lat od zawarcia Umowy, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.

Świadczenie z tytułu Umowy

§ 19

W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Uprawnionemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia.

Wypłata świadczeń

§ 20

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie następujące dokumenty:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu stwierdzającego tożsamość Uprawnionego;
 - 3) kserokopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 4) kserokopię zaświadczenia lekarza lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci;
 - 5) w przypadku, o którym mowa w § 17 ust. 5, dokument potwierdzający bycie członkiem rodziny, a stosownym wykazaniem takiego stanu będą w szczególności kserokopia aktu małżeństwa, kserokopia aktu urodzenia, kserokopia prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku, kserokopia notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia, a także kserokopia dokumentów stwierdzających tożsamość spadkobierców.
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 w formie tłumaczenia przysięgłego.
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

§ 21

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 na cudzy rachunek (tj. na rachunek Ubezpieczonego), Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Ubezpieczonemu, na piśmie lub jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę na innym trwałym nośniku:
 - 1) warunków Umowy, w tym treści OWU wraz z załącznikami, SWU oraz Skorowidzem będących podstawą do zawarcia Umowy;

- 2) informacji o zmianie warunków Umowy, zmianie prawa właściwego dla Umowy wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy;
- 3) informacji o zmianie Sumy ubezpieczenia.
3. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 1, powinny być przekazywane Ubezpieczonemu przed zawarciem Umowy.
4. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 2, powinny być przekazywane Ubezpieczonemu przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy lub prawa właściwego dla Umowy.
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 oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.

Prawa i obowiązki Towarzystwa

§ 22

1. Towarzystwo zobowiązane jest do:
 - 1) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych Umową;
 - 2) przekazywania Ubezpieczającemu informacji dotyczących zmian warunków Umowy lub zmiany prawa właściwego dla zawartej Umowy przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy;
 - 3) informowania Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu Umowy, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania Umowy;
 - 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, pisemnie lub w inny sposób, na który ta osoba wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia zobowiązania Towarzystwa, jeżeli jest to niezbędne do prowadzenia dalszego postępowania;
 - 7) informowania pisemnie osoby występującej z roszczeniem o przyczynach niemożności jego zaspokojenia, w przypadku, gdy Towarzystwo nie wypłaci świadczenia w terminie określonym w § 20 ust. 4;
 - 8) informowania pisemnie 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) pisemnego potwierdzenia, na żądanie Ubezpieczającego oraz osoby występującej z roszczeniem, udostępnionych im informacji, a także sporządzania na ich koszt kserokopii dokumentów i potwierdzania ich za zgodność z oryginałem;
 - 11) udzielania na wniosek Ubezpiezonego informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpiezonego.
2. Towarzystwo przekazuje informacje, o których mowa w ust. 1 pkt 2-5 pisemnie albo jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, za pośrednictwem poczty elektronicznej lub Konta Klienta, o którym mowa w § 24 ust. 6.

Reklamacje

§ 23

1. Będący osobą fizyczną Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uprawniony oraz inna osoba upoważniona 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**”). Złożenie Reklamacji niezwłocznie po powzięciu przez Klienta zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie Reklamacji.
2. Reklamacje mogą być składane:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście w jednostce podmiotu rynku finansowego, obsługującej Klientów, albo przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe na adres ul. Postępu 15 B, 02-676 Warszawa;
 - 2) ustnie – telefonicznie pod numerem +48 913 913 913 albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w jednostce podmiotu rynku finansowego obsługującej Klientów.
3. Reklamacja powinna zawierać dane Klienta umożliwiające jego identyfikację, numer polisy oraz zastrzeżenia zgłaszane przez Klienta. Na wniosek Klienta Towarzystwo potwierdzi wpływ Reklamacji pisemnie lub w inny sposób uzgodniony z Klientem.
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 informacji. 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.

7. Inne osoby niż wymienione w ust. 1 mogą składać Reklamacje w formie i na zasadach wskazanych w ust. 1-3 powyżej. Reklamacje te są rozpatrywane na zasadach i w terminach określonych w ust. 4-5 powyżej, z zastrzeżeniem, że Towarzystwo informuje zainteresowanego o sposobie załatwienia Reklamacji w sposób uzgodniony z tą osobą.
8. Niezależnie od powyższego Klient może składać skargi i zażalenia na działalność Towarzystwa do uprawnionych organów, w tym Komisji Nadzoru Finansowego, Rzecznika Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną Klientów podmiotów rynku finansowego.

Postanowienia końcowe

§ 24

1. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Za zgodą stron Umowy mogą zostać wprowadzone do niej postanowienia dodatkowe lub odmienne od OWU.
3. Wprowadzenie do Umowy postanowień dodatkowych lub odmiennych od OWU wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
4. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia dotyczące Umowy powinny być składane na piśmie pod rygorem nieważności, chyba, że postanowienia OWU lub Umowy dopuszczają inną formę.
5. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia wysyłane są odpowiednio na adres siedziby, miejsca zamieszkania lub na adres do korespondencji. Strony Umowy są zobowiązane do informowania się o każdej zmianie adresu siedziby lub odpowiednio miejsca zamieszkania oraz o każdej zmianie adresu do korespondencji.
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 podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym.
8. Powództwa o roszczenie z Umowy mogą zostać wytoczone albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy, a także przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczającego lub uprawnionego z Umowy.
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 1 czerwca 2016 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

(KOD PPR_SWU_05.2016)

Dział I - Zasady ogólne

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze szczególne warunki ubezpieczenia (zwane dalej „**SWU**”) z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi SWU postanowień poszczególnych OWUD i OWU zawierają szczególne warunki dotyczące Umowy oraz szczególne warunki dotyczące zawierania Pakietów i łącznie z OWU stanowią podstawę zawarcia Umowy.
2. Niniejsze SWU mają zastosowanie do umowy ubezpieczenia na życie Generali, z myślą o życiu.
3. Tabela limitów – kod PPR_TL_05.2016 (zwana dalej „Tabelą”) stanowi załącznik nr 1 do SWU.

Definicje

§ 2

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

- 1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależnie od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się wylewu krwi do mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 2) **Miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego obowiązywania Umowy (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) **Pakiet** – zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmujący Umowy dodatkowe wskazane w Dokumencie ubezpieczenia;
- 4) **Rocznica polisy** – wskazana w Dokumencie ubezpieczenia każda rocznica dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, 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, a kończy z upływem dnia poprzedzającego najbliższą Rocznicę polisy;
- 6) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej, odrębna dla każdej Umowy dodatkowej;
- 7) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia odrębna dla każdego ze zdarzeń ubezpieczeniowych.

Dział II - Szczególne warunki dotyczące Umowy

Zawarcie Umowy

§ 3

Umowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 18 lat i nie ukończył 75 roku życia.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 4

Ubezpieczony może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową wyłącznie raz na podstawie OWU wraz z niniejszymi SWU.

Rozwiązanie Umowy

§ 5

Umowa ulega rozwiązaniu w następujących terminach:

- 1) w przypadku śmierci Ubezpieczonego – z upływem dnia, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego;
- 2) w przypadku wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczającego – z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy;
- 3) w przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego Składki na zasadach określonych § 15 ust. 1 OWU – z upływem dnia, w którym upływa wyznaczony termin dodatkowy, o którym mowa § 8 ust. 1 SWU, ze skutkiem na ostatni dzień Miesiąca polisy, za który została opłacona Składka;
- 4) w przypadku ukończenia przez Ubezpieczonego 100 roku życia – z dniem poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 100 lat;

- 5) z upływem okresu na jaki została zawarta – z dniem wpływu oświadczenia Ubezpieczającego o nieprzedłużaniu Umowy na kolejny okres ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia

§ 6

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy wynosi 100 zł i jest niezmienna w całym okresie trwania Umowy i kolejno następujących po sobie okresach ubezpieczenia.

Składka

§ 7

1. Minimalna wysokość Składki określona jest przez Towarzystwo w Tabeli.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia pierwszej Składki nie później niż w terminie 30 dni od dnia podpisania Wniosku. W przypadku niedokonania wpłaty w podanym terminie Umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego.
3. Składka może być opłacana z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną lub miesięczną i płatna jest najpóźniej do pierwszego dnia okresu, za który jest należna (data wymagalności Składki).

Skutki nieopłacenia Składki

§ 8

1. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci Składki w wymaganym terminie określonym w Dokumencie ubezpieczenia, po upływie 20 dni od daty jej wymagalności, Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o zaległości oraz wezwie go do zapłaty Składki w dodatkowym 25-dniowym terminie od dnia otrzymania wezwania. Towarzystwo poinformuje również o skutkach nieopłacenia Składki w tym terminie.
2. Skutkiem nieopłacenia Składki jest rozwiązanie Umowy oraz zawartych Umów dodatkowych i wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej.

Zmiana częstotliwości opłacania Składek

§ 9

1. Ubezpieczający ma prawo do zmiany częstotliwości opłacania Składek w całym okresie obowiązywania Umowy, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Wysokość Składki po zmianie, o której mowa w ust. 1, nie może być niższa od minimalnej Składki dla wybranej częstotliwości, określonej w Tabeli.
3. 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.

Dział III - Szczególne warunki dotyczące zawierania Pakietów

Zakres ubezpieczenia w ramach Pakietów

§ 10

Zakres ubezpieczenia w ramach poszczególnych Pakietów został określony w Tabeli.

Zawarcie Pakietu

§ 11

1. W ramach Umowy Ubezpieczający wskazuje co najmniej jeden Pakiet. Wskazanie Pakietu jest równoznaczne z rozszerzeniem zakresu ubezpieczenia o wybrane Umowy dodatkowe wskazane w ramach Pakietu.
2. Szczegółowe warunki Umów dodatkowych w ramach danego Pakietu określone są w odrębnych ogólnych warunkach ubezpieczeń dodatkowych.
3. Pakiet „Ubezpiecz życie od nagłych zdarzeń” lub „Ubezpiecz skutki niezdolności do pracy” lub „Ubezpiecz zdrowie” lub „Ubezpiecz zdrowie w razie wypadku” może zostać zawarty (a w ramach jego zakresu dana Umowa dodatkowa) na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Rocznicz polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Pakietu, jeżeli Ubezpieczony w dniu zawarcia Pakietu ukończył 18 lat i nie ukończył 65 roku życia.
4. Pakiet „Ubezpiecz życie” może zostać zawarty na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Rocznicz polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Pakietu, jeżeli Ubezpieczony w dniu zawarcia Pakietu ukończył 18 lat i nie ukończył 75 roku życia.
5. Pakiety, o których mowa w ust. 3, zawierane są na okres nie dłuższy niż ten, na jaki została zawarta Umowa i nie na dłużej niż do dnia poprzedzającego Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 65 lat.
6. Pakiet, o którym mowa w ust. 4, zawierany jest na okres nie dłuższy niż ten, na jaki została zawarta Umowa i nie na dłużej niż do dnia poprzedzającego Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 100 lat.
7. Pakiety zawierane są na okres jednego roku (okres ubezpieczenia) i ulegają automatycznemu przedłużeniu na kolejny okres ubezpieczenia na niezmiennych warunkach, z zastrzeżeniem § 16 ust. 2, chyba że jedna ze stron złoży – najpóźniej na 30 dni przed upływem każdego okresu ubezpieczenia – oświadczenie o nieprzedłużaniu Pakietu.

8. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Pakietu albo zawarcia go na warunkach odmiennych od wnioskowanych.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Pakietu

§ 12

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Pakietu rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Pakietów.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Pakietu, o którym mowa w § 13.

