
Ogólne warunki ubezpieczenia terminowego na życie „Pakiet Mocno Bezpieczny”



Obowiązują od 10 stycznia 2017 roku

generali.pl

Spis treści

3	Wykaz istotnych informacji zawartych w OWU
4	Postanowienia ogólne
4	Definicje
5	Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności
5	Świadczenie z tytułu Umowy ubezpieczenia
8	Zawarcie Umowy ubezpieczenia
8	Ochrona ubezpieczeniowa
9	Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia
9	Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia
9	Składka
10	Suma ubezpieczenia
10	Zmiany w Umowie ubezpieczenia
10	Uposażony
10	Uprawnieni do świadczenia
11	Wypłata świadczenia
12	Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności
12	Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego
13	Prawa i obowiązki Towarzystwa
13	Reklamacje
13	Postanowienia końcowe
	Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego Assistance
15	Postanowienia ogólne
15	Definicje
15	Świadczenia z tytułu umowy dodatkowej
16	Zakres ubezpieczenia
17	Postępowanie w sprawie świadczeń Assistance
17	Suma Ubezpieczenia
17	Zwrot kosztów
18	Reklamacje
18	Postanowienia końcowe

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych warunkach ubezpieczenia terminowego na życie
„Pakiet Mocno Bezpieczny” (kod PMB_OWU_12.2016) dalej „OWU”,
z uwzględnieniem definicji z OWU (Skorowidz)

Rodzaj informacji	Nr jednostki redakcyjnej
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 ust. 2; § 4 ust. 1 pkt 1-6 i pkt 10; § 7 ust. 4; § 10 ust. 2; § 14 ust. 4-9
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4 ust. 1 pkt 11-18; § 13 ust. 2; § 15
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 UBEZPIECZENIA TERMINOWEGO NA ŻYCIE

„PAKIET MOCNO BEZPIECZNY”

(KOD PMB_OWU_12.2016)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia terminowego na życie „Pakiet Mocno Bezpieczny” (zwane dalej „OWU”) stanowią podstawę zawarcia Umowy ubezpieczenia.
2. Przez Umowę ubezpieczenia Towarzystwo zobowiązuje się spełnić określone w Umowie ubezpieczenia świadczenie w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przewidzianego w Umowie ubezpieczenia, a Ubezpieczający zobowiązuje się do opłacania Składek.

Definicje

§ 2

1. Użyte w Umowie ubezpieczenia, OWU, Wniosku/Polisie wymienione poniżej terminy oznaczają:
 - 1) **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego w stosunku, do którego Ubezpieczonemu przysługuje w pełni władza rodzicielska, które w dniu zawarcia 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) **Koszty rehabilitacji** – niezbędne z medycznego punktu widzenia poniesione koszty w związku z rehabilitacją będącą integralną częścią leczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków, prowadzoną na zlecenie i pod kontrolną lekarza, mającą na celu uzyskanie optymalnego poziomu funkcjonowania utraconych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku czynności uszkodzonego narządu;
 - 4) **Nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe zdarzenie, nagle i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, Współmałżonka/Partnera albo Dziecka; 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, który uległ wypadkowi w związku z ruchem drogowym, wodnym lub powietrznym, a także w związku z ruchem pojazdu szynowego;
 - 6) **Pakiet** – wybrany przez Ubezpieczającego zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmujący zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane we Wniosku/Polisie;
 - 7) **Pobyty w szpitalu** – Pobyty w szpitalu na zlecenie lekarza, trwający nieprzerwanie, co najmniej 4 dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. 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;
 - 8) **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;
 - 9) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) będący wydzielonym oddziałem szpitalnym, prowadzony przez lekarzy specjalistów intensywnej terapii – anesteziologów, zapewniający przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, 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;
 - 10) **Okres ubezpieczenia** – 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;
 - 11) **Składka** – wskazana we Wniosku/Polisie łączna kwota za ochronę ubezpieczeniową, płatna w ratach lub jednorazowo;
 - 12) **Suma ubezpieczenia** – kwota określona we Wniosku/Polisie lub innym dokumencie potwierdzającym jej zmianę, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia odrębną dla każdego ze zdarzeń ubezpieczeniowych;
 - 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) **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;
 - 16) **Towarzystwo** – Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna;
 - 17) **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 1, o której mowa w § 4;
 - 18) **Trwałe częściowe inwalidztwo** – powstałe w wyniku Nieszczęśliwego wypadku trwałe uszkodzenie ciała. Towarzystwo obejmuje ochroną ubezpieczeniową wyłącznie te rodzaje Trwałego częściowego inwalidztwa, które wymienione zostały w Tabeli nr 2, o której mowa w § 4;
 - 19) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia;
 - 20) **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU;
 - 21) **Ubezpieczający** – podmiot zawierający Umowę ubezpieczenia z Towarzystwem i zobowiązany do opłacania Składek;

