
Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia
terminowego na życie
„Pakiet Będziesz Bezpieczny”



Obowiązują od 23 maja 2016 roku

generali.pl

Spis treści

3	Wykaz istotnych informacji zawartych w OWU (Skorowidz)
4	Postanowienia ogólne
4	Definicje
5	Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności
5	Świadczenie z tytułu Umowy ubezpieczenia
7	Zawarcie Umowy ubezpieczenia
7	Przystąpienie do Umowy ubezpieczenia
7	Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia i rozwiązanie Umowy ubezpieczenia
8	Ochrona ubezpieczeniowa
8	Składka
9	Suma ubezpieczenia
9	Wskazanie osób Uposażonych
9	Uprawnieni do świadczenia
9	Wypłata świadczenia
10	Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności
11	Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego
11	Prawa i obowiązki Towarzystwa
12	Reklamacje
12	Postanowienia końcowe
Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego Assistance	
13	Postanowienia ogólne
13	Definicje
13	Świadczenia z tytułu umowy dodatkowej
14	Zakres ubezpieczenia
15	Postępowanie w sprawie świadczeń Assistance
15	Suma Ubezpieczenia
15	Zwrot kosztów
16	Reklamacje
15	Postanowienia końcowe

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia terminowego na życie
„Pakiet Będziesz Bezpieczny” (kod PBB_OWU_05.2016) dalej „OWU”,
z uwzględnieniem definicji z OWU (Skorowidz)

Lp.	Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej w OWU
1.	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 ust. 2; § 4 ust. 1 pkt 1-7 i pkt 9 i 10; § 11 ust. 2; § 14 ust. 4-7
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4 ust. 1 pkt 8 a i pkt 11-16; § 9 ust. 11-13; § 13 ust. 2; § 15
Lp.	Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej ubezpieczenia dodatkowego Assistance
1.	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3; § 4; § 6 ust. 1 i 2
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 5; § 7 ust. 1

**OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA TERMINOWEGO NA ŻYCIE
„PAKIET BĘDZIESZ BEZPIECZNY”
(KOD PBB_OWU_05.2016)**

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Na podstawie niniejszych ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia (zwanych dalej „OWU”) Towarzystwo zawiera z Alior Bank Spółka Akcyjna Umowę grupowego ubezpieczenia terminowego na życie „Pakiet Będziesz Bezpieczny” (zwaną dalej „Umową ubezpieczenia”).
2. Przez Umowę ubezpieczenia Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna (zwaną dalej „Towarzystwem”) zobowiązuje się spełnić określone w OWU świadczenie w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego a Ubezpieczający zobowiązuje się do opłacania Składek.

Definicje

§ 2

1. Użyte w Umowie ubezpieczenia, OWU, Indywidualnym potwierdzeniu wymienione poniżej terminy oznaczają:
 - 1) **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione przez Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w stosunku, do którego Ubezpieczonemu przysługuje w pełni władza rodzicielska, które w dniu przystąpienia do Umowy ubezpieczenia nie ukończyło 18 roku życia;
 - 2) **Dzienna stawka świadczenia szpitalnego** – kwota będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, wynosząca 1% Sumy ubezpieczenia;
 - 3) **Indywidualne potwierdzenie** – dokument, w którym Ubezpieczony wyraża zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową, który po akceptacji Towarzystwa stanowi dokument potwierdzający przystąpienie Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia oraz objęcie go ochroną ubezpieczeniową;
 - 4) **Nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe zdarzenie, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, Współmałżonka/Partnera albo Dziecka, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej; za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się wylewu krwi do mózgu, zawału serca i innych chorób nawet występujących nagle;
 - 5) **Nieszczęśliwy wypadek w środku lokomocji** – Nieszczęśliwy wypadek, w którym Ubezpieczony uczestniczył, jako kierowca lub pasażer Pojazdu samochodowego lub był kierującym lub pasażerem pojazdu szynowego, Statku wodnego lub Statku powietrznego, i w którym to Ubezpieczony uległ wypadkowi w związku z ruchem drogowym, wodnym lub powietrznym, a także w związku z ruchem pojazdu szynowego;
 - 6) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) będący wydzielonym oddziałem szpitalnym, prowadzony przez lekarzy specjalistów intensywnej terapii – anestezjologów, zapewniający przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgnarską, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt, umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia. W rozumieniu niniejszej definicji OIOM-em nie są wydzielone sale intensywnego nadzoru, istniejące w ramach innych oddziałów specjalistycznych;
 - 7) **Okres ubezpieczenia** – trwający 1 rok okres przez jaki Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej, wyznaczony przez daty początku i końca ochrony ubezpieczeniowej. Pierwszy Okres ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - 8) **Pakiet** – udostępniony przez Towarzystwo pakiet sum ubezpieczenia określonych dla każdego ze zdarzeń ubezpieczeniowych dostępnych w ramach Wariantu, wybrany przez Ubezpieczonego w Indywidualnym potwierdzeniu;
 - 9) **Pobyt w szpitalu** – Pobyt w szpitalu na zlecenie lekarza, trwający nieprzerwanie, co najmniej 4 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;
 - 10) **Pojazd samochodowy** – pojazd silnikowy dopuszczony do ruchu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, którego konstrukcja umożliwia jazdę z prędkością przekraczającą 25 km/h, z wyłączeniem ciągnika rolniczego;
 - 11) **Polisa generalna** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia;
 - 12) **Składka** – wskazana w Indywidualnym potwierdzeniu łączna kwota za ochronę ubezpieczeniową, płatna z częstotliwością miesięczną;
 - 13) **Statek powietrzny** – urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania powietrza innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów osobowych;
 - 14) **Statek wodny** – urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, w tym również prom, wodolot i poduszkiowiec;
 - 15) **Suma ubezpieczenia** – kwota określona w Indywidualnym potwierdzeniu lub innym dokumencie potwierdzającym jej zmianę, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia, odrębna dla każdego ze zdarzeń ubezpieczeniowych;
 - 16) **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;
 - 17) **Towarzystwo** – Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna;
 - 18) **Trwałe całkowite inwalidztwo** – powstałe w wyniku Nieszczęśliwego wypadku trwałe i całkowite uszkodzenie ciała. Towarzystwo obejmuje ochroną ubezpieczeniową wyłącznie te rodzaje Trwałego całkowitego inwalidztwa, które wymienione zostały w tabeli nr 2, o której mowa w § 4;
 - 19) **Ubezpieczający** – Alior Bank Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, która zawarła z Towarzystwem Umowę ubezpieczenia i zobowiązana jest do opłacania Składek;
 - 20) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, która przystąpiła do Umowy ubezpieczenia i której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia;
 - 21) **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU;