Rozwiązanie Pakietu

§ 13

1. Pakiet rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 65 lat, a w przypadku Pakietu „Ubezpiecz życie” 100 lat;
 - 3) odstąpienia od Pakietu;
 - 4) wypowiedzenia Pakietu.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Pakietów.
3. W przypadku wypowiedzenia Pakietu przed upływem okresu na jaki został on zawarty, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej w ramach Pakietów

§ 14

1. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu:
 - 1) Umowy dodatkowej Trwałego uszczerbku na zdrowiu w przypadku, gdy ustalony procent Trwałego uszczerbku na zdrowiu osiągnie 100% albo gdy suma ustalonych Trwałych uszczerbków na zdrowiu, w sytuacji gdy wystąpił więcej niż jeden rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu osiągnie 100% albo
 - 2) Umowy dodatkowej Poważnego zachorowania w wysokości 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, albo
 - 3) Umowy dodatkowej Całkowitej niezdolności do pracy w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Umowy dodatkowe, o których mowa w ust. 1 pkt 1-3, ulegają rozwiązaniu.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, rozwiązaniu ulega także Umowa dodatkowa świadczenia na wypadek Poważnego zachorowania.
3. Rozwiązanie Umów dodatkowych, o których mowa w ust. 1 i 2, nie powoduje rozwiązania Pakietu.

Suma ubezpieczenia i Składka za Umowę dodatkową w ramach Pakietów

§ 15

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wchodząca w zakres ochrony ubezpieczeniowej danego Pakietu, aktualna na dzień zawarcia Pakietu potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

§ 16

1. Składkę za Umowę dodatkową:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego;
 - 2) Poważnego zachorowania;
 - 3) świadczenia na wypadek Poważnego zachorowania;
 - 4) Pobytu w szpitalu w wyniku Choroby;
 - 5) Całkowitej niezdolności do pracy;
 - 6) śmierci w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu,Towarzystwo ustala zgodnie z aktualną taryfą składek w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Wiek Ubezpieczonego, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego oraz częstotliwości opłacania Składek.
2. W przypadku automatycznego przedłużenia na kolejny okres ubezpieczenia Umów dodatkowych, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo ustala Składkę za Umowy dodatkowe w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, częstotliwości opłacania Składek, z uwzględnieniem Wiek Ubezpieczonego obliczanego na dzień automatycznego przedłużenia Umowy dodatkowej oraz zgodnie z taryfą składek aktualną na ten dzień.
3. Składkę za Umowę dodatkową:
 - 1) śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) śmierci w wyniku Wypadku komunikacyjnego;
 - 3) Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - 5) Niezdolności do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - 6) Niezdolności do samodzielnej egzystencji,Towarzystwo ustala zgodnie z aktualną taryfą składek w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego oraz częstotliwości opłacania Składek.
4. Składkę za Umowę dodatkową Drugiej opinii medycznej oraz Umowy dodatkowej Assistance Towarzystwo ustala w zależności od częstotliwości opłacania Składek.

5. Wysokość taryfy składki będącej podstawą do wyliczenia Składki za Umowę dodatkową ustalona jest z uwzględnieniem ryzyka ubezpieczeniowego ponoszonego przez Towarzystwo, w tym ograniczeń odpowiedzialności, o których mowa w § 7 OWUD Umowy dodatkowej na wypadek Poważnego zachorowania i w § 5 pkt 9 OWUD Umowy dodatkowej na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy.
6. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
7. Suma składek z tytułu Umów dodatkowych stanowi łączną składkę za Pakiet.

§ 17

W przypadku, o którym mowa w § 14 ust. 1-2, łączna składka za Pakiet zostanie pomniejszona o Składkę za Umowę dodatkową, która została rozwiązana.

§ 18

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Pakietu „Ubezpiecz życie od nagłych zdarzeń” jest niezmienna w całym okresie trwania ubezpieczenia i kolejno następujących po sobie okresach ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający w Rocznicę polisy może wnioskować o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej w ramach Pakietu „Ubezpiecz życie”, „Ubezpiecz skutki niezdolności do pracy”, „Ubezpiecz zdrowie” oraz „Ubezpiecz zdrowie w razie wypadku”. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej w ramach Pakietu „Ubezpiecz zdrowie” albo „Ubezpiecz zdrowie w razie wypadku” jest skuteczna względem całego Pakietu. Towarzystwo dokona zmian w Umowie na wniosek Ubezpieczającego, pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 30 dni przed Rocznicą polisy.
3. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia o której mowa w ust. 2, powoduje zmianę wysokości Składki. Nowa wysokość Składki, obliczona jest na podstawie ustalonej przez Towarzystwo aktualnej taryfy składek, z uwzględnieniem Wiek Ubezpieczonego w przypadku Umów dodatkowych, o których mowa w § 16 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Dział IV – Zasady końcowe

Postanowienia końcowe

§ 19

1. W sprawach nieuregulowanych SWU stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i OWUD.
2. Niniejsze SWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 1 czerwca 2016 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO SWU TABELA LIMITÓW

(KOD PPR_TL_05.2016)

Tabela limitów

Lp.	Rodzaj limitu	Aktualna wysokość limitu			
1)	Składka za ryzyko śmierci Ubezpieczonego z tytułu Umowy		0,24 zł w skali roku / płatna zgodnie z wybraną częstotliwością opłacania Składek		
2)	Minimalna wysokość Składki ¹⁾				
	- roczna		240 zł		
	- półroczna		180 zł		
	- kwartalna		120 zł		
	- miesięczna		50 zł		
3)	Rodzaje Pakietów	Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia		
	Ubezpiecz życie	Śmierć Ubezpieczonego	wartość z przedziału pomiędzy 1 000 zł a 550 000 zł		
	Ubezpiecz życie od nagłych zdarzeń	Śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	100 000 zł		
		Śmierć w wyniku Wypadku komunikacyjnego	150 000 zł		
		Śmierć w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu	50 000 zł		
	Ubezpiecz skutki niezdolności do pracy	Niezdolność do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	2 400 zł		
		Całkowita Niezdolność do pracy	wartość z przedziału pomiędzy 50 000 zł a 550 000 zł		
	Ubezpiecz zdrowie w razie wypadku		Wariant Standard	Wariant VIP	
		Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	30 000 zł	60 000 zł	
		Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	20 000 zł	40 000 zł	
		Niezdolność do samodzielnej egzystencji	50 000 zł	100 000 zł	
		Assistance	zgodnie z OWUD		
	Ubezpiecz zdrowie		Wariant Mini	Wariant Standard	Wariant VIP
		Poważne zachorowanie	18 000 zł	50 000 zł	150 000 zł
		Świadczenie na wypadek Poważnego zachorowania	3 000 zł	6 000 zł	6 000 zł
		Pobyt w szpitalu w wyniku Choroby	6 000 zł	10 000 zł	15 000 zł
		Druga opinia medyczna	zgodnie z OWUD		

¹⁾ Limit nie dotyczy składek opłacanych z tytułu umowy o prowadzenie indywidualnego konta emerytalnego i składek z tytułu umowy o prowadzenie indywidualnego konta zabezpieczenia emerytalnego.

1. W ramach Umowy Ubezpieczający wskazuje co najmniej jeden Pakiet określony w Tabeli. Wskazanie Pakietu jest równoznaczne z rozszerzeniem zakresu ubezpieczenia o wybrane Umowy dodatkowe wskazane w ramach Pakietu.
2. Zakres ubezpieczenia w ramach Pakietu obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe określone w pkt 3 Tabeli.
3. Zakres Umowy może zostać rozszerzony o wybrany Pakiet a Składka nie może być niższa niż minimalna określona w pkt 2 Tabeli.
4. W sprawach nieuregulowanych w Tabeli stosuje się odpowiednio postanowienia OWU, SWU i poszczególnych OWUD.
5. Tabela została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 1 czerwca 2016 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

Generali, z myślą o życiu

Życie jest pełne wyzwań. Przygotuj się na nie.



Z myślą o bliskich

ubezpiecz życie

Bliscy są dla Ciebie najważniejsi i starasz się im zapewnić wszystko, co najlepsze.

Pomyśl o nich i ubezpiecz swoje życie, aby zagwarantować im bezpieczną przyszłość, nawet gdy Ciebie zabraknie.

- ✓ **Twoi bliscy otrzymają wsparcie aż do 550 000 zł***
- ✓ **zabezpieczysz spłatę kredytu – cesja na miejscu**

W ramach pakietu „Ubezpiecz życie” ubezpieczysz:

Śmierć Ubezpieczonego

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

(KOD PPR_TRM_05.2016)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego na wypadek śmierci (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU i SWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o śmierć Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU i SWU stosuje się odpowiednio także do OWUD.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

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

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

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 dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 6

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

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie dokumenty wskazane w § 20 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. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia SWU i OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 1 czerwca 2016 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

Generali, z myślą o życiu

Życie jest pełne wyzwań. Przygotuj się na nie.



Z myślą o bliskich

ubezpiecz życie od nagłych zdarzeń

Dbasz o siebie, prowadzisz zdrowy tryb życia, jednak nagłe sytuacje mogą zaskoczyć każdego. Ubezpiecz dodatkowo życie od niespodziewanych zdarzeń, a Twoi bliscy dostaną jeszcze większą pomoc, gdy odejdziesz – nie tylko wskutek wypadku, ale też udaru i zawału serca.

✓ **w razie wypadku komunikacyjnego, Twoi bliscy otrzymają nawet 250 000 zł***

W ramach pakietu „Ubezpiecz życie od nagłych zdarzeń” ubezpieczysz:

Śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

Śmierć w wyniku Wypadku komunikacyjnego

Śmierć w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

(KOD PPR_ADB_05.2016)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego na wypadek śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU i SWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU i SWU stosuje się odpowiednio także do OWUD.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki Nieszczęśliwego wypadku, 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, a także ataku konwulsji lub epilepsji;
- 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) spożycia przez Ubezpieczonego 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 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, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem;
- 8) okoliczności, o których mowa w § 18 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 6

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 180 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
- 4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego.

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie dokumenty wskazane w § 20 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. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia SWU i OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 1 czerwca 2016 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI W WYNIKU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

(KOD PPR_ATDBE_05.2016)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego na wypadek śmierci w wyniku Wypadku komunikacyjnego (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU i SWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego.

Definicje

§ 2

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

- 1) **Środek lokomocji** – pojazd silnikowy, którego konstrukcja umożliwia jazdę z prędkością przekraczającą 25 km/h, a także 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”, „droga”, „pieszy” oraz „kierowca” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym;
- 2) **Wypadek komunikacyjny** – Nieszczęśliwy wypadek, w którym to 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.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki Wypadku komunikacyjnego, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, jeżeli Wypadek komunikacyjny 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, a także ataku konwulsji lub epilepsji;
- 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) spożycia przez Ubezpieczonego środków odurzających lub psychotropowych niezalecanych 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 górską 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 oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem;
- 8) okoliczności, o których mowa w § 18 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 6

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 180 dni od daty wystąpienia Wypadku komunikacyjnego;
- 4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią Ubezpieczonego.

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie dokumenty wskazane w § 20 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. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia SWU i OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 1 czerwca 2016 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI W WYNIKU ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

(KOD PPR_HDB_05.2016)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego na wypadek śmierci w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych niezmiennych niniejszymi OWUD postanowień OWU i SWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o śmierć Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu.

Definicje

§ 2

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

- 1) **Udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie tkanki mózgowej spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorom spowodowanym materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - a. wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - b. utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
 - c. obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego;
 - d. istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii najwcześniej po 3 miesiącach od daty wystąpienia zdarzenia).