- 22) **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;
- 23) **Uprawniony** – Uposażony, a w przypadku gdy nie został on wskazany lub został wskazany bezskutecznie – osoba wskazana w § 12 ust. 6;
- 24) **Wariant** – wariant Umowy ubezpieczenia wybrany przez Ubezpieczającego;
- 25) **Wiek** – liczba pełnych lat życia ukończonych w dniu, w którym Wiek jest liczony;
- 26) **Współmałżonek/Partner** – odpowiednio:
- Współmałżonek** – osoba wskazana we Wniosku/Polisie pozostająca w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, która w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ma nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 65 lat;
 - Partner** – osoba wskazana we Wniosku/ Polisie pozostająca w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia z Ubezpieczonym w nieformalnym związku, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, która w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ma nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 65 lat.
- We Wniosku/Polisie, jako Współmałżonek albo Partner może zostać wskazana jedna osoba, przy czym zmiany wskazania dotyczącego Partnera można dokonać nie częściej niż raz na 36 miesięcy.
- 27) **Wniosek/Polisa** – dokument stanowiący zarówno wniosek, w którym Ubezpieczony wyraża uprzednią zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową, jak i dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia.
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 rocznym lub Wariantcie indywidualnym dwuletnim – życie i zdrowie Ubezpieczonego;
 - w Wariantcie rodzinnym rocznym – życie i zdrowie Ubezpieczonego, zdrowie Współmałżonka/Partnera lub zdrowie maksymalnie trojga Dzieci.
- Zakres Umowy ubezpieczenia obejmuje wystąpienie zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową wskazanych we Wniosku/Polisie.
- Warianty, o których mowa w ust. 1, stanowiące integralną część Umowy ubezpieczenia dostępne są w Pakietach z Sumami ubezpieczenia określonymi przez Towarzystwo.

Świadczenie z tytułu Umowy ubezpieczenia

§ 4

- W razie wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:
 - 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;
 - 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. 5 i 6;
 - 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,
 - 50% Diennej stawki świadczenia szpitalnego za każdy następny dzień tego pobytu.
 - 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. 5, w wysokości 100% Diennej stawki świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu na OIOM-ie;
 - świadczenie, o którym mowa w pkt. 6, wypłacane jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
 - Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu w związku z pobytami w Szpitalu nieprzekraczającymi łącznie odpowiednio dla Ubezpieczonego, Współmałżonka/Partnera albo Dziecka 100 dni Pobytu w szpitalu;
 - 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 tej 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;
 - w przypadku Trwałego całkowitego lub odpowiednio częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera lub Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku określony w Tabeli nr 1 dla całkowitego inwalidztwa lub odpowiednio w Tabeli nr 2 dla częściowego inwalidztwa procent Sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku. Oceny stopnia inwalidztwa dokonuje się po zakończeniu leczenia i zalecanej rehabilitacji.

Tabela nr 1

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 – paliczek paznokciowy	5%
g. kciuk – paliczek 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 paliczek	3%
j. inny palec ręki – w całości	5%
k. inny palec ręki – całkowita utrata paliczka dystalnego lub środkowego – za każdy paliczek	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 – paliczek 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%