- 22) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego;
- 23) **Uprawniony** – Uposażony, a w przypadku gdy nie został on wskazany lub został wskazany bezskutecznie – osoba wskazana w § 12 ust. 5;
- 24) **Wariant** – zakres ochrony ubezpieczeniowej udostępniany przez Towarzystwo zgodnie z tabelą nr 1, wybrany przez Ubezpieczonego w Indywidualnym potwierdzeniu;
- 25) **Wiek** – liczba pełnych lat życia ukończonych w dniu, w którym Wiek jest liczony;
- 26) **Współmałżonek/Partner** – odpowiednio:
- Współmałżonek – osoba wskazana w Indywidualnym potwierdzeniu pozostająca w dniu przystąpienia do Umowy ubezpieczenia z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, która w dniu przystąpienia do Umowy ubezpieczenia ukończyła 18 rok życia i nie ukończyła 66 roku życia;
 - Partner – osoba wskazana w Indywidualnym potwierdzeniu pozostająca w dniu przystąpienia do Umowy ubezpieczenia z Ubezpieczonym w nieformalnym związku, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, która w dniu przystąpienia do Umowy ubezpieczenia ukończyła 18 rok życia i nie ukończyła 66 roku życia.
W Indywidualnym potwierdzeniu, jako Współmałżonek albo Partner może zostać wskazana jedna osoba, przy czym zmiany wskazania dotyczącego Partnera można dokonać nie częściej niż raz na 36 miesięcy.
2. Definicje określone w ust. 1 należy rozumieć także w odpowiednim przypadku i liczbie.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności

§ 3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest:
 - w Wariantcie indywidualnym – życie i zdrowie Ubezpieczonego;
 - w Wariantcie rodzinnym – życie i zdrowie Ubezpieczonego, zdrowie Współmałżonka/Partnera lub zdrowie maksymalnie trojga Dzieci.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej zdarzeń wskazanych w tabeli nr 1, w zależności od wybranego przez Ubezpieczonego Wariantu.

tabela nr 1

Wariant	Zakres ubezpieczenia
Indywidualny	Śmierć Ubezpieczonego
	Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
	Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji
	Trwałe całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
	Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
	Assistance
Rodzinny	Śmierć Ubezpieczonego
	Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
	Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji
	Trwałe całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, Współmałżonka/Partnera lub Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
	Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego, Współmałżonka/Partnera lub Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
	Assistance

- Warianty, o których mowa w ust. 1, dostępne są w Pakietach różniących się wysokością Sum ubezpieczenia. Rodzaje Pakietów zostały określone w Indywidualnym potwierdzeniu.

Świadczenie z tytułu Umowy ubezpieczenia

§ 4

- W razie wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Towarzystwo wypłaci świadczenie, z uwzględnieniem poniższych zasad:
 - w przypadku śmierci Ubezpieczonego, Sumę ubezpieczenia aktualną w dniu wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową;
 - w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Sumę ubezpieczenia aktualną w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
 - w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji Sumę ubezpieczenia aktualną w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji, z zastrzeżeniem pkt 4;
 - w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji, która nastąpiła w związku z przebywaniem na pokładzie samolotu pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 3, dodatkowe świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji, aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
 - w przypadku Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera lub Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, określony procent Sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z pkt 6 i 7;
 - w przypadku Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 100% Diennej stawki świadczenia szpitalnego za każdy z pierwszych 14 dni Pobytu w szpitalu oraz

- b. 50% Diennej stawki świadczenia szpitalnego za każdy następny dzień tego pobytu.
- 7) w przypadku Pobytu w szpitalu na OIOM-ie, jeśli pobyt ten był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem i rozpoczął się w okresie ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt 6, w wysokości 100% Diennej stawki świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu na OIOM-ie; świadczenie wypłacane jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie;
- 8) świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu w związku z pobytami w Szpitalu nieprzekraczającymi łącznie 100 dni odpowiednio dla Ubezpieczonego, Współmałżonka/Partnera albo Dziecka:
- jeżeli w tym samym dniu odpowiednio Ubezpieczony, Współmałżonek/Partner albo Dziecko był/było pacjentem więcej niż jednego Szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko raz;
 - jeżeli okres Pobytu w szpitalu przekracza 30 dni, możliwe jest wypłacenie części świadczenia, należnego w związku z tą częścią okresu Pobytu w szpitalu. Powyższą zasadę, uprawniającą do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego kolejnego 30-dniowego okresu Pobytu w szpitalu;
- 9) w przypadku Trwałego całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera lub Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku określony w tabeli nr 2 procent Sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku. Oceny stopnia inwalidztwa dokonuje się po zakończeniu leczenia i zalecanej rehabilitacji.

tabela nr 2

Lp.	Trwałe całkowite inwalidztwo	% Sumy ubezpieczenia
1)	Kończyna górna – całkowita fizyczna utrata	
a.	w stawie barkowym	75%
b.	powyżej lub na poziomie stawu łokciowego	65%
c.	poniżej stawu łokciowego	55%
d.	na poziomie nadgarstka	50%
e.	kciuk w całości	20%
f.	kciuk – paleczek paznokciowy	5%
g.	kciuk – paleczek paznokciowy i część paliczka podstawnego (do 2/3 długości)	10%
h.	palec wskazujący w całości	10%
i.	palec wskazujący – całkowita utrata paliczka dystalnego lub środkowego – za każdy palec	3%
j.	inny palec ręki – w całości	5%
k.	inny palec ręki – całkowita utrata paliczka dystalnego lub środkowego – za każdy palec	2%
2)	Kończyna dolna – całkowita fizyczna utrata	
a.	w stawie biodrowym	70%
b.	powyżej lub na poziomie stawu kolanowego	60%
c.	poniżej stawu kolanowego	50%
d.	stopa w całości	40%
e.	stopa z wyłączeniem pięty	30%
f.	paluch – w całości	5%
g.	paluch – paleczek paznokciowy	2%
h.	inny palec u stopy – w całości	2%
3)	Całkowita utrata wzroku	
a.	w obu oczach	100%
b.	w jednym oku	35%
c.	w jednym oku, jeśli przed wypadkiem stwierdzono ślepotę drugiego oka	65%
4)	Całkowita utrata słuchu	
a.	w obu uszach	50%
b.	w jednym uchu	15%
c.	w jednym uchu, jeśli przed wypadkiem stwierdzono głuchotę drugiego ucha	35%
5)	Całkowita utrata mowy (w wyniku utraty języka lub uszkodzenia fałdów głosowych)	40%
6)	Utrata powonienia (w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszkowego)	3%
7)	Nos – całkowita utrata	25%