Definicja nie obejmuje następujących przypadków:

- a. epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
 - b. zdarzenia skutkujące jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci;
 - c. objawy mózgowe spowodowane migreną;
 - d. uszkodzenia mózgu spowodowane zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
 - e. choroby naczyniowe dotyczące narządu wzroku, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;
- 2) **Zawał serca powodujący śmierć** (zwany dalej „Zawałem 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 lub CK-MB), 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.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 śmierć Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu, jeżeli była ona konsekwencją:

- 1) 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);
- 2) spożycia przez Ubezpieczonego środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, próbą samobójczą Ubezpieczonego, świadomym samookaleczeniem Ubezpieczonego lub okaleczeniem Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 6

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 zdarzenia, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:

- 1) Zawał serca lub Udar mózgu oraz śmierć Ubezpieczonego spowodowana Zawałem serca lub Udarem mózgu nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) śmierć Ubezpieczonego spowodowana Zawałem serca lub Udarem mózgu nastąpiła przed upływem 90 dni od daty wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu;
- 3) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu a śmiercią Ubezpieczonego, w szczególności jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu został potwierdzony badaniem sekcijnym.

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie dokumenty wskazane w § 20 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. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 1 czerwca 2016 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

Generali, z myślą o życiu

Życie jest pełne wyzwań. Przygotuj się na nie.



Z myślą o pracy

ubezpiecz skutki niezdolności do pracy

Praca jest źródłem satysfakcji i sukcesów, zapewnia utrzymanie, pozwala planować przyszłość. Pomyśl, jak wyglądałoby życie, gdybyś nie mógł pracować?

Ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy da Ci pewność, że w trudnych chwilach nie zostaniesz bez pieniędzy.

- ✓ **otrzymasz nawet 550 000 zł na bieżące potrzeby***
- ✓ **ponadto zasilisz swój budżet dodatkowymi środkami przez 6 miesięcy***
- ✓ **zyskasz pomoc przy spłacie kredytu**

W ramach pakietu „Ubezpiecz skutki niezdolności do pracy” ubezpieczysz:

Niezdolność do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

Całkowitą niezdolność do pracy

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

(KOD PPR_ATIS_05.2016)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Niezdolności do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU i SWU, zakres ubezpieczenia jest rozszerzony o Niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU i SWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujący dodatkowy termin:

- 1) **Niezdolność do pracy** – niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania osobiście pracy zarobkowej i uzyskiwania z niej przychodów, trwająca z powodu tej samej przyczyny nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni, powstała wskutek Nieszczęśliwego wypadku, potwierdzona zaświadczeniami lekarskimi o niezdolności do pracy, wystawionymi zgodnie z ustawą o z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz.U. z 2014 r. poz. 159), uprawniająca do pobierania zasiłku chorobowego lub wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego Niezdolności do pracy, która rozpoczęła się w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Niezdolność do pracy 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, a także ataku konwulsji lub epilepsji;
 - 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) spożycia przez Ubezpieczonego 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 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, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem;
 - 8) choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa Ubezpieczonego, dyskopatii, zespołu korzeniowego, zespołu bólów kręgosłupa, z wyjątkiem zmian patologicznych kręgosłupa o innym charakterze, udowodnionych badaniami radiologicznymi;a także, jeżeli Niezdolność do pracy:
 - 9) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w § 18 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 6

1. W przypadku wystąpienia Niezdolności do pracy Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1/6 Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za każde 30 dni trwania Niezdolności do pracy.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie za nie więcej niż 180 dni Niezdolności do pracy.
3. Towarzystwo dopuszcza możliwość przerwania Niezdolności do pracy na okres nie dłuższy niż 60 dni. W takim wypadku świadczenie wypłacane jest za kolejny okres Niezdolności do pracy objęty zaświadczeniem lekarskim, z zastrzeżeniem, że okres przerwy nie objęty zaświadczeniem lekarskim nie jest uwzględniany do wyliczenia wysokości świadczenia (do wyliczenia kwoty należnego świadczenia uwzględnia się jedynie okres Niezdolności do pracy objęty zaświadczeniem lekarskim z powodu tego samego Nieszczęśliwego wypadku co przed przerwą).
4. Przerwanie Niezdolności do pracy na okres dłuższy niż 60 dni jest równoznaczne z jej zakończeniem. Niezdolność do pracy Ubezpieczonego występująca po tym okresie traktowana jest jako nowe zdarzenie, niezależnie od okoliczności jej zaistnienia.

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie następujące dokumenty:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię dokumentacji pozwalającej na ustalenie okoliczności oraz przyczyny powstania Niezdolności do pracy (dokumentacja medyczna, a także oświadczenie Ubezpieczonego o zajściu zdarzenia lub notatka Policji/dokumenty Prokuratury w przypadku ich posiadania);
 - 4) kserokopię zaświadczenia lekarskiego/zaświadczeń lekarskich o Niezdolności do pracy (druk ZUS ZLA).
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. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 1 czerwca 2016 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

(KOD PPR_TPDS_05.2016)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU i SWU, zakres ubezpieczenia jest rozszerzony o Całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU i SWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujący dodatkowy termin:

- 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.

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 Ubezpieczonego powstałej na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy, jeżeli jest ona 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, a także ataku konwulsji lub epilepsji;
- 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) spożycia przez Ubezpieczonego środków odurzających lub psychotropowych niezalecanych 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 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, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem; 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 u Ubezpieczonego przed datą zawarcia Umowy dodatkowej lub której przyczyny zaistniały przed tą datą bądź zdiagnozowaną w ciągu pierwszych 180 dni od daty zawarcia Umowy dodatkowej;
 - 10) jest związana z chorobą AIDS Ubezpieczonego lub zakażeniem się wirusem HIV przez Ubezpieczonego;
 - 11) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w § 18 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 6

1. W przypadku 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 następującą po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 roku życia 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

§ 7

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię zaświadczenia lekarza lub innej 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. 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.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 1 czerwca 2016 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

Generali, z myślą o życiu

Życie jest pełne wyzwań. Przygotuj się na nie.



Z myślą o zdrowiu

ubezpiecz zdrowie w razie wypadku

Gdy żyjesz pełnią życia, nie myślisz o przeszkodach.

A przecież nagły wypadek może pokrzyżować plany.

Ubezpiecz się, by zapewnić sobie pomoc w razie niespodziewanych trudności: kontuzji, urazów, a nawet ostrego zatrucia.

- ✓ **dostajesz środki pieniężne nawet w razie lżejszych urazów***
- ✓ **świadczenie finansowe w przypadku uszkodzenia kręgosłupa, porażeń i niedowładów nerwów***
- ✓ **odbierzesz pieniądze za pobyt w szpitalu, już od pierwszego dnia***
- ✓ **otrzymasz pomoc w organizacji życia codziennego, opiece nad dziećmi i zwierzętami***

W ramach pakietu „Ubezpiecz zdrowie w razie wypadku” ubezpieczysz:

Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

Niezdolność do samodzielnej egzystencji

Usługi Assistance w pakiecie

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

(KOD PPR_ADISB3_05.2016)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU i SWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU i SWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujący dodatkowy termin:

- 1) **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 w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki Nieszczęśliwego wypadku, 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, a także ataku konwulsji lub epilepsji;
- 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) spożycia przez Ubezpieczonego 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. 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, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem;
- 8) okoliczności, o których mowa w § 18 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 6

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 Ubezpieczonego	% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
do 5% (włącznie)	1,0%
powyżej 5% do 20% (włącznie)	2,0%
powyżej 20%	3,5%

3. 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, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego wystąpił 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 związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu.
6. Oceny stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonuje się po zakończeniu leczenia i zalecanej przez lekarza rehabilitacji na podstawie dokumentacji, o której mowa w § 7 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 czynności i pracy przez Ubezpieczonego nie ma wpływu na ocenę stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
8. W przypadku powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek 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.

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię zaświadczenia lekarza lub innej dokumentacji medycznej określającej rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
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. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia SWU i OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 1 czerwca 2016 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

(KOD PPR_ADCHB_05.2016)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU i SWU, 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) **Pobyt w szpitalu** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu na zlecenie lekarza, trwający nieprzerwanie co najmniej 2 kolejne dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem. 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;
- 2) **Szpital** – działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej. W rozumieniu niniejszej definicji Szpitalem nie jest dom opieki, hospicjum, ośrodek sanatoryjny, rehabilitacyjny lub wypoczynkowy, szpital uzdrowiskowy ani jakkolwiek placówka, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Pobyt w szpitalu, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

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, a także ataku konwulsji lub epilepsji;
 - 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) spożycia przez Ubezpieczonego 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 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, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo oraz udział w zawodach sportowych poza lekką atletyką i pływaniami.
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 okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) wykonywanie przez Ubezpieczonego rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich niewynikających z Nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych u Ubezpieczonego, z wyjątkiem rehabilitacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 4) 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:

- 5) został zlecony Ubezpieczonemu lub o którym postanowiono przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
- 6) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w § 18 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 6

1. W przypadku Pobytu w szpitalu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu za każdy dzień Pobytu w szpitalu 0,5% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia zdarzenia.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie łącznie za nie więcej niż 200 dni Pobytu w szpitalu.
3. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego Szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia, ten dzień uwzględnia się jeden raz.
4. 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.

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię zaświadczenia lekarza lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej Pobyt 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. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 1 czerwca 2016 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

(KOD PPR_ISE_05.2016)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Niezdolności do samodzielnej egzystencji (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych niezmiennych niniejszymi OWUD postanowień OWU i SWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU i SWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujący dodatkowy termin:

- 1) **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 i orzeczona na okres nie krótszy niż 24 miesiące.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Niezdolność do samodzielnej egzystencji 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, a także ataku konwulsji lub epilepsji;
 - 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) spożycia przez Ubezpieczonego 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 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, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem.
2. 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

§ 6

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:

- 1) Choroba lub Nieszczęśliwy wypadek, które spowodowały Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, wystąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji wystąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 3) 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;
- 4) orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o Niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji jest orzeczeniem pierwszorzadowym.

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie dokumenty wskazane w § 20 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. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 1 czerwca 2016 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO ASSISTANCE

(KOD PPR_AST_05.2016)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego Assistance (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU i SWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o usługi assistance dla Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU i SWU 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”). Numer telefonu Centrum wskazany jest w Dokumencie ubezpieczenia;
- 2) **Dziecko** – osoba pozostająca pod władzą rodzicielską Ubezpieczonego, która w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie przekroczyła 18 roku życia;
- 3) **Hospitalizacja** – leczenie w Szpitalu trwające nieprzerwanie, co najmniej 24 godziny, licząc od momentu przyjęcia do Szpitala;
- 4) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi dokumentami, do udzielania świadczeń medycznych, nie będąca członkiem najbliższej rodziny Ubezpieczonego;
- 5) **Lekarz Centrum Pomocy Generali** – lekarz współpracujący z Centrum (zwany dalej „Lekarz Centrum”);
- 6) **Miejsce zamieszkania** – wskazane przez Ubezpieczonego we wniosku o zawarcie Umowy Miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 7) **Nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, wymagający natychmiastowej pomocy medycznej;
- 8) **Osoba niesamodzielna** – 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;
- 9) **Opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną** – opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną, polegająca na zapewnieniu niezbędnych warunków bytowych;
- 10) **Osoba wskazana do opieki** – osoba zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazana przez Ubezpieczonego, w momencie zgłoszenia zdarzenia do Centrum, 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;
- 11) **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 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;
- 12) **Usługi medycznego assistance** – zorganizowanie przez Centrum pomocy medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej – o ile wynika to 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;
- 13) **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.