Tabela nr 2

Trwałe częściowe inwalidztwo		% Sumy ubezpieczenia
1)	Przepona – uszkodzenie mechaniczne lub uszkodzenie nerwu przeponowego	10%
2)	Żołądek – jeśli doszło do utraty > 60 % narządu	20%
3)	Przełyk	

	a. jeśli możliwe jest jedynie przyjmowanie płynów	30%
	b. jeśli konieczne jest odżywianie przez przetokę do żołądka	60%
4)	Wątroba	
	a. utrata segmentu wątroby	10%
	b. utrata płata wątroby	40%
5)	Płuca i opłucna (z zaburzeniami oddychania)	
	a. bez niewydolności oddechowej	5%
	b. z niewydolnością oddechową (potwierdzoną w spirometrii i gazometrii)	30%
6)	Serce	
	a. z wydolnym układem krążenia	15%
	b. z niewydolnością krążenia (potwierdzoną badaniem ECHO – EF <40%)	40%
7)	Jelito cienkie lub grube	
	a. Jeśli doszło do wycięcia powyżej 50% długości jelita	20%
8)	Zwieracz odbytu – uszkodzenia powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	50%
9)	Pęcherz moczowy lub cewka moczowa – powodujące stałe, całkowite nietrzymanie moczu	20%
10)	Narząd wzroku	
	a. utrata ostrości wzroku w jednym oku powyżej 70%, przy nie zaburzonym widzeniu drugiego oka nie powodująca całkowitej utraty wzroku	20%
	b. utrata ostrości wzroku, przekraczająca 70% w każdym z obu oczu nie powodująca całkowitej utraty wzroku	50%
11)	Encefalopatia pourazowa z zespołem otępiennym, zespołami zaburzeń równowagi, zespołami pozapiramidowymi, wymagająca stałej opieki osób trzecich	100%
12)	Porażenie 4 kończynowe	100%
13)	Porażenie połowicze utrwalone	90%
14)	Porażenie dwóch kończyn górnych lub dolnych	80%
15)	Porażenie całej kończyny górnej	60%
16)	Porażenie całej kończyny dolnej	50%
17)	Utrwalony niedowład czterokończynowy lub dwóch kończyn górnych lub dolnych	90%
18)	Niedowład połowiczny utrwalony z afazją	80%
19)	Niedowład połowiczny utrwalony	50%
20)	Niedowład jednej kończyny górnej	25%
21)	Niedowład jednej kończyny dolnej	15%
22)	Padaczka pourazowa	
	a. z częstymi napadami grand – mal (3 lub więcej na miesiąc, pomimo leczenia)	40%
	b. z napadami rzadkimi grand – mal (2 lub mniej na miesiąc, pomimo leczenia)	20%
23)	Całkowite porażenie n.pachowego	15%
24)	Całkowite porażenie n.pośrodkowego w obrębie ramienia	25%
25)	Całkowite porażenie n.promieniowego w okolicy barku	30%
26)	Całkowite porażenie n.promieniowego w okolicy przedramienia	10%
27)	Całkowite porażenie n.łokciowego	20%
28)	Całkowite porażenie n.udowego	20%
29)	Całkowite porażenie n.kulszowego	40%
30)	Zespół stożka końcowego rdzenia (zaburzenia ze strony zwieraczy)	30%
31)	Wstrząśnienie mózgu – konieczne rozpoznanie w trakcie pobytu szpitalnego, trwającego co najmniej 3 dni	5%
32)	Urazowe bólowe zespoły korzeniowe	
	a. szyjne	5%
	b. piersiowe	3%
	c. lędźwiowo-krzyżowe	5%

d. guziczne	2%
33) Oparzenia II stopnia	
a. obejmujące 5 – 15% powierzchni ciała	10%
b. obejmujące 16 – 30% powierzchni ciała	25%
c. obejmujące powyżej 30% powierzchni ciała	45%
34) Oparzenia III stopnia	
a. obejmujące do 5% powierzchni ciała	10%
b. obejmujące 6 – 10% powierzchni ciała	25%
c. obejmujące powyżej 10% powierzchni ciała	45%