8)	Małżowina uszna – całkowita utrata	10%
9)	Śledziona – całkowita utrata	15%
10)	Nerka – całkowita utrata	35%
	a. Całkowita utrata, przy drugiej nerce niewydolnej	60%
11)	Macica – całkowita utrata	
	a. w wieku do 45 roku życia	40%
	b. w wieku powyżej 45 roku życia	20%
12)	Jajnik lub jądro – całkowita utrata	20%
13)	Prącie – całkowita utrata	40%
14)	Gruczoł sutkowy – całkowita utrata	25%
15)	Brodawka sutkowa – całkowita utrata (dotyczy wyłącznie kobiet)	5%
16)	Płuco – całkowita utrata	20%

- 10) jeżeli Nieszczęśliwy wypadek spowodował utratę więcej niż jednego organu, spośród wymienionych w tabeli nr 2, świadczenie w wysokości sumy świadczeń należnych w związku z utratą poszczególnych organów, z zastrzeżeniem postanowień pkt 13 i 14;
- 11) w przypadku zaistnienia Trwałego całkowitego inwalidztwa w obrębie organu, który był uszkodzony przed zajściem Nieszczęśliwego wypadku, świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia liczonego, jako różnica pomiędzy stopniem inwalidztwa po zajściu Nieszczęśliwego wypadku, a stopniem inwalidztwa istniejącym przed tym wypadkiem;
- 12) jeżeli Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu Trwałego całkowitego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, a następnie w ciągu 12 miesięcy od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpi śmierć Ubezpieczonego, będąca następstwem tego samego Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo pomniejszy świadczenie należne z tytułu śmierci o kwotę wypłaconego świadczenia z tytułu Trwałego całkowitego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
- 13) świadczenie w związku z Trwałym całkowitym inwalidztwem spowodowanym Nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć 100% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
- 14) w przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu Trwałego całkowitego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku przekracza 100% Sumy ubezpieczenia, ostatnie ze świadczeń ulega proporcjonalnemu zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia;
- 15) łączna kwota świadczeń w związku z tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem, należnych z tytułu wszystkich świadczeń, których przedmiotem jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego lub zdrowie odpowiednio Współmałżonka/Partnera albo Dziecka, z wyłączeniem świadczenia Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość sumy świadczeń należnych w związku z śmiercią w wyniku Nieszczęśliwego wypadku i śmiercią w środku lokomocji w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
- 16) jeżeli w ramach Wariantu rodzinnego ochroną ubezpieczeniową objęci są rodzice Dziecka, Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu Trwałego całkowitego inwalidztwa Dziecka albo Pobytu w szpitalu Dziecka w wysokości 50 % należnego świadczenia każdemu z rodziców objętych ochroną ubezpieczeniową.

Zawarcie Umowy ubezpieczenia

§ 5

Umowa zawierana jest na czas nieokreślony.

§ 6

1. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z dniem wskazanym w Polisie generalnej.
2. Polisa generalna stanowi integralną część Umowy ubezpieczenia.

Przystąpienie do Umowy ubezpieczenia

§ 7

1. Prawo przystąpienia do Umowy ubezpieczenia ma Klient Alior Banku, który w dniu przystąpienia do Umowy ubezpieczenia ukończył 18 rok życia i nie ukończył 66 roku życia.
2. Przystąpienie do Umowy ubezpieczenia następuje na podstawie poprawnie wypełnionego i podpisanego przez Ubezpieczonego Indywidualnego potwierdzenia, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
3. Ubezpieczony może przystąpić do Umowy ubezpieczenia:
 - 1) w Wariantcie indywidualnym albo
 - 2) w Wariantcie rodzinnym.
4. Ubezpieczony w Indywidualnym potwierdzeniu wybiera Pakiet i Wariant, w ramach których chce być objęty ochroną ubezpieczeniową.
5. Ubezpieczony nie może zmienić Pakietu ani Wariantu w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia i rozwiązanie Umowy ubezpieczenia

§ 8

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia w tym względzie w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.

2. W przypadku odstąpienia od Umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu Składkę w terminie 7 dni od dnia otrzymania oświadczenia o odstąpieniu.
3. Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia, poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia w tym względzie, w każdym czasie z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia.
4. W przypadku wypowiedzenia Umowy przed upływem okresu na jaki została zawarta, Ubezpieczonemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 9