§ 4

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

§ 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 pielęgniarki – Centrum organizuje i pokrywa koszty dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego oraz pokrywa jej honorarium, jeżeli Ubezpieczony był Hospitalizowany 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;
 - b. dostawa leków – Centrum organizuje i pokrywa koszt dostarczenia leków przepisanych przez Lekarza, do miejsca pobytu Ubezpieczonego, w sytuacji gdy stan zdrowia wymaga leżenia zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego;
 - c. dostawa sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego – Centrum organizuje i pokrywa koszt dostarczenia drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego w sytuacji, gdy stan zdrowia wymaga leżenia zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego;

- d. organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem Lekarza, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum organizuje i pokrywa koszty wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego;
 - e. transport medyczny – Centrum organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego Ubezpieczonego:
 - a) z Miejsca zamieszkania do najbliższego, wyznaczonego przez Lekarza Centrum Szpitala;
 - b) ze Szpitala do Szpitala (jeżeli placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony, 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);
 - f. pomoc domowa po Hospitalizacji – jeżeli Ubezpieczony był Hospitalizowany dłużej niż 5 dni, Centrum 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 Ubezpieczony. Usługa świadczona jest w godzinach 8:00-16:00 w Miejscu zamieszkania;
 - g. organizacja procesu rehabilitacyjnego – Centrum organizuje rehabilitację oraz transport Ubezpieczonego na odpowiednie zabiegi w poradni rehabilitacyjnej najbliższej Miejsca zamieszkania lub innej wskazanej przez Ubezpieczonego. Koszt rehabilitacji oraz transportu ponosi osoba wnioskująca o świadczenie;
 - h. opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną – jeżeli Ubezpieczony jest Hospitalizowany, a w jego Miejscu zamieszkania bez opieki pozostaje Dziecko lub Osoba niesamodzielną, Centrum organizuje i pokrywa koszty tylko jednego ze świadczeń:
 - a) opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną – Centrum organizuje i pokrywa koszty opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego;
 - b) transport Ubezpieczonego lub Osoby niesamodzielnej do Osoby wskazanej do opieki – Centrum organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla Ubezpieczonego lub Osoby niesamodzielnej z jego Miejsca zamieszkania do Miejsca zamieszkania Osoby wskazanej do opieki;
 - c) transport opiekuna do opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną – Centrum 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 organizuje i pokrywa koszty dojazdu oraz honorarium Lekarza za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego bądź organizuje i pokrywa koszty wizyty w najbliższej placówce medycznej, za maksymalnie 4 wizyty w Roku polisy;
 - b. Centrum organizuje i pokrywa koszty dojazdu oraz honorarium za opiekę nad zwierzętami 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 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 polegająca 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 osobą wskazaną aktualnej książeczki szczepień zwierzęcia;
 - 3) Usługa realizowana w przypadku urodzenia się Dziecka Ubezpieczonemu – Centrum organizuje i pokrywa koszty dojazdu położnej do miejsca pobytu Ubezpieczonego i pokrywa koszty jej honorarium;
 - 4) Usługa realizowana w przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek jego Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – Centrum organizuje i pokrywa koszty łóżka szpitalnego dla prawnego opiekuna Ubezpieczonego;
 - 5) Usługa realizowana w trudnych sytuacjach losowych, takich jak zgon albo ciężka choroba Ubezpieczonego, Dziecka, Rodziców albo Teściów Ubezpieczonego – Centrum organizuje i pokrywa koszt wizyty u psychologa w placówce medycznej lub koszt dojazdu do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, oraz honorarium psychologa;
 - 6) Usługi realizowane na wniosek Ubezpieczonego:
 - a. osobisty asystent – na wniosek Ubezpieczonego Centrum organizuje wybrane świadczenie:
 - a) telefoniczna konsultacja z lekarzem – Centrum zapewni Ubezpieczonemu całodobowy dostęp do infolinii medycznej polegający na telefonicznej rozmowie z Lekarzem Centrum, 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 zaleci wizytę u lekarza specjalisty, Centrum zorganizuje wizytę w najbliższym możliwym terminie wskazanym przez Ubezpieczonego. Koszt wizyty ponosi osoba wnioskująca o świadczenie;
 - c) osoba towarzysząca przy transporcie ze Szpitala do Szpitala – jeżeli Ubezpieczony korzysta ze świadczenia transportu ze Szpitala do Szpitala, opisanego w ust. 1 pkt 1 ppkt e pppkt b, Centrum organizuje i pokrywa koszt transportu osoby towarzyszącej;
 - b. Centrum zapewni Ubezpieczonemu możliwość rozmowy z lekarzem dyżurnym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje udzielone przez Lekarza Centrum nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego. Porady udzielane na infolinii medycznej, o których mowa w ust. 1 pkt 6 ppkt a pppkt a oraz w ust. 1 pkt 6 ppkt b mają charakter wyłącznie informacyjny i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec uprawnionego Lekarza i Centrum. Ponadto Centrum udostępni Ubezpieczonemu 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 Ubezpieczonego i rekomendowanych przez Lekarza Centrum;
 - d) baza danych placówek lecznictwa 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 organizuje wizytę lekarską w miejscu pobytu Ubezpieczonego bądź organizuje wizytę u Lekarza w placówce medycznej, pokrywa koszty dojazdu i honorarium Lekarza;
 - b. wizyta pielęgniarki – Centrum organizuje wizytę pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego, w okresie nie dłuższym niż 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez Lekarza Centrum;
 - c. transport medyczny – Centrum organizuje transport medyczny z miejsca zdarzenia lub pobytu Ubezpieczonego do najbliższego Szpitala lub innej placówki medycznej wskazanej przez Lekarza Centrum;
 - d. transport medyczny powrotny – Centrum organizuje transport ze Szpitala lub innej placówki medycznej do miejsca pobytu Ubezpieczonego odpowiednim, zalecanym przez lekarza prowadzącego środkiem transportu;
 - e. transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi – Centrum organizuje transport ze Szpitala do Szpitala (jeśli placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony nie może zapewnić mu wymaganej opieki lub gdy skierowany on jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny) odpowiednim środkiem transportu zalecanym przez lekarza prowadzącego;
 - f. przekazywanie informacji – jeżeli Ubezpieczony jest Hospitalizowany, Centrum zapewnia usługi informacyjne polegające na przekazaniu na wyraźne życzenie Ubezpieczonego ważnych wiadomości jego rodzinie lub pracodawcy, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2014 r. poz. 1182) i z zachowaniem poufności informacji medycznych.
- Koszt świadczeń 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 Ubezpieczonego tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 6

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, 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 Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 3) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 4) 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);
- 5) spożycia przez Ubezpieczonego środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez Lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia przez Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- 6) poddania się eksperymentowi medycznemu przez Ubezpieczonego lub zabiegowi o charakterze medycznym; przeprowadzonemu poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych;
- 7) leczenia stomatologicznego, operacji kosmetycznych lub plastycznych Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego, pozbawienia płodności, usunięcia ciąży (z wyjątkiem sytuacji, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia Ubezpieczonego), sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności u Ubezpieczonego;
- 9) pobrania narządów lub tkanek do przeszczepu od Ubezpieczonego;
- 10) wypadku lotniczego zaistniałym w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
- 11) niestosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarza prowadzącego lub Lekarza Centrum;
- 12) chorób przewlekłych Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych: baloniarstwa, lotniarstwa, paralotniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów motorowych i motorowodnych uprawianych pojazdami niezależnie od pojemności silnika, sportów walki, sportów spadochronowych, wspinaczki górskiej lub skałkowej, speleologii, skoków do wody, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoków na elastycznej linie (bungee jumping), raftingu i wszystkich jego odmian, żeglarstwa morskiego, kite-surfingu, off-road skiingu/heliskiingu, kaskaderstwa oraz udziału w zawodach sportowych poza lekką atletyką i pływaniem.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 7

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 pielęgniarki	400,00 zł
	Dostawa leków	500,00 zł
	Transport medyczny z Miejsca zamieszkania do najbliższego, wyznaczonego przez Lekarza Centrum, Szpitala	2 000,00 zł
	Transport medyczny ze Szpitala do Miejsca zamieszkania	
	Transport medyczny ze Szpitala do Szpitala	
	Organizacja procesu rehabilitacyjnego	Organizacja procesu bez kosztu rehabilitacji oraz transportu
	Dostawa sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego	500,00 zł
	Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego	500,00 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	
Usługa realizowana w przypadku Nieszczęśliwego wypadku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	Wizyta Lekarza (honorarium i koszty za wizytę)	500,00 zł
	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
Usługa realizowana w przypadku Hospitalizacji Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania	Organizacja i pokrycie kosztów łóżka szpitalnego	40 zł na dobę przez okres maksymalnie 7 dni
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
Inne usługi	Telefoniczna konsultacja z Lekarzem	Usługa
	Organizacja wizyty u lekarza specjalisty	Usługa
	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 Ubezpieczony 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

§ 8

1. W przypadku zajścia zdarzenia uprawniającego do skorzystania z Usług medycznego assistance wskazanych w § 5, Ubezpieczony zobowiązany jest do telefonicznego skontaktowania się z Centrum pod numer telefonu podany w Dokumencie ubezpieczenia. Połączenie z powyższym numerem następuje na koszt dzwoniącego.
2. W trakcie kontaktu z Centrum Ubezpieczony powinien podać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) adres zamieszkania Ubezpieczonego;
 - 3) numer PESEL Ubezpieczonego;
 - 4) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - 5) numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym;
 - 6) inne informacje konieczne pracownikowi Centrum do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. W przypadku, gdy podane telefonicznie informacje są niezgodne z danymi posiadanymi przez Centrum i mogą nasuwać wątpliwości, co do uprawnień Ubezpieczonego do korzystania z Usług medycznego assistance, Ubezpieczony na żądanie pracownika Centrum zobowiązany 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, Centrum może odmówić organizacji świadczeń.

Refundacje

§ 9

1. Towarzystwo nie przewiduje refundacji za usługi niezorganizowane przez Centrum, chyba że Ubezpieczony przed zorganizowaniem usługi we własnym zakresie uzyskał telefonicznie taką zgodę od Centrum.
2. Ubezpieczony powinien złożyć do Centrum pisemny wniosek o refundację kosztów usług wraz z rachunkami niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie siedmiu dni od ustania przeszkody w zawiadomieniu Centrum.
3. Centrum przekazuje Ubezpieczonemu decyzję w sprawie wniosku o refundację w terminie do 30 dni od daty jego otrzymania.
4. Towarzystwo poprzez Centrum refunduje koszty w wysokości, w jakiej byłyby poniesione, gdyby Usługa medycznego assistance była organizowana przez Centrum, 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. Bezsporną część refundacji Centrum wypłaca w terminie określonym w ust. 3.

Postanowienia końcowe

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 1 czerwca 2016 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

Generali, z myślą o życiu

Życie jest pełne wyzwań. Przygotuj się na nie.



Z myślą o zdrowiu

ubezpiecz zdrowie

Życie to plany, pasje, marzenia - nie pozwól, by choroba stanęła Ci na przeszkodzie w ich realizacji! Ubezpiecz zdrowie, aby otrzymać realną pomoc w razie zachorowania: pieniądze na najlepsze leczenie i bieżące wydatki.

Zabezpieczymy Cię w razie wystąpienia wielu chorób: nowotworu, zawału serca, udaru, sepsy, stwardnienia rozsianego, przeszczepu narządów i wielu innych.

- ✓ **zyskasz dodatkową miesięczną kwotę przez pół roku***
- ✓ **w przypadku kolejnego zachorowania, ponownie otrzymasz pełną pomoc finansową***
- ✓ **spawdzisz diagnozę u światowych specjalistów***
- ✓ **zapłacimy za każdy dzień pobytu w szpitalu***

W ramach pakietu „Ubezpiecz zdrowie” ubezpieczysz:

Poważne zachorowanie

Świadczenie na wypadek Poważnego zachorowania

Pobyt w szpitalu w wyniku Choroby

i otrzymasz:

Drugą opinię medyczną

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

(KOD PPR_DD4_05.2016)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Poważnego zachorowania (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień Ogólnych OWU i SWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Poważne zachorowanie Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU i SWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujący dodatkowy termin:

- 1) **Poważne zachorowanie** – jednostka chorobowa lub zabieg operacyjny zdefiniowane w § 3.