- 11) jeżeli Nieszczęśliwy wypadek spowodował utratę więcej niż jednego organu, spośród wymienionych w Tabeli nr 1, świadczenie wypłacane jest w wysokości sumy świadczeń należnych w związku z utratą poszczególnych organów, z zastrzeżeniem postanowień pkt. 15 i 16;
- 12) jeżeli Nieszczęśliwy wypadek spowodował powstanie więcej niż jednego rodzaju obrażeń, spośród wymienionych w Tabeli nr 2, świadczenie wypłacane jest w wysokości sumy świadczeń należnych, z zastrzeżeniem postanowień pkt 15 i 16;
- 13) w przypadku zaistnienia Trwałego całkowitego lub odpowiednio częściowego inwalidztwa w obrębie organu, który był uszkodzony przed zajściem Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia liczonego, jako różnica pomiędzy stopniem inwalidztwa po zajściu Nieszczęśliwego wypadku, a stopniem inwalidztwa istniejącym przed tym wypadkiem;
- 14) jeżeli Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu Trwałego całkowitego lub odpowiednio częściowego 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 lub odpowiednio częściowego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
- 15) świadczenie w związku z Trwałym całkowitym lub odpowiednio częściowym inwalidztwem spowodowanym Nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć 100% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
- 16) w przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu Trwałego całkowitego lub odpowiednio częściowego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku przekracza 100% Sumy ubezpieczenia, ostatecznie ze świadczeń ulega proporcjonalnemu zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia;
- 17) w przypadku rehabilitacji Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera lub Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo pokryje Koszty rehabilitacji powstałe z tytułu zabiegów rehabilitacyjnych. Towarzystwo nie pokrywa kosztów konsultacji lekarzy, kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego oraz kosztów Pobytu w szpitalu w związku z rehabilitacją, z zastrzeżeniem pkt 18;
- 18) suma wypłaconych świadczeń z tytułu rehabilitacji w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
 - a. w przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu rehabilitacji w wyniku Nieszczęśliwego wypadku przekracza 100% Sumy ubezpieczenia, ostatecznie ze świadczeń ulega proporcjonalnemu zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia;
 - b. 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.

Zawarcie Umowy ubezpieczenia

§ 5

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta:
 - 1) w Wariantcie indywidualnym rocznym albo Wariantcie rodzinnym rocznym na Okres ubezpieczenia trwający 1 rok albo
 - 2) w Wariantcie indywidualnym dwuletnim na Okres ubezpieczenia trwający 2 lata.
2. Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia Towarzystwo doręcza Ubezpieczającemu warunki Umowy, w tym treść OWU wraz z załącznikami oraz Skorowidzem. Jeżeli Towarzystwo posługuje się wzorcami umowy w postaci elektronicznej, doręcza wymienione w zdaniu poprzedzającym dokumenty w taki sposób, aby mógł je przechowywać i odtwarzać w zwykłym toku czynności.
3. Umowa ubezpieczenia może być zawarta, jeżeli Wiek Ubezpieczonego dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia wynosi odpowiednio:
 - 1) w Wariantcie indywidualnym rocznym i Wariantcie rodzinnym rocznym – nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 65 lat;
 - 2) w Wariantcie indywidualnym dwuletnim – nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 64 lat.
4. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie poprawnie wypełnionego i podpisanego przez Ubezpieczającego oraz Towarzystwo, a w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek (Ubezpieczonego) przez Ubezpieczonego Wniosku/ Polisy.
5. Pierwsza Składka powinna zostać opłacona w dniu podpisania Wniosku/Polisy jednak nie później niż w terminie 30 dni od tej daty. W przypadku nie dokonania wpłaty w tym terminie Wniosek/Polisę uważa się za bezskuteczny, a ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się.
6. Ubezpieczający we Wniosku/Polisie wybiera Okres ubezpieczenia, Pakiet i Wariant, oraz częstotliwość opłacania Składek.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się pod warunkiem:
 - 1) otrzymania przez Towarzystwo poprawnie i kompletnie wypełnionego Wniosku/Polisy;

- 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. Z zastrzeżeniem ust. 4 Umowa ubezpieczenia ulega automatycznemu przedłużeniu na Okres ubezpieczenia trwający 1 rok w niezmiennym zakresie, jeżeli do ostatniego dnia bieżącego Okresu ubezpieczenia Ubezpieczający nie złoży oświadczenia o rezygnacji z Umowy ubezpieczenia oraz pod warunkiem, że Składka zostanie opłacona za kolejny Okres ubezpieczenia w terminie, o którym mowa w § 9 ust. 5.
4. Towarzystwo ma prawo nie wyrazić zgody na przedłużenie Umowy ubezpieczenia na kolejny Okres ubezpieczenia.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 4, Towarzystwo poinformuje o tym Ubezpieczającego na piśmie nie później niż 30 dni przed upływem bieżącego Okresu ubezpieczenia.
6. Ubezpieczony może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową wyłącznie raz na podstawie niniejszych OWU. W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo faktu objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową więcej niż raz