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpiezonego rozpoczyna się pod warunkiem:
 - 1) otrzymania przez Towarzystwo poprawnie i kompletnie wypełnionego i podpisanego przez Ubezpieczającego i Ubezpiezonego Indywidualnego potwierdzenia;
 - 2) opłacenia pierwszej Składki w pełnej wysokości.
2. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się następnego dnia po dniu, w którym Ubezpieczony oświadczył Ubezpieczającemu, że chce skorzystać z zastrzeżonej na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej, nie wcześniej jednak niż następnego dnia po dniu, w którym łącznie spełnione będą przesłanki objęcia ochroną ubezpieczeniową wskazane w ust. 1.
3. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową na Okres ubezpieczenia trwający jeden rok.
4. Z zastrzeżeniem ust. 5, ochrona ubezpieczeniowa ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny, trwający 1 rok, Okres ubezpieczenia, w niezmienionym Pakiecie i Wariancie, jeżeli do ostatniego dnia bieżącego Okresu ubezpieczenia Ubezpieczony nie złoży oświadczenia o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej oraz pod warunkiem, że Składka zostanie opłacona za kolejny Okres ubezpieczenia w terminie, o którym mowa w § 10 ust. 6.
5. Towarzystwo ma prawo nie wyrazić zgody na przedłużenie ochrony ubezpieczeniowej na kolejny Okres ubezpieczenia.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, Towarzystwo poinformuje o tym Ubezpieczającego oraz Ubezpiezonego na piśmie nie później niż 30 dni przed upływem bieżącego Okresu ubezpieczenia.
7. Ubezpieczony może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową wyłącznie raz na podstawie niniejszych OWU. W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo faktu objęcia Ubezpiezonego ochroną ubezpieczeniową więcej niż raz na podstawie niniejszych OWU, późniejsze objęcie ochroną ubezpieczeniową uważane będzie za nieskuteczne i Towarzystwo powiadomi o tym Ubezpieczającego oraz Ubezpiezonego, a także zwróci Ubezpieczonemu zapłaconą Składkę w terminie 7 dni od daty jej opłacenia.
8. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpiezonego wygasa w następujących przypadkach:
 - 1) śmierci Ubezpiezonego – z upływem dnia, w którym nastąpiła śmierć Ubezpiezonego;
 - 2) nieopłacenia kolejnej Składki w terminie określonym w niniejszych OWU – z upływem dodatkowego terminu, o którym mowa w § 10 ust. 8;
 - 3) ukończenia przez Ubezpiezonego 66 roku życia – z ostatnim dniem bieżącego Okresu ubezpieczenia przypadającego po ukończeniu tego Wiek;
 - 4) nieprzedłużenia ochrony ubezpieczeniowej na kolejny Okres ubezpieczenia – z ostatnim dniem bieżącego Okresu ubezpieczenia, za który została zapłacona Składka;
 - 5) rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpiezonego – z chwilą otrzymania oświadczenia o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej;
 - 6) wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z upływem dnia, w którym upłynął okres wypowiedzenia;
 - 7) odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z upływem dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie o odstąpieniu.
9. Ubezpieczony ma prawo do rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie ze skutkiem natychmiastowym poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w tym względzie.
10. Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
11. Wypłata świadczenia w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego całkowitego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku powoduje wygaśnięcie odpowiedzialności z tytułu Trwałego całkowitego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – z dniem zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego.
12. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpiezonego w zakresie zdarzeń dotyczących Dziecka wygasa z ostatnim dniem bieżącego Okresu ubezpieczenia przypadającego po ukończeniu przez Dziecko 18 roku życia.
13. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpiezonego w zakresie zdarzeń dotyczących Współmałżonka/Partnera wygasa z ostatnim dniem bieżącego Okresu ubezpieczenia przypadającego po ukończeniu przez Współmałżonka/Partnera 66 roku życia.
14. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem okresu na jaki ochrona ubezpieczeniowa została udzielona, Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu Składkę za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

Składka

§ 10

1. Podmiotem zobowiązanym do opłacania Składek jest Ubezpieczający.
2. Wysokość Składki ustalana jest zgodnie z obowiązującą taryfą składek Towarzystwa i jest zależna od:
 - 1) Pakietu;
 - 2) Wariantu;
 - 3) Sumy ubezpieczenia.
3. Wysokość Składki ustalona za jednego Ubezpiezonego określona jest w Indywidualnym potwierdzeniu.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia pierwszej Składki w dniu podpisania przez Ubezpiezonego Indywidualnego potwierdzenia jednak nie później niż w terminie 75 dni od tej daty. W przypadku nie dokonania wpłaty w podanym terminie Indywidualne potwierdzenie uważa się za bezskuteczne, a ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się.

5. Składka opłacana jest z częstotliwością miesięczną przez cały okres trwania ochrony ubezpieczeniowej.
6. Termin wymagalności kolejnej Składki przypada pierwszego dnia okresu, za który jest należna (data wymagalności Składki).
7. Składka nie podlega indeksacji.
8. W przypadku nieopłacenia kolejnej Składki w terminie, o którym mowa w ust. 6, Towarzystwo po upływie 10 dni od daty wymagalności poinformuje Ubezpieczającego o zaległości oraz wezwie Ubezpieczającego do jej zapłaty w dodatkowym 14 dniowym terminie od dnia otrzymania wezwania oraz poinformuje go o skutkach nieopłacenia Składki w tym terminie z uwzględnieniem ust. 9.
9. Nieopłacenie Składki w terminie określonym w ust. 8 spowoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpiezonego, za którego Składka nie została opłacona.

Suma ubezpieczenia

§ 11

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia jest niezmienna przez cały Okres ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku automatycznego przedłużania ochrony ubezpieczeniowej przez kolejnych 5 następujących po sobie Okresów ubezpieczenia oraz pod warunkiem, że w tym okresie nie wystąpiło zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo poczynawszy od 6 Okresu ubezpieczenia podwyższy dla poniżej wymienionych zdarzeń Sumy ubezpieczenia o 20%:
 - 1) śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) Trwałego całkowitego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
3. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2, nie powoduje podwyższenia Składki.

Wskazanie osób Uposażonych

§ 12

1. Ubezpieczony może wskazać jedną lub więcej osób Uposażonych do otrzymania świadczenia w razie swojej śmierci.
2. Wskazanie dotyczące Uposażonego może zostać w dowolnym czasie zmienione lub odwołane przez złożenie pisemnego 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 Ubezpiezonego, gdy Ubezpieczony nie wskazał żadnego Uposażonego lub wskazanie jedyne Uposażonego okazało się bezskuteczne, świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpiezonego 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 Ubezpiezonego, z wyłączeniem gminy właściwej dla ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpiezonego 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 Ubezpiezonego także, gdy zmarła jednocześnie z nim.

Uprawnieni do świadczenia

§ 13

1. Z chwilą zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową prawo do świadczenia nabywa:
 - 1) Uposażony w przypadku:
 - a. śmierci Ubezpiezonego;
 - b. śmierci Ubezpiezonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - c. śmierci Ubezpiezonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji, z zastrzeżeniem § 12 ust. 5.
 - 2) Ubezpieczony w przypadku:
 - a. Pobytu w szpitalu Ubezpiezonego lub Współmałżonka/Partnera lub Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - b. Trwałego całkowitego inwalidztwa Ubezpiezonego lub Współmałżonka/Partnera lub Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu Współmałżonka/Partnera lub Dziecka oraz Trwałego całkowitego inwalidztwa Współmałżonka/Partnera lub Dziecka nie przysługuje Ubezpieczonemu, który umyślnie przyczynił się odpowiednio do Pobytu Współmałżonka/Partnera lub Dziecka w szpitalu albo do powstania Trwałego całkowitego inwalidztwa Współmałżonka/Partnera lub Dziecka.