§ 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 okresu 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 Leśniowskiego – Crohna o ciężkim przebiegu** – pełnościenne, ziarniniakowe zapalenie jelita, przebiegające z wytworzeniem przetoki, niedrożnością lub perforacją jelita i wymagające leczenia operacyjnego (całkowitego lub częściowego usunięcia jelita). Rozpoznanie potwierdzone być musi badaniem histopatologicznym;

- 7) **Choroba neuronu ruchowego** – choroba o nieznanym 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;
- 8) **Choroba Parkinsona** – powolnie postępująca zwyrodnieniowa choroba centralnego układu nerwowego, będąca następstwem zaniku komórek istoty czarnej śródmózgowia. Jednoznaczne rozpoznanie choroby Parkinsona musi być potwierdzone przez lekarza neurologa 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;
- 9) **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;
- 10) **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;
- 11) **Gorączka krwotoczna (Ebola)** – choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem Ebola, której objawy utrzymują się ponad 30 dni. Rozpoznanie musi być potwierdzone za pomocą odpowiednich testów laboratoryjnych;
- 12) **Kardiomiopatia** – choroba mięśnia sercowego, prowadząca do jego dysfunkcji. W rozumieniu niniejszych OWUD za kardiomiopatię uważa się chorobę powodującą objawy niewydolności serca spełniające kryterium IV klasy wg NYHA – New York Heart Association (każda aktywność fizyczna wywołuje dolegliwości; objawy podmiotowe niewydolności serca występują nawet w spoczynku, a jakkolwiek aktywność nasila dolegliwości) utrzymujące się przez co najmniej 3 miesiące. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem echokardiograficznym. Definicja nie obejmuje przypadków uszkodzenia mięśnia serca spowodowanych nadużywaniem alkoholu (kardiomiopatia alkoholowa);
- 13) **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;
- 14) **Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy** – histologicznie łagodny guz nowotworowy, powodujący z uwagi na niekorzystną lokalizację i/lub wyczerpanie się mechanizmów kompensacyjnych poważny utrwalony deficyt neurologiczny pod postacią ślepoty jedno lub obuocznego, głuchoty jedno lub obuusznego, utraty lub znacznego upośledzenia mowy uniemożliwiającego porozumiewanie się, nasilonych zaburzeń równowagi uniemożliwiających bądź w znaczny sposób utrudniających samodzielne poruszanie się, utraty lub upośledzenia siły mięśniowej co najmniej jednej kończyny w zakresie 0-3 stopni w skali Lovetta;
- 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** – 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 nie obejmuje:
- a. nowotworów o typie carcinoma in situ (łącznie z dysplazją szyjki macicy CIN-1, CIN-2 i CIN-3) lub opisanych jako nowotwory przedinwazyjne/nieinwazyjne;
 - b. nowotworów skóry z wyjątkiem chłoniaka skóry oraz czerniaka złośliwego o stopniu zaawansowania większym niż IA w klasyfikacji TNM (grubość > 1.0 mm, owrzodzenie) – zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC;
 - c. wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
- 17) **Operacja aorty** – zabieg operacyjny z dostępu przez torakotomię lub laparotomię przeprowadzony 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;
- 18) **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;
- 19) **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, rozpoznana przez specjalistę w zakresie neurologii. Utrata funkcji musi być trwała i istnieć przez ponad 6 miesięcy od daty zdarzenia. Definicja obejmuje utratę funkcji kończyn określaną jako diplegia, hemiplegia, tetraplegia lub quadriplegia;
- 20) **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);
- 21) **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;
- 22) **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;
- 23) **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;
- 24) **Przeszczepienie narządu** – przeszczep 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;
- 25) **Przewlekła niewydolność wątroby** – końcowe stadium choroby wątroby charakteryzujące się istnieniem wszystkich poniższych objawów:
- trwała żółtaczka;
 - wodobrzusze;
 - encefalopatia wątrobowa.
- Definicja nie obejmuje:
- przypadków mieszczących się w klasie A klasyfikacji Child – Pugh;
 - chorób wątroby spowodowanych alkoholem lub nadużywaniem leków lub innych substancji chemicznych;
- 26) **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;
- 27) **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;
- 28) **Sepsa** – uogólniona reakcja zapalna, powikłana niewydolnością wielonarządową. Przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zaliczamy ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę. Odpowiedzialnością Towarzystwa objęte są wyłącznie przypadki sepsy powstałej w przebiegu zakażenia meningokokowego lub pneumokokowego;
- 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;

- d. klasa IV – zmiany rozsiane;
- e. klasa V – błoniaste kłębkowe zapalenie nerek;
- f. 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 tkanki mózgowej spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorom spowodowanym materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

- a. wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
- b. utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
- c. obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego;
- d. istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii najwcześniej po 3 miesiącach od daty wystąpienia zdarzenia).

Definicja nie obejmuje następujących przypadków:

- a. epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
- b. zdarzenia skutkujące jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci;
- c. objawy mózgowe spowodowane migreną;
- d. uszkodzenia mózgu spowodowane zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
- e. choroby naczyniowe dotyczące narządu wzroku, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;

- 33) **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;

- 34) **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;

- 35) **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;

- 36) **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;

- 37) **Zaawansowana choroba płuc** – schyłkowe stadium przewlekłej choroby układu oddechowego, w przebiegu której występują wszystkie z poniższych objawów:

- a. wartość FEV1 utrzymuje się poniżej 1 litra;
- b. wymagane jest stałe leczenie tlenem z powodu hipoksemii;
- c. ciśnienie parcjalne tlenu w gazometrii krwi tętniczej wynosi poniżej 55 mmHg;
- d. występuje stała duszność spoczynkowa.

Rozpoznanie musi być potwierdzone klinicznie przez specjalistę w zakresie pneumonologii;

- 38) **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 w terminie siedmiu dni 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;

- 39) **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;

- 40) **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 lub CK-MB), 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

§ 4

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 5

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, określonych w tabeli nr 1 Poważnych zachorowań, zgodnych z definicjami określonymi w § 3:

tabela nr 1

1) Anemia aplastyczna	21) Piorunujące zapalenie wątroby
2) Bakteryjne zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych	22) Postępująca twardzina układowa (scleroderma)
3) Choroba Alzheimer'a	23) Poważny uraz głowy
4) Choroba Creutzfeldta – Jakoba	24) Przeszczepienie narządu
5) Choroba Heinego – Medina (poliomyelitis)	25) Przewlekła niewydolność wątroby
6) Choroba Leśniowskiego – Crohna o ciężkim przebiegu	26) Przewlekłe nawracające zapalenie trzustki
7) Choroba neuronu ruchowego	27) Reumatoidalne zapalenie stawów
8) Choroba Parkinsona	28) Sepsa
9) Ciężkie oparzenia	29) Stwardnienie rozsiane
10) Dystrofia mięśniowa	30) Śpiączka
11) Gorączka krwotoczna (Ebola)	31) Toczeń rumieniowaty układowy
12) Kardiomiopatia	32) Udar mózgu
13) Leczenie operacyjne choroby wieńcowej	33) Utrata kończyn
14) Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy	34) Utrata mowy
15) Niewydolność nerek	35) Utrata słuchu
16) Nowotwór złośliwy	36) Utrata wzroku
17) Operacja aorty	37) Zaawansowana choroba płuc
18) Operacja zastawek serca	38) Zakażenie wirusem HIV
19) Paraliż	39) Zapalenie mózgu
20) Pierwotne nadciśnienie płucne	40) Zawał serca

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 6

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania, 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, a także ataku konwulsji lub epilepsji;
- 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) spożycia przez Ubezpieczonego środków odurzających lub psychotropowych niezalecanych 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 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, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem;
- 8) wad wrodzonych Ubezpieczonego i schorzeniami będącymi ich skutkiem;
- 9) choroby AIDS Ubezpieczonego lub zarażenia się wirusem HIV przez Ubezpieczonego (za wyjątkiem zakażenia wirusem HIV będącego przedmiotem ubezpieczenia zgodnie z § 3 pkt 38);

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 zdiagnozowanych lub leczonych u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową 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 § 18 OWU.

§ 7

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność tylko wówczas, gdy Poważne zachorowanie było skutkiem Nieszczęśliwego wypadku.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejne okresy ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 8

1. Z tytułu wystąpienia Poważnego zachorowania Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości:
 - 1) 50% lub 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;
 - 2) 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: Nowotwór złośliwy, Przewlekła niewydolność wątroby, Przewlekłe nawracające zapalenie trzustki, Zawał serca uzależniony jest od stopnia zaawansowania choroby świadczenia dniu wystąpienia Poważnego zachorowania:
 - 1) Nowotwór złośliwy:
 - a. I stopień zaawansowania choroby - świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku rozpoznania następujących nowotworów (nowotwory we wczesnym stopniu zaawansowania):
 - a) rak sutka w stopniu zaawansowania T1;
 - b) rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1(a) oraz T1(b);
 - c) brodawkowaty rak tarczycy w stopniu zaawansowania <T2;
 - d) brodawkowaty rak pęcherza moczowego w stopniu zaawansowania < T2;
 - e) przewlekła białaczka limfocytowa w stopniu zaawansowania < 2 wg klasyfikacji RAI;
 - f) ziarnica złośliwa z w stopniu zaawansowania < 2 wg klasyfikacji Ann Arbor;
 - b. 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 1 ppkt a.
 - 2) Przewlekła niewydolność wątroby:
 - a. I stopień zaawansowania choroby - 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku, gdy rozpoznano niewydolność wątroby mieszczącą się w klasie B klasyfikacji Child – Pugh;
 - b. II stopień zaawansowania choroby - świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku, gdy rozpoznano niewydolność wątroby mieszczącą się w klasie C lub D klasyfikacji Child – Pugh.
 - 3) Przewlekłe nawracające zapalenie trzustki:
 - a. 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 nie przekraczającej 10% wartości wyjściowej;
 - b. 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:
 - 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 powyżej 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%.
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.

tabela nr 2

Grupa I	Grupa II	Grupa III	Grupa IV	Grupa V
Anemia aplastyczna	Niewydolność nerek	Kardiomiopatia	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo - rdzeniowych	Choroba Heinego - Medina
Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy	Piorunujące zapalenie wątroby	Leczenie operacyjne choroby wieńcowej	Choroba Alzheimera	Choroba Leśniowskiego – Crohna o ciężkim przebiegu
Nowotwór złośliwy ¹⁾	Przeszczepienie narządu	Operacja aorty	Choroba Creutzfeldta–Jakoba	Ciężkie oparzenia
	Przewlekła niewydolność wątroby ¹⁾	Operacja zastawek serca	Choroba neuronu ruchowego	Gorączka krwotoczna (Ebola)
	Przewlekłe nawracające zapalenie trzustki ¹⁾	Pierwotne nadciśnienie płucne	Choroba Parkinsona	Postępującą twardzina układowa
	Zaawansowana choroba płuc	Udar mózgu	Dystrofia mięśniowa	Poważny uraz głowy
		Zawał serca ¹⁾	Paraliż	Reumatoidalne zapalenie stawów
			Stwardnienie rozsiane	Sepsa
			Utrata mowy	Śpiączka
			Utrata słuchu	Toczeń rumieniowaty układowy
			Utrata wzroku	Utrata kończyn
			Zapalenie mózgu	Zakażenie wirusem HIV

¹⁾ Poważne zachorowania, w razie wystąpienia, których wypłata świadczenia wypłacana jest w zależności od stopnia jego zaawansowania.

- 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.
- 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

§ 9

- Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - wniosek o wypłatę świadczenia;
 - kserokopię dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego;
 - kserokopię zaświadczenia lekarza lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania.
- 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.
- 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 § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 10

- W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
- Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 1 czerwca 2016 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO ŚWIADCZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

(KOD PPR_DDB_05.2016)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego Świadczenie na wypadek Poważnego zachorowania (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU i SWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o świadczenie dla Ubezpieczonego na wypadek Poważnego zachorowania.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU i SWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujący dodatkowy termin:

- 1) **Poważne zachorowanie** – jednostka chorobowa lub zabieg operacyjny, o których mowa w § 3 OWUD Umowy dodatkowej na wypadek Poważnego zachorowania.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- 1) wystąpienie Poważnego zachorowania Ubezpieczonego, wskazanego i zdefiniowanego w § 3 OWUD Umowy dodatkowej na wypadek Poważnego zachorowania;
- 2) zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania wskazanego w OWUD Poważnego zachorowania w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Poważnego zachorowania, uprawniającej do uzyskania świadczenia na wypadek Poważnego zachorowania.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 5

1. W przypadku, jeżeli Towarzystwo wypłaci świadczenie dla Ubezpieczonego z tytułu Poważnego zachorowania na podstawie Umowy dodatkowej Poważnego zachorowania, dodatkowo wypłaci świadczenie w wysokości 1/6 Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za każdy pełny miesiąc (przyjęty jako 30 dni) od daty zdiagnozowania Poważnego zachorowania.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie za nie więcej niż 6 miesięcy (przyjęte jako 180 dni).

Wypłata świadczenia

§ 6

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię zaświadczenia lekarza lub innej 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. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 7

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 1 czerwca 2016 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W WYNIKU CHOROBY

(KOD PPR_DCHB_05.2016)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Pobytu w szpitalu w wyniku Choroby (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU i SWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu Choroby.

Definicje

§ 2

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

- 1) **Pobyt w szpitalu** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu na zlecenie lekarza, trwający nieprzerwanie co najmniej 2 kolejne dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia spowodowany Chorobą. 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;
- 2) **Szpital** – działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej. W rozumieniu niniejszej definicji Szpitalem nie jest dom opieki, hospicjum, ośrodek sanatoryjny, rehabilitacyjny lub wypoczynkowy, szpital uzdrowiskowy ani jakakolwiek placówka, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Pobyt w szpitalu, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, w wyniku Choroby, która wystąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w szpitalu, jeżeli jego konieczność była konsekwencją:
 - 1) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, a także ataku konwulsji lub epilepsji;
 - 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) spożycia przez Ubezpieczonego środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, uśmierzania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 4) wad wrodzonych Ubezpieczonego i schorzeń będących ich skutkiem;
 - 5) choroby AIDS Ubezpieczonego lub zarażenia się wirusem HIV przez Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w szpitalu, jeżeli miał on na celu:
 - 1) operację plastyczną lub kosmetyczną Ubezpieczonego;
 - 2) wykonywanie przez Ubezpieczonego rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich niewynikających z zachorowania;
 - 3) wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych u Ubezpieczonego;
 - 4) leczenie lub zabiegi związane z ciążą, porodem i położeniem Ubezpieczonego (poza przypadkami, gdy zdiagnozowano komplikacje porodu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiący zagrożenie dla życia Ubezpieczonego), leczenie bezpłodności, sterylizację, sztuczne zapłodnienie lub usunięcie ciąży (z wyjątkiem sytuacji, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia Ubezpieczonego), zmianę płci Ubezpieczonego;
 - 5) poddanie się leczeniu dentyścicznemu przez Ubezpieczonego;
 - 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 zdiagnozowanych lub leczonych u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 10) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w § 18 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 6

1. W przypadku Pobytu w szpitalu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu za każdy dzień Pobytu w szpitalu 0,5% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia zdarzenia.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie łącznie za nie więcej niż 200 dni Pobytu w szpitalu.
3. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego Szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia, ten dzień uwzględnia się jeden raz.
4. 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.

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) kserokopię dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego;
 - 3) kserokopię zaświadczenia lekarza lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej Pobyt 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. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 1 czerwca 2016 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO DRUGIEJ OPINII MEDYCZNEJ

(KOD PPR_BD_05.2016)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego Drugiej opinii medycznej (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU i SWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Drugą opinię medyczną.

Definicje

§ 2

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

- 1) **Best Doctors** – Best Doctors Inc., która mieści się pod adresem: One Boston Place, 32nd Floor Boston, Massachusetts, USA 02108, firma współpracująca z Towarzystwem w ramach Drugiej opinii medycznej;
- 2) **Centrum Obsługi Klienta Best Doctors** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe prowadzone przez Best Doctors, czynne przez całą dobę 365 dni w roku pod numerem telefonu +48 800 365 867, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej oraz koordynuje realizację świadczenia z tytułu Drugiej opinii medycznej;
- 3) **Druga opinia medyczna** – opinia dotycząca diagnozy, stanu zdrowia i leczenia Ubezpieczonego sporządzana przez lekarza konsultanta, na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej;
- 4) **Lekarz konsultant** – lekarz medycyny, praktykujący poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, uznany za wybitnego specjalistę w środowisku medycznym w danej specjalności. Wybór lekarza konsultanta dla poszczególnych Ubezpieczonych będzie dokonywany przez Best Doctors, z uwzględnieniem specyfiki choroby Ubezpieczonego;
- 5) **Lekarz uprawniony** – lekarz współpracujący z organizatorem usług objętych Drugą opinią medyczną.

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 Umowie dodatkowej na wypadek Poważnego zachorowania.

§ 5

Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- 1) Sporządzenie Drugiej opinii medycznej, w ramach której Towarzystwo za pośrednictwem Best Doctors 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 przeprowadzone ponowne badanie histopatologiczne;
 - b) przetłumaczenia 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) wskazanie lekarzy kwalifikujących się do podjęcia procesu leczenia Ubezpieczonego, czyli:
 - a) wyszukanie lekarza specjalizującego się w danym schorzeniu;
 - b) dostarczenie 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;
 - g) zorganizowanie procesu leczenia Ubezpieczonego za granicą, czyli:
 - a) zorganizowanie oraz koordynację terapii medycznej;
 - b) zorganizowanie oraz koordynację transportu Ubezpieczonego do miejsca gdzie przeprowadzane jest leczenie;
 - c) zorganizowanie zakwaterowania Ubezpieczonego;
 - d) przedstawienie szacunkowego kosztu leczenia.
- 2) Prawo do usług określonych w ppkt f i g przysługuje pod warunkiem, że wcześniej została sporządzona Druga opinia medyczna dla Ubezpieczonego.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 6

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, 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, a także ataku konwulsji lub epilepsji;
 - 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) spożycia przez Ubezpieczonego 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 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, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem.
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 został 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

§ 7

1. Świadczenie obejmuje proces organizowania usług określonych w § 5 pkt 1, natomiast nie obejmuje kosztów wizyt lekarskich i badań diagnostycznych zaleconych lub niezbędnych do sporządzenia drugiej opinii medycznej, za wyjątkiem badań histopatologicznych, 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;
 - 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. Przez Chorobę lub uszkodzenie ciała wskazane w ust. 2 rozumie się ich definicje określone w OWUD Umowy dodatkowej na wypadek Poważnego zachorowania.
4. Zgłaszając się do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors Ubezpieczony powinien podać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) adres zamieszkania;
 - 3) numer telefonu do kontaktu zwrotnego.
5. W przypadku potwierdzenia ochrony ubezpieczeniowej zgłaszający otrzyma przesyłkę zawierającą zestaw formularzy niezbędnych do spełnienia świadczenia.
6. Zgłaszający zobowiązany jest dostarczyć do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors pełną dokumentację medyczną, dotyczącą przypadku medycznego w związku z którym wnioskuje o sporządzenie Drugiej opinii medycznej dla Ubezpieczonego.
7. Centrum Obsługi Klienta Best Doctors przesyła Drugą opinię medyczną w ciągu 17 dni roboczych liczonych od daty, w której spełniony został warunek określony w ust. 6.

8. W przypadku, gdy sporządzenie Drugiej opinii medycznej nie może nastąpić w terminie, o którym mowa w ust. 7, Centrum Obsługi Klienta Best Doctors sporządzi Drugą opinię medyczną w ciągu 14 dni roboczych od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności sporządzenie jej było możliwe.

Postanowienia końcowe

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 1 czerwca 2016 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



Członek 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 PPR_IKE1_05.2016) 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.

Generali, z myślą o życiu

Życie jest pełne wyzwań. Przygotuj się na nie.



Z myślą o przyszłości

zabezpiecz finanse na emeryturę

Na emeryturze będzie Cię stać na realizację marzeń. Pomyśl o tym już teraz i przygotuj się!

Nawet niewielkie regularne wpłaty na Twoje konto emerytalne (IKE lub IKZE) przyniosą realne korzyści teraz i w przyszłości. Im szybciej zaczniesz oszczędzać, tym większy kapitał zgromadzisz!

- ✓ **co roku zyskasz nawet do kilkuset złotych dzięki uldze podatkowej**
- ✓ **wybierasz spośród 9 funduszy, w ramach których oszczędzasz pieniądze**
- ✓ **możesz wpłacać nawet drobne kwoty - już od 20 zł miesięcznie**

Indywidualne Konto Emerytalne

Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYMI FUNDUSZAMI KAPITAŁOWYMI, W RAMACH KTÓREGO PROWADZONE JEST INDYWIDUALNE KONTO EMERYTALNE

(KOD PPR_IKE1_05.2016)

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 PPR_IKE1_TOIL_05.2016 (zwana dalej „Tabelą IKE”) stanowi załącznik nr 1 do OWU.
3. Wykaz Funduszy – kod PPR_IKE1_WUFK_05.2016 (zwany dalej „Wykazem Funduszy IKE”) stanowi załącznik nr 2 do OWU.
4. Regulamin lokowania środków ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych – kod PPR_IKE1_RL_05.2016 (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 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 (t.j. Dz. U. z 2014, poz. 157) 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 po potrąceniu opłaty alokacyjnej stanowi Wpłatę na Rachunek IKE (suma wpłat Składek IKE w roku kalendarzowym nie może przekroczyć limitu określonego w § 7 ust. 8);
 - 15) **Składka regularna IKE** – składka płatna na Rachunek IKE wskazany przez Towarzystwo z częstotliwością oraz w terminach wskazanych w Dokumentie ubezpieczenia;
 - 16) **Składka nieregularna IKE** – składka płatna na Rachunek IKE wskazany przez Towarzystwo w dowolnym czasie trwania Umowy;
 - 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 w formie pisemnej 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 jedyne 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 (t.j. Dz.U. z 2014 r. poz. 1147 z późn. zm.);

- 25) **Wpłata** – wpłata środków pieniężnych w formie Składki IKE lub wypłaty transferowej, dokonywana przez Oszczędzającego na Rachunek IKE;
 - 26) **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;
 - 27) **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;
 - 28) **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 (t.j. Dz.U. 2014 poz. 710 z późn. zm);
 - 29) **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;
 - 30) **Wniosek o zawarcie umowy** – formularz Towarzystwa, na którym Oszczędzający składa ofertę zawarcia Umowy (zwany dalej „Wnioskiem”);
 - 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 18 lat.
2. Umowa zawierana jest pisemnie 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 na Wniosku.
6. Towarzystwo potwierdza zawarcie Umowy Dokumentem ubezpieczenia (polisą).