Wypłata świadczenia

§ 14

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie następujące dokumenty:
 - 1) dokument stwierdzający tożsamość osoby zgłaszającej roszczenie o wypłatę;
 - 2) wniosek o wypłatę świadczenia;

- a. w przypadku śmierci, śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji dodatkowo;
 - a) odpis skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - b) zaświadczenie lekarza lub inną dokumentację medyczną określającą przyczynę śmierci Ubezpieczonego;
 - c) w przypadku, o którym mowa w § 12 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 członków rodziny lub spadkobierców;
 - b. w przypadku Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku dodatkowo kartę wypisową ze Szpitala lub w przypadku, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 8 ppkt b zaświadczenie lekarskie potwierdzające Pobyt w szpitalu wraz z określeniem przyczyny Pobytu w szpitalu, a w przypadku pobytu na OIOM-ie kartę wypisową z OIOM;
 - c. w przypadku Trwałego całkowitego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku dodatkowo zaświadczenie wystawione przez lekarza lub inną dokumentację medyczną określającą rodzaj Trwałego całkowitego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku i dokumentację medyczną z leczenia.
2. Gdyby dokumenty wymienione w ust. 1 okazały się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie określonych w wezwaniu dokumentów.
 3. Dokumenty wymienione w ust. 1 i 2 powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski w formie tłumaczenia przysięgłego.
 4. Prawo do świadczenia z tytułu śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku przysługuje, o ile Nieszczęśliwy wypadek, który spowodował śmierć wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, a śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła nie później niż w ciągu 12 miesięcy od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku.
 5. Prawo do świadczenia z tytułu śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji przysługuje, o ile Nieszczęśliwy wypadek w środku lokomocji wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, a śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji nastąpiła nie później niż w ciągu 12 miesięcy od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji.
 6. Prawo do świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, przysługuje, o ile Nieszczęśliwy wypadek wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
 7. Prawo do świadczenia z tytułu Trwałego całkowitego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku przysługuje, o ile Nieszczęśliwy wypadek wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, a Trwałe całkowite inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku powstało nie później niż 6 miesięcy od daty Nieszczęśliwego wypadku.
 8. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
 9. Gdyby w terminie, o którym mowa w ust. 8, wyjaśnienie 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, o którym mowa w ust. 8.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 15

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie dwóch lat od dnia początku pierwszego Okresu ubezpieczenia.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzeń w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek był konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera lub Dziecka w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszek lub rozruchów;
 - 2) próby samobójczej Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera lub Dziecka, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera lub Dziecka lub okaleczenia Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera lub Dziecka na jego prośbę, niezależnie od stanu ich poczytalności;
 - 3) niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera lub Dziecka oraz ich skutkami, a także ataku konwulsji lub epilepsji;
 - 4) spożycia przez Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera lub Dziecko alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 5) spożycia przez Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera lub Dziecko środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza,
 - 6) usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera lub Dziecko;
 - 7) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 8) uprawiania przez Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera lub Dziecko niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera lub Dziecka w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika, sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem;

- 9) prowadzenia przez Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera lub Dziecko pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdu niedopuszczonego do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 10) radiacji, reakcji jądrowej, skażenia radioaktywnego, skażenia chemicznego, trucizny, trujących gazów lub oparów;
 - 11) używania przez Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera lub Dziecko środków pirotechnicznych;
 - 12) służby wojskowej Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera w jakiegokolwiek jednostce wojskowej;
 - 13) Pobytu Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera lub Dziecko w szpitalu, który miał na celu zabiegi rehabilitacyjne lub odbywał się w oddziałach rehabilitacyjnych, z wyjątkiem rehabilitacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 14) bezpośredniego wykonywania przez Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera lub Dziecko obowiązków służbowych lub czynności związanych z pracą zarobkową w charakterze: akrobaty, kaskadera, górnika, konwojenta przedmiotów wartościowych i pieniędzy, pracownika leśnego, pracownika na wysokościach powyżej 5 metrów, rybaka (śródlądowy lub morski), ratownika, pracownika fizycznego w rafinerii, pracownika fizycznego w tartaku, artysty cyrkowego, elektryka pracującego z napięciem powyżej 220V, funkcjonariusza ABW lub BOR, korespondenta wojennego, marynarza, ochroniarza, opiekuna zwierząt w zoo lub w cyrku, pilota, pirotechnika, policjanta, strażaka, trenera zwierząt, żołnierza zawodowego, pracownika pracującego pod ziemią w zakresie: elektryki, mechaniki, przewodów wodno-kanalizacyjnych.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki zdarzeń spowodowanych Nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej.

Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

§ 16

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki w wysokości i terminach określonych w Polisie generalnej, Indywidualnym potwierdzeniu albo w innych pismach, w których Towarzystwo potwierdziło zmianę jej wysokości.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Ubezpieczonemu, na piśmie lub jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę na innym trwałym nośniku:
 - 1) warunków Umowy ubezpieczenia, w tym treści OWU wraz z załącznikami oraz Skorowidzem, będących podstawą przystąpienia do Umowy ubezpieczenia;
 - 2) informacji o zmianie warunków Umowy ubezpieczenia, zmianie prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu Umowy ubezpieczenia;
 - 3) informacji o zmianie Sumy ubezpieczenia.
3. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 1, powinny być przekazywane Ubezpieczonemu przed jego przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia.
4. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 2, powinny być przekazywane Ubezpieczonemu przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia.
5. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 3, powinny być przekazywane Ubezpieczonemu niezwłocznie po ich przekazaniu Ubezpieczającemu przez Towarzystwo.
6. Zmiana Umowy ubezpieczenia na niekorzyść Ubezpieczonego lub Uprawnionego wymaga zgody Ubezpieczonego.
7. Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia Towarzystwa o zmianach danych osobowych i teleadresowych Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Uposażonego.
8. Ubezpieczony może żądać od Towarzystwa udzielenia mu informacji o postanowieniach Umowy ubezpieczenia oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.
9. Ubezpieczony jest zobowiązany zgłaszać Ubezpieczającemu lub Towarzystwu wszelkie zmiany danych zawartych w Indywidualnym potwierdzeniu.

Prawa i obowiązki Towarzystwa

§ 17

1. Towarzystwo zobowiązane jest do:
 - 1) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych Umową ubezpieczenia;
 - 2) przekazywania Ubezpieczającemu pisemnych informacji dotyczących zmian warunków Umowy ubezpieczenia lub zmiany prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia;
 - 3) pisemnego informowania Ubezpieczonego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu Umowy ubezpieczenia;
 - 4) pisemnego informowania Ubezpieczającego o zmianie Sumy ubezpieczenia;
 - 5) informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego o zajściu zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną, jeżeli zdarzenie zostało zgłoszone do Towarzystwa, a nie są oni 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 oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności jego zaspokojenia w przypadku gdy Towarzystwo nie wypłaci świadczenia w terminie określonym w § 14 ust. 8;
 - 8) informowania pisemnie osoby występującej z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, 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 potwierdzenia ich za zgodność z oryginałem;
- 11) udzielania Ubezpieczonemu na jego wniosek informacji o postanowieniach zawartej Umowy ubezpieczenia oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpiezonego.