Odstąpienie od Umowy i rozwiązywanie Umowy

§ 6

1. Oszczędzającemu przysługuje prawo 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 lub 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 pomniejszona o pobraną opłatę alokacyjną, o której mowa w Tabeli IKE, stanowi Wpłatę na Rachunek IKE.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. Zapisy ust. 8 nie mają zastosowania do przyjmowanych wypłat transferowych.
12. 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.
13. Wpłata Składki nieregularnej IKE nie zwalnia Oszczędzającego 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.
14. W przypadku, gdy Oszczędzający 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

1. 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.
2. Po opłaceniu Składki IKE Towarzystwo dopisuje Jednostki uczestnictwa do Rachunku IKE, z zastrzeżeniem ust. 6, zgodnie ze wskazaną przez Oszczędzającego 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.
3. 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.
4. 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 jednak niż po otrzymaniu kompletu dokumentów z instytucji finansowej, z której dokonano wypłaty transferowej.
5. Za Składkę nieregularną IKE i środki pochodzące z przyjętej wypłaty transferowej Towarzystwo nabywa Jednostki uczestnictwa Funduszy zgodnie z Alokacją składki IKE ustaloną przez Oszczędzającego dla Składki regularnej IKE.
6. W przypadku, gdy we Wniosku Oszczędzający zadeklarował 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

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, winny zostać określone ich udziały procentowe w kwocie świadczenia.
4. Jeżeli udziały procentowe Uposażonych w kwocie świadczenia nie zostaną określone, przyjmuje się, iż 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 jedynego 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

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie następujące dokumenty:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) dokument stwierdzający tożsamość Uprawnionego;
 - 3) akt zgonu albo odpis skrócony aktu zgonu Oszczędzającego;
 - 4) zaświadczenie lekarza lub inną dokumentację medyczną określającą przyczynę śmierci;
 - 5) w przypadku, o którym mowa w § 9 ust. 5, dokument potwierdzający bycie członkiem rodziny, a stosownym wykazaniem takiego stanu będą w szczególności akt małżeństwa, akt urodzenia, prawomocne postanowienie sądu o stwierdzeniu nabycia spadku, notarialny akt poświadczenia dziedziczenia a także dokumenty stwierdzające tożsamość spadkobierców.
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 w formie tłumaczenia przysięgłego.
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.

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 siedmiu 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. 2.
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 dyspozycji w Towarzystwie przez Oszczędzającego.
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%.

Oplaty

§ 16

1. Oplaty obciążające Oszczędzającego, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3, określone są we Wniosku lub w Umowie i potwierdzone w Dokumencie ubezpieczenia.
2. 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 IKE Oszczędzającego, lecz nie więcej niż 200 zł.
3. Z tytułu zarządzania Funduszami Towarzystwo pobiera opłatę za zarządzanie w wysokości wskazanej w Tabeli IKE.

Prawa i obowiązki Oszczędzającego

§ 17

1. Oszczędzający jest zobowiązany do opłacania Składek IKE w wysokości i terminach wskazanych w Dokumencie 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 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 Oszczędzającemu, nie rzadziej niż raz w roku, z zastrzeżeniem pkt 4, w trybie uzgodnionym z Oszczędzającym, informacji o środkach znajdujących się na Rachunku IKE 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 z tytułu śmierci Oszczędzającego;
 - 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, pisemnie lub w inny sposób, na który ta osoba wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia zobowiązań Towarzystwa, jeżeli jest to niezbędne do prowadzenia dalszego postępowania;
 - 9) informowania pisemnie 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 pisemnie 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) pisemnego 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 przekazuje informacje, o których mowa w pkt 3-7 pisemnie albo jeżeli Oszczędzający wyrazi na to zgodę, za pośrednictwem poczty elektronicznej lub Konta Klienta, o którym mowa w § 20 ust. 3.
 4. Towarzystwo zamieszcza informacje o wartości Jednostki uczestnictwa na stronie internetowej Towarzystwa generali.pl.

Reklamacje

§ 19

1. Będący osobą fizyczną Oszczędzający, Uprawniony oraz inna osoba upoważniona 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”). Złożenie Reklamacji niezwłocznie po powzięciu przez Klienta zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie Reklamacji.
2. Reklamacje mogą być składane:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście w jednostce podmiotu rynku finansowego, obsługującej Klientów, albo przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe na adres ul. Postępu 15 B, 02-676 Warszawa;
 - 2) ustnie – telefonicznie pod numerem +48 913 913 913 albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w jednostce podmiotu rynku finansowego obsługującej Klientów.
3. Reklamacja powinna zawierać dane Klienta umożliwiające jego identyfikację, numer polisy oraz zastrzeżenia zgłaszane przez Klienta. Na wniosek Klienta Towarzystwo potwierdzi wpływ Reklamacji pisemnie lub w inny sposób uzgodniony z Klientem.
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 informacji. 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.
7. Inne osoby niż wymienione w ust. 1 mogą składać Reklamacje w formie i na zasadach wskazanych w ust. 1-3 powyżej. Reklamacje te są rozpatrywane na zasadach i w terminach określonych w ust. 4-5 powyżej, z zastrzeżeniem, że Towarzystwo informuje zainteresowanego o sposobie załatwienia Reklamacji w sposób uzgodniony z tą osobą.
8. Niezależnie od powyższego Klient może składać skargi i zażalenia na działalność Towarzystwa do uprawnionych organów, w tym Komisji Nadzoru Finansowego, Rzecznika Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną Klientów podmiotów 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 (Dz. U. 1991 nr 80 poz. 350 z późn. zm.).
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 1 czerwca 2016 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWU TABELA IKE

(KOD PPR_IKE1_TOIL_05.2016)

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)	Fundusz Emerytalny Generali Agresywny	3,10%
	Fundusz Emerytalny Generali Mieszany	2,50%
	Fundusz Emerytalny Generali Obligacji	1,60%
	Opłata za zarządzanie Funduszami (procent wartości całego Funduszu rocznie)	UFK Generali Gwarantowany PLUS 1,50%
	– opłata uwzględniona w Cenie jednostki, nie pobierana poprzez umorzenie Jednostek uczestnictwa z Rachunku IKE	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%
3)	Opłata alokacyjna	określona we Wniosku

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 1 czerwca 2016 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OWU WYKAZ FUNDUSZY IKE

(KOD PPR_IKE1_WUFK_05.2016)

1. Towarzystwo tworzy następujące Fundusze:

Lp.	Nazwa Funduszu
Fundusze Rynku pieniężnego	
1)	UFK Generali Gwarantowany PLUS
Fundusze Dłużne	
2)	Fundusz Emerytalny Generali Obligacji
Fundusze Mieszane	
3)	Fundusz Emerytalny Generali Mieszany
Fundusze Akcji	
4)	Fundusz Emerytalny Generali Agresywny

2. Towarzystwo tworzy następujące Portfele modelowe:

Lp.	Nazwa Funduszu
Fundusze Mieszane	
1)	Portfel Cyklu Koniunkturalnego
Fundusze Akcji	
2)	Portfel Polski Akcyjny
3)	Portfel Zagraniczny „Cztery strony świata” Akcyjny
4)	Portfel Zagraniczny Nieruchomości
Fundusze Akcji/Rynek surowców	
5)	Portfel Zagraniczny Surowcowy

3. Niniejszy Wykaz Funduszy IKE został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 1 czerwca 2016 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

ZAŁĄCZNIK NR 3 DO OWU REGULAMIN LOKOWANIA IKE

(KOD PPR_IKE1_RL_05.2016)

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 charakteryzuje się wysokim ryzykiem inwestycyjnym. Jednocześnie 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 charakteryzuje się wysokim ryzykiem inwestycyjnym. Jednocześnie 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 (t.j. Dz.U. z 2013 r. poz. 330 z późn. zm.) 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.
8. Opłata za 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

1. Towarzystwo z tytułu zarządzania Funduszami pobiera opłatę za zarządzanie Funduszami.
2. Wysokość opłaty, o której mowa w ust. 1, została określona w Tabeli IKE.
3. 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

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 Oszczędzającego, który posiada środki w likwidowanym Funduszu, w terminie co najmniej trzech miesięcy poprzedzających datę likwidacji Funduszu.
3. Oszczędzający przed datą likwidacji Funduszu powinien złożyć oświadczenie zawierające dyspozycję przeniesienia Jednostek uczestnictwa z likwidowanego Funduszu lub dyspozycję zmiany Alokacji składki IKE.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
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. 3 OWU, 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 Oszczędzającego o zmianach określonych w pkt 1 lub 2.

Ryzyko inwestycyjne

§ 8

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. 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 1 czerwca 2016 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



Członek 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 PPR_IKZE1_05.2016) 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 PPR_IKZE1_05.2016)

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 PPR_IKZE1_TOIL_05.2016 (zwana dalej „Tabelą IKZE”) stanowi załącznik nr 1 do OWU.
3. Wykaz Funduszy – kod PPR_IKZE1_WUFK_05.2016 (zwany dalej „Wykazem Funduszy IKZE”) stanowi załącznik nr 2 do OWU.
4. Regulamin lokowania środków ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych – kod PPR_IKZE1_RL_05.2016 (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 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 (t.j. Dz. U. z 2014, poz. 157) 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 po potrąceniu opłaty alokacyjnej stanowi Wpłatę na Rachunek IKZE (suma wpłat Składek IKZE w roku kalendarzowym nie może przekroczyć limitu określonego w § 7 ust. 8);
 - 14) **Składka regularna IKZE** – składka płatna na Rachunek IKZE wskazany przez Towarzystwo z częstotliwością oraz w terminach wskazanych w Dokumentie ubezpieczenia;
 - 15) **Składka nieregularna IKZE** – składka płatna na Rachunek IKZE wskazany przez Towarzystwo w dowolnym czasie trwania Umowy;
 - 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 w formie pisemnej 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 jedyne 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 (t.j. Dz.U. z 2014 r. poz. 1147 z późn. zm.);
 - 24) **Wpłata** – wpłata środków pieniężnych w formie Składki IKZE lub wypłaty transferowej, dokonywana przez Oszczędzającego na Rachunek IKZE;
 - 25) **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;

- 26) **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;
 - 27) **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;
 - 28) **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;
 - 29) **Wniosek o zawarcie umowy** – formularz Towarzystwa, na którym Oszczędzający składa ofertę zawarcia Umowy (zwany dalej „Wnioskiem”);
 - 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 18 lat.
2. Umowa zawierana jest pisemnie 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 Wniosku.
6. Towarzystwo potwierdza zawarcie Umowy Dokumentem ubezpieczenia (polisą).

Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy

§ 6

1. Oszczędzającemu przysługuje prawo 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 lub miesięczną. Wysokość Składki regularnej IKZE, częstotliwość oraz terminy jej opłacania potwierdzone są w Dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 14.
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 pomniejszona o pobraną opłatę alokacyjną, o której mowa w Tabeli 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 przewidywanym budżetowym lub w ich projektach, jeżeli odpowiednie ustawy nie zostały uchwalone.
9. W przypadku, gdy kwota ustalona w sposób określony w ust. 8 będzie niższa od kwoty ogłoszonej w poprzednim roku kalendarzowym, obowiązuje kwota wpłat dokonywanych na IKZE ogłoszona w poprzednim roku kalendarzowym.
10. Jeżeli do końca roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym będą dokonywane wpłaty na IKZE, 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.
11. Zapisy ust. 8 nie mają zastosowania do przyjmowanych wypłat transferowych.
12. 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.
13. 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.
14. 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, winny zostać określone ich udziały procentowe w kwocie świadczenia.
4. Jeżeli udziały procentowe Uposażonych w kwocie świadczenia nie zostaną określone, przyjmuje się, iż 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;
 - dokument stwierdzający tożsamość Uprawnionego;
 - odpis skrócony aktu zgonu Oszczędzającego;
 - zaświadczenie lekarza lub inną dokumentację medyczną określającą przyczynę śmierci;
 - w przypadku, o którym mowa w § 9 ust. 5, dokument potwierdzający bycie członkiem rodziny, a stosownym wykazaniem takiego stanu będą w szczególności akt małżeństwa, akt urodzenia, prawomocne postanowienie sądu o stwierdzeniu nabycia spadku, notarialny akt poświadczenia dziedziczenia, a także dokumenty stwierdzające tożsamość spadkobierców.
- 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 dostarczone w języku polskim.
- Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
- 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.
- Oszczędzający przed dokonaniem Wypłaty zobowiązany jest do poinformowania Towarzystwa o właściwym dla Oszczędzającego w sprawach podatku dochodowego od osób fizycznych naczelniku urzędu skarbowego.
- 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 wypłaty 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.
- 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.
- 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.