Reklamacje

§ 18

1. Ubezpieczony, Uprawniony oraz inna osoba upoważniona do otrzymania świadczenia (zwany w tym artykule „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 § 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 Indywidualnego potwierdzenia raz 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

§ 19

1. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Za zgodą stron Umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone do niej postanowienia dodatkowe lub odmienne od OWU.
3. Wprowadzenie do Umowy ubezpieczenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od OWU wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
4. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia dotyczące Umowy ubezpieczenia powinny być składane na piśmie pod rygorem nieważności, chyba, że postanowienia OWU lub Umowy ubezpieczenia dopuszczają inną formę.
5. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia wysyłane są odpowiednio na adres siedziby, miejsca zamieszkania lub na adres do korespondencji. Strony Umowy ubezpieczenia są zobowiązane do informowania się o każdej zmianie adresu siedziby lub odpowiednio miejsca zamieszkania oraz o każdej zmianie adresu do korespondencji.
6. Opodatkowanie świadczeń Towarzystwa w przypadku osób fizycznych regulują przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. 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 r. o podatku dochodowym od osób prawnych. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych są wolne od podatku dochodowego, z wyjątkiem dochodu z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia w przypadku ubezpieczeń związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Kwoty otrzymane przez osoby prawne oraz innych podatników podatku dochodowego od osób prawnych z tytułu ubezpieczeń na życie stanowią ich przychód, brany pod uwagę przy obliczaniu dochodu podlegającego opodatkowaniu podatkiem dochodowym.
7. Powództwa o roszczenie z Umowy ubezpieczenia mogą zostać wytoczone albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpiezonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, a także przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpiezonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
8. Językiem obowiązującym w relacjach stron jest język polski.
9. Towarzystwo publikuje sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń na stronie generali.pl.
10. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.
11. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 23 maja 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 PBB_AST_05.2016)**

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego Assistance stanowią podstawę do rozszerzenia zakresu Umowy ubezpieczenia zawieranej na podstawie Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia terminowego na życie „Pakiet Będziesz Bezpieczny” o usługi z zakresu Assistance.
2. Usługi z zakresu Assistance świadczone są na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i tylko wówczas, jeśli konieczność skorzystania z nich była następstwem Nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie OWU.
3. Z usług z zakresu Assistance może korzystać Ubezpieczony, Współmałżonek/Partner oraz Dziecko.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia Assistance jest integralną częścią Umowy ubezpieczenia.
5. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się zgodnie z § 9 ust. 2 OWU, z chwilą rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy ubezpieczenia.
6. W przypadku przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia na kolejny Okres ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej ulega przedłużeniu, zgodnie z § 9 ust. 4 OWU, na kolejny analogiczny Okres ubezpieczenia.
7. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia.

Definicje

§ 2

1. O ile postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego Assistance nie stanowią inaczej terminy zdefiniowane w OWU używane są w niniejszej umowie dodatkowej w takim samym znaczeniu.
2. Do terminów określonych w § 2 OWU dodaje się następujące terminy mające zastosowanie do niniejszej umowy dodatkowej.
 - 1) **Centrum Pomocy Generali** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe prowadzone przez Europ Assistance Polska Sp. z o.o., ul. Wołoska 5, 02-675 Warszawa, czynne przez całą dobę 365 dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej w zakresie usług Assistance oraz natychmiast wykonuje wymaganą usługę Assistance. Numery telefonów Centrum Pomocy Generali to:
 - a. **801 181 572** oraz
 - b. **(22) 205 50 25**;
 - 2) **Miejsce zamieszkania** – miejsce stałego zamieszkania wskazane w dowodzie osobistym lub karcie stałego pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 3) **Nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe zdarzenie, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli osoby, o której mowa w § 1 ust. 3; za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się wylewu krwi do mózgu, zawału serca i innych chorób nawet występujących nagle;
 - 4) **Opieka nad Dziećmi lub osobami niesamodzielnymi** – opieka nad dzieckiem do 18 roku życia lub osobą niesamodzielną polegająca na zapewnieniu niezbędnych warunków bytowych oraz bezpieczeństwa;
 - 5) **Opieka nad zwierzętami domowymi** – opieka w miejscu zamieszkania polegająca na karmieniu (karmę zapewnia osoba korzystająca z usługi), 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;
 - 6) **Osoba niesamodzielną** – osoba zamieszkująca w Miejscu zamieszkania osoby, o której mowa w § 1 ust. 3 w momencie Nieszczęśliwego wypadku, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielną i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki;
 - 7) **Osoba wskazana** – osoba zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazana przez osobę, o której mowa w § 1 ust. 3 do sprawowania opieki nad psami lub kotami;
 - 8) **Osoba wyznaczona do opieki** – osoba zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wyznaczona przez osobę, o której mowa w § 1 ust. 3; wskazanie takiej osoby jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad dziećmi Ubezpieczonego lub osobami niesamodzielnymi;
 - 9) **Uprawniony lekarz** – współpracujący w Centrum Pomocy Generali lekarz konsultant;
 - 10) **Usługi Assistance** – zorganizowanie pomocy medycznej, oraz opieki nad ludźmi i zwierzętami, na rzecz osoby, o której mowa w § 1 ust. 3 a także świadczenie usług informacyjnych;
 - 11) **Zwierzęta domowe** – zwierzęta tradycyjnie przebywające wraz z człowiekiem w jego domu, utrzymywane przez niego w charakterze towarzysza, z wyłączeniem zwierząt, które mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia lub życia osób trzecich, np. psów uznanych za agresywne wg rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Świadczenia z tytułu umowy dodatkowej

§ 3

1. W ramach usług Assistance świadczonych przez Centrum Pomocy Generali zapewniona jest:
 - 1) opieka medyczna, na którą składa się:
 - a. wizyta lekarza,
 - b. wizyta pielęgniarki,
 - c. dostarczenie leków,
 - d. transport medyczny oraz transport medyczny powrotny,
 - e. transport na komisję lekarską oraz transport powrotny,
 - 2) opieka nad ludźmi, na którą składa się:
 - a. opieka nad osobami niesamodzielnymi i dziećmi,
 - b. transport osoby wyznaczonej do opieki nad osobami niesamodzielnymi i dziećmi,

- c. transport osób niesamodzielnych do osoby wskazanej,
- 3) opieka nad zwierzętami, na którą składa się:
 - a. opieka nad zwierzętami domowymi,
 - b. transport zwierząt domowych,
- 4) organizacja procesu rehabilitacji lub pomoc psychologa,
- 5) całodobowe usługi informacyjne w ramach Infolinii Medycznej, dotyczące między innymi takich zagadnień jak:
 - a. krótka informacja medyczna o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów),
 - b. baza danych aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów,
 - c. krótka 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,
 - d. informacja o rekomendowanych placówkach medycznych na terenie kraju,
 - e. informacja o rekomendowanych placówkach diagnostycznych,
 - f. informacja o rekomendowanych placówkach odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych,
 - g. informacja o rekomendowanych placówkach leczenia zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych),
 - h. informacja o działaniach, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, na przykład niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia),
 - i. informacja o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia, w tym o dietach, ciąży, profilaktyce antynikotynowej,
 - j. informacja o grupach wsparcia w Polsce, dla osób dotkniętych alkoholizmem, trudna sytuacja rodzinna, cierpiących na określone schorzenia (np. cukrzyce, chorobę serca) dla kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci,
 - k. informacja o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań.

Zakres ubezpieczenia

§ 4

Opieka medyczna

1. Jeżeli osoba, o której mowa w § 1 ust. 3 ulegnie Nieszczęśliwemu wypadkowi a następnie zadzwoni do Centrum Pomocy Generali oraz jeżeli nie ma konieczności skorzystania z pogotowia ratunkowego, Centrum Pomocy Generali zorganizuje i pokryje koszty następujących usług w zależności od potrzeby oraz decyzji lekarza dyżurnego Centrum Pomocy Generali:
 - 1) wizytę lekarza – zorganizowanie wizyty lekarskiej w miejscu pobytu, o ile miejsce pobytu osoby, o której mowa w § 1 ust. 3 jest oddalone od miejsca zamieszkania, o co najmniej 50 km – w zakres świadczeń wlicza się: pokrycie kosztów dojazdu i honorarium lekarza (bez limitu kwotowego);
 - 2) wizytę pielęgniarki – zorganizowanie wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu, pokrycie kosztów dojazdu i jej honorarium, jeżeli zostało to zalecone psychologa w miejscu zamieszkania. Ilość zgodna z zaleceniem lekarskim, jednakże nie więcej niż 3 wizyty w ramach zdarzenia. Pomoc psychologiczna jest formą rehabilitacji;
 - 3) transport medyczny – zorganizowanie transportu z miejsca pobytu do najbliższego szpitala lub innej placówki medycznej wskazanej przez lekarza uprawnionego Centrum Pomocy Generali oraz pokrycie kosztów transportu (bez limitu kwotowego); o celowości transportu do szpitala oraz o wyborze odpowiedniego środka transportu jak również wyborze placówki medycznej, decyduje uprawniony lekarz Centrum Pomocy Generali;
 - 4) transport medyczny powrotny – zorganizowanie transportu ze szpitala lub innej placówki medycznej do miejsca pobytu odpowiednim zalecanym przez uprawnionego lekarza Centrum Pomocy Generali środkiem transportu i pokrycie jego kosztów (bez limitu kwotowego), o celowości transportu ze szpitala oraz o wyborze odpowiedniego środka transportu, decyduje uprawniony lekarz Centrum Pomocy Generali;
 - 5) transport na komisję lekarską oraz transport powrotny – zorganizowanie jednorazowego transportu z miejsca zamieszkania na komisję lekarską w miejscu zamieszkania oraz z powrotem, odpowiednim zalecanym przez uprawnionego lekarza lub pracownika Centrum Pomocy Generali środkiem transportu (bez limitu kwotowego);
 - 6) dostarczenie leków – zorganizowanie i pokrycie kosztów dostarczenia leków do miejsca pobytu, jeżeli zostało to zalecone przez uprawnionego lekarza Centrum Pomocy Generali (bez kosztów leków);
 - 7) zorganizowania na życzenie procesu rehabilitacji lub pomocy psychologa, w zależności od wyboru osoby, o której mowa w § 1 ust. 3;
 - 8) organizacja procesu rehabilitacji – na zlecenie lekarza wyznaczonego przez Centrum Pomocy Generali, Centrum Pomocy Generali może zorganizować proces rehabilitacji (ustalenie koniecznych zabiegów oraz ich ilości bez pokrycia kosztów) i pokrycie kosztów transportu na te zabiegi w miejscu zamieszkania, jednakże nie więcej niż 3 wizyty w ramach jednego zdarzenia;
 - 9) pomoc psychologa – na zlecenie lekarza wyznaczonego przez Centrum Pomocy Generali, organizacja i pokrycie kosztów wizyty u wyznaczonego przez Centrum Pomocy Generali psychologa w miejscu zamieszkania. Ilość zgodna z zaleceniem lekarskim jednakże nie więcej 3 wizyty w ramach zdarzenia. Pomoc psychologiczna jest formą rehabilitacji.

Opieka nad ludźmi

2. Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku osoba, o której mowa w § 1 ust. 3 jest hospitalizowana i jeżeli pełni on rolę opiekuna lub rodzica oraz brak jest osoby, która mogłaby zaopiekować się Dziećmi lub osobami niesamodzielnymi, Centrum Pomocy Generali może w razie konieczności zorganizować świadczenie do wyboru przez Ubezpieczonego:
 - 1) opiekę nad osobami niesamodzielnymi i dziećmi – zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki nad osobami niesamodzielnymi lub dziećmi w miejscu zamieszkania lub w miejscu pobytu osoby, o której mowa w § 1 ust. 3 na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez pierwsze 3 dni od wypadku;
 - 2) transport osoby wyznaczonej do opieki nad osobami niesamodzielnymi i dziećmi – zorganizowanie i pokrycie kosztów przejazdu w obydwie strony (bilet kolejowy pierwszej klasy lub autobusowy) dla bliskiej osoby zamieszkałej w Polsce i wyznaczonej przez osobę, o której mowa w § 1 ust. 3 do opieki nad osobami niesamodzielnymi lub dziećmi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania lub miejsca pobytu Ubezpieczonego;

- 3) transport osób niesamodzielnych do osoby wskazanej – zorganizowanie i pokrycie kosztów przejazdu osoby niesamodzielnej do osoby wskazanej zamieszkałej w Polsce w obydwie strony (bilet kolejowy pierwszej klasy lub autobusowy).