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;
 - 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. 2.

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 w wybrany Fundusz nie może być niższa niż 10%.

Opłaty

§ 16

1. Opłaty obciążające Oszczędzającego, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3, określone są we Wniosku lub w Umowie i potwierdzone w Dokumencie ubezpieczenia.
2. 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.
3. 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 Dokumencie 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 pisemnych 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, pisemnie lub w inny sposób, na który ta osoba wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia zobowiązań Towarzystwa, jeżeli jest to niezbędne do prowadzenia dalszego postępowania;
 - 9) informowania pisemnie 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 pisemnie 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) pisemnego 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 przekazuje informacje, o których mowa w pkt 3-7 pisemnie albo jeżeli Oszczędzający wyrazi na to zgodę, za pośrednictwem poczty elektronicznej lub Konta Klienta, o którym mowa w § 20 ust. 3.
4. Towarzystwo zamieszcza informacje o wartości Jednostki uczestnictwa na stronie internetowej Towarzystwa generali.pl.

Reklamacje

§ 19

1. Będący osobą fizyczną Oszczędzający, Uprawniony oraz inna osoba upoważniona 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”). Złożenie Reklamacji niezwłocznie po powzięciu przez Klienta zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie Reklamacji.
2. Reklamacje mogą być składane:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście w jednostce podmiotu rynku finansowego, obsługującej Klientów, albo przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe na adres ul. Postępu 15 B, 02-676 Warszawa;
 - 2) ustnie - telefonicznie pod numerem +48 913 913 913 albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w jednostce podmiotu rynku finansowego obsługującej Klientów.
3. Reklamacja powinna zawierać dane Klienta umożliwiające jego identyfikację, numer polisy oraz zastrzeżenia zgłaszane przez Klienta. Na wniosek Klienta Towarzystwo potwierdzi wpływ Reklamacji pisemnie lub w inny sposób uzgodniony z Klientem.
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 informacji. 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.
7. Inne osoby niż wymienione w ust. 1 mogą składać Reklamacje w formie i na zasadach wskazanych w ust. 1-3 powyżej. Reklamacje te są rozpatrywane na zasadach i w terminach określonych w ust. 4-5 powyżej, z zastrzeżeniem, że Towarzystwo informuje zainteresowanego o sposobie załatwienia Reklamacji w sposób uzgodniony z tą osobą.
8. Niezależnie od powyższego Klient może składać skargi i zażalenia na działalność Towarzystwa do uprawnionych organów, w tym Komisji Nadzoru Finansowego, Rzecznika Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną Klientów podmiotów 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 kontaktach emerytalnych oraz indywidualnych kontaktach 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 (Dz. U. 1991 nr 80 poz. 350 z późn. zm.).
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 1 czerwca 2016 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWU
TABELA IKZE**

(KOD PPR IKZE1_TOIL_05.2016)

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
	Fundusz Emerytalny Generali Agresywny	3,10%
	Fundusz Emerytalny Generali Mieszany	2,50%
	Fundusz Emerytalny Generali Obligacji	1,60%
	Opłata za zarządzanie Funduszami (procent wartości całego Funduszu rocznie)	UFK Generali Gwarantowany PLUS 1,50%
2)	– opłata uwzględniona w Cenie jednostki, nie pobierana poprzez umorzenie Jednostek uczestnictwa z Rachunku IKZE	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%
3)	Opłata alokacyjna	określona we Wniosku

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. 8-11 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 1 czerwca 2016 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OWU WYKAZ FUNDUSZY IKZE

(KOD PPR_IKZE1_WUFK_05.2016)

1. Towarzystwo tworzy następujące Fundusze:

Lp.	Nazwa Funduszu
	Fundusze Rynku pieniężnego
1)	UFK Generali Gwarantowany PLUS
	Fundusze Dłużne
2)	Fundusz Emerytalny Generali Obligacji
	Fundusze Mieszane
3)	Fundusz Emerytalny Generali Mieszany
	Fundusze Akcji
4)	Fundusz Emerytalny Generali Agresywny

2. Towarzystwo tworzy następujące Portfele modelowe:

Lp.	Nazwa Funduszu
	Fundusze Mieszane
1)	Portfel Cyklu Koniunkturalnego
	Fundusze Akcji
2)	Portfel Polski Akcyjny
3)	Portfel Zagraniczny „Cztery strony świata” Akcyjny
4)	Portfel Zagraniczny Nieruchomości
	Fundusze Akcji/Rynek surowców
5)	Portfel Zagraniczny Surowcowy

3. Niniejszy wykaz Funduszy IKZE został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 1 czerwca 2016 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

ZAŁĄCZNIK NR 3 DO OWU REGULAMIN LOKOWANIA IKZE

(KOD PPR_ IKZE1_RL_05.2016)

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 charakteryzuje się wysokim ryzykiem inwestycyjnym. Jednocześnie 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 charakteryzuje się wysokim ryzykiem inwestycyjnym. Jednocześnie 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 zarządzającego.
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 (t.j. Dz.U. z 2013 r. poz. 330 z późn. zm.) 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.
8. Opłata za 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

1. Towarzystwo z tytułu zarządzania Funduszami pobiera opłatę za zarządzanie Funduszami.
2. Wysokość opłaty, o której mowa w ust. 1, została określona w Tabeli IKZE.
3. 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

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 Oszczędzającego, który posiada środki w likwidowanym Funduszu, w terminie co najmniej trzech miesięcy poprzedzających datę likwidacji Funduszu.
3. Oszczędzający przed datą likwidacji Funduszu powinien złożyć oświadczenie zawierające dyspozycję przeniesienia Jednostek uczestnictwa z likwidowanego Funduszu lub dyspozycję zmiany Alokacji składki IKZE.
4. 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.
5. 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 UFK Generali Gwarantowany PLUS lub odpowiednio dokona zmiany Alokacji składki IKZE.
6. 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.
7. 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.
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. 3 OWU, 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 albo
 Towarzystwo poinformuje Oszczędzającego o zmianach określonych w pkt 1 lub 2.

Ryzyko inwestycyjne

§ 8

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. 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 1 czerwca 2016 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
TABELA USZCZERBKÓW NA ZDROWIU**

(KOD PPR_ADISB3_05.2016)

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
– 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

A. Uszkodzenia głowy – ciąg dalszy

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 błokowego	3
c. nerwu odwodzącego – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-5
14) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20
15) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trzawowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20
Uwaga: Uszkodzenie nerwu trzawowego łącznie z pęknięciem kości skalistej oceniane jest według poz. 48.	
16) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowych i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego	5-50
17) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	3-15
18) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20

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

B. Uszkodzenia twarzy – ciąg dalszy

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

23) Utrata szczęki (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów):

23) Utrata szczęki (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów):

a. szczęki	40
b. żuchwy	50

24) Złamania szczęki i/lub żuchwy wywołane 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 polykania	1-3
b. z zaburzeniami mowy i polykania – 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

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 wyluszczeniem gałki ocznej	38
28) Porażenie nastawności (akomodacji) – przy zastosowaniu szkieł poprawczych:	
a. jednego oka	15
b. obu oczu	30

B. Uszkodzenia twarzy – ciąg dalszy

29) Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:			
a. rozdarcie naczyńówki jednego oka			
b. zapalenie naczyńówki 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 drażących:			
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.

B. Uszkodzenia twarzy – ciąg dalszy

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

F. Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa – ciąg dalszy

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).	
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
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) Częściowa utrata prącia	20
82) Utrata jednego jądra lub jajnika	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 mięsaszowych przewodu pokarmowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-15
---	------

Uwaga: Uszkodzenie 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 zeszywnieniem 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
91) Izolowane uszkodzenia wyrostków poprzecznych, wyrostków ościstych – w zależności od ich liczby i zaburzeń funkcji (ograniczenie ruchomości)	1-10
92) Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. ocenia się według poz. 89–91, zwiększając stopień uszczerbku na zdrowiu	+5-10

J. Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa – ciąg dalszy

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), umożliwiającą poruszanie się za pomocą dwóch łasek	60-70
c. niedowład kończyn dolnych umożliwiającą poruszanie się o jednej lasce	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 (ból, ruchowy, czuciowy lub mieszany) – 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. zwinięcie I° – nieznaczne zmiany	1-10
b. zwinięcie II° – wyraźne zmiany	10-20
c. zwinięcie III° – duże zmiany	20-35
d. zwinięcie 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) Zwicnięcie 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 zwicnięcie stawu barkowego w zależności od upośledzenia zakresu ruchów i ustawienia kończyny 20-30 15-30

106) Nawykowe zwicnięcie 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:

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąg dalszy		
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.		
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 oprotezowania	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 zeszytnienie 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 śródrezcza – części miękkich (skóry, mięśni, naczyń, nerwów) i kości, z obecnością blizn powodujących upośledzenie funkcji dłoni, trwałe zniekształcenia śródrezcza, zaburzenia ruchomości		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. średnie zmiany	5-10	4-8
c. rozległe zmiany	10-20	8-18

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąg dalszy

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
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 śródręcza	15-20	10-15
e. utrata obu paliczków z kością śródręcza	20-30	15-25

136) Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszytnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) – powodujące trwałe ograniczenie funkcji, blizny powodujących 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 śródręcza	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 śródręcza	17-23	15-20

138) Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego (uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszytnienie, 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 śródręcza

	12	8
--	----	---

141) Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV, V powodujące uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszytnienia, 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 wyłuszczeniu jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkłętarzowej

	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) Zeszytnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:

M. Uszkodzenie kończyny dolnej – ciąg dalszy	
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	
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 zeszytwnienia 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 oprotezowania	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 (zeszytwnienia 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: Fizjologiczny zakres ruchów przyjmowany jest w granicach 30°–180°.	
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

M. Uszkodzenie kończyny dolnej – ciąg dalszy

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
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 mierząc 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 statyczno – 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

M. Uszkodzenie kończyny dolnej – ciąg dalszy

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 niedowład 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 1 czerwca 2016 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

Niniejszy materiał nie stanowi oferty handlowej w rozumieniu art. 66 § 1 Kodeksu cywilnego. Zawarte w materiale informacje mają charakter wyłącznie przykładowy, a przedstawione wysokości świadczeń nie stanowią pełnego obrazu funkcjonowania przedstawionych produktów i nie gwarantują wypłaty świadczenia w przedstawionej wysokości. Rzeczywiste ustalenie i wypłata świadczenia może odbiegać od wskazanej wysokości, w zależności od okoliczności danego zdarzenia.

Zawierając umowę ubezpieczenia na życie Generali, z myślą o życiu należy zwrócić szczególną uwagę także na ryzyka z nią związane, wyłączenia odpowiedzialności, a także inne postanowienia zawarte w Ogólnych warunkach ubezpieczenia*

1-855-05.2016

* Klauzula dotyczy materiałów marketingowych znajdujących się w OWU (str. 7, 19, 21, 28, 33, 45, 60)