Opieka nad zwierzętami

3. Jeżeli w następstwie Nieszczęśliwego wypadku osoba, o której mowa w § 1 ust. 3 jest hospitalizowana i z informacji otrzymanych od lekarza prowadzącego wynika, iż okres ten będzie dłuższy niż 3 dni, a w miejscu jego zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej bez opieki pozostają zwierzęta domowe, Centrum Pomocy Generali zorganizuje świadczenie, do wyboru przez osobę, o której mowa w § 1 ust. 3;
 - 1) opiekę nad zwierzętami domowymi – zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki nad zwierzętami domowymi w miejscu zamieszkania osoby, o której mowa w § 1 ust. 3 przez pierwsze 3 dni od wypadku;
 - 2) transport zwierząt domowych – zorganizowanie i pokrycie kosztów przewozu zwierząt domowych do osoby wskazanej przez osobę, o której mowa w § 1 ust. 3 lub do schroniska/hotelu dla zwierząt do kwoty 300 zł.
4. Warunkiem wykonania świadczenia jest dostarczenie przez osobę, o której mowa w § 1 ust. 3 lub Osobę wskazaną aktualnej książeczki szczepień zwierzęcia.

Postępowanie w sprawie świadczeń Assistance

§ 5

1. W przypadku konieczności skorzystania z usługi Assistance, osoba, o której mowa w § 1 ust. 3 lub osoba przez niego wyznaczona zobowiązana jest do telefonicznego skontaktowania się z Centrum Pomocy Generali. Osoba, o której mowa w § 1 ust. 3 lub osoba przez niego wyznaczona powinna podać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko osoby, o której mowa w § 1 ust. 3;
 - 2) adres zamieszkania osoby, o której mowa w § 1 ust. 3;
 - 3) numer Indywidualnego potwierdzenia;
 - 4) Okres ubezpieczenia;
 - 5) krótki opis zajścia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - 6) numer telefonu kontaktowego osoby, o której mowa w § 1 ust. 3 lub osoby przez niego wyznaczonej;
 - 7) inne informacje konieczne pracownikowi Centrum Pomocy Generali do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
2. W przypadku, gdy podane telefonicznie informacje są niezgodne z danymi posiadanymi przez Centrum Pomocy Generali i mogą nasuwać wątpliwości, co do uprawnień osoby, o której mowa w § 1 ust. 3 do korzystania ze świadczeń Assistance, osoba, o której mowa w § 1 ust. 3 na żądanie pracownika Centrum Pomocy Generali zobowiązana jest okazać ważny Wniosek/Polisę oraz dowód jego opłacenia usługodawcy przybyłemu na miejsce zdarzenia, pod rygorem niewykonania świadczeń Assistance.
3. W przypadku odmowy udzielenia informacji przez Ubezpieczonego zgodnie z ust. 2 lub braku współpracy z obsługą Centrum Pomocy Generali, Centrum Pomocy Generali może odmówić organizacji świadczeń określonych w § 4. Świadczenia, o których mowa w § 4, przysługują tylko na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Świadczenia, o których mowa wyżej, zostaną zrealizowane przez Centrum Pomocy Generali, jeżeli osoba, o której mowa w § 1 ust. 3 jest objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia oraz po weryfikacji dokonanej zgodnie z ust. 1.
5. Centrum Pomocy Generali nie ponosi odpowiedzialności za niewykonanie świadczeń Assistance, określonych w niniejszej Umowie dodatkowej spowodowane działaniem siły wyższej, pod pojęciem, której rozumie się w szczególności: trzęsienie ziemi, powódź, huragan, pożar oraz inne klęski żywiołowe. Dodatkowo, Centrum Pomocy Generali nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne opóźnienia zaistniałe z przyczyn zewnętrznych niezależnych od Centrum Pomocy Generali (w tym zjawisk meteorologicznych), mogących powodować niedyspozycyjność usługodawców realizujących dane świadczenia.

Suma Ubezpieczenia

§ 6

1. Suma ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy zostaje ustalona w złotych polskich, w wysokości 10.000 zł dla każdego zdarzenia Assistance objętego ubezpieczeniem.
2. Zdarzeniem Assistance jest Nieszczęśliwy wypadek objęty ochroną na podstawie OWU w następstwie, którego świadczone są usługi Assistance określone w § 3 niniejszej umowy dodatkowej.
3. Suma ubezpieczenia dla niniejszej umowy jest niezmienna przez cały ochrony ubezpieczeniowej.

Zwrot kosztów

§ 7

1. Osobie, o której mowa w § 1 ust. 3 nie przysługuje zwrot kosztów za świadczenia niezorganizowane przez Centrum Pomocy Generali, chyba że osoba, o której mowa w § 1 ust. 3 uzyskała ustną zgodę (drogą telefoniczną) Centrum Pomocy Generali na zorganizowanie świadczenia we własnym zakresie.
2. Osoba, o której mowa w § 1 ust. 3 powinna złożyć wniosek o zwrot kosztów świadczeń wraz z oryginałem rachunków, w przypadkach, o których mowa w ust. 1, niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od ustania przeszkody w zawiadomieniu Centrum Pomocy Generali.
3. Wnioski o zwrot kosztów, o których mowa w ust. 1, osoba o której mowa w § 1 ust. 3 zgłasza pisemnie do Centrum Pomocy Generali pod adresem:

Europ Assistance Polska Sp. z o.o.
ul. Wołoska 5, budynek TAURUS,
02-675 Warszawa,
Fax: +48 (22) 205 50 11

4. Centrum Pomocy Generali przekazuje osobie, o której mowa w § 1 ust. 3 decyzję w sprawie wniosku o zwrot kosztów i dokonuje jej w terminie do 30 dni od daty otrzymania wniosku.
5. Zwrot kosztów przez Europ Assistance jest dokonywany w wysokości, w jakiej byłyby one poniesione, gdyby świadczenie organizował Europ Assistance.
6. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości kosztów do zwrotu nie jest możliwe w terminie określonym w ust. 4, zwrot kosztów dokonywany jest w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Centrum Pomocy Generali wypłaca w terminie określonym w ust. 4.

Reklamacje

§ 8

Szczegółowe zasady składania i rozpatrywania reklamacji zostały wskazane w § 18 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego Assistance stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego Assistance zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 23 maja 2016 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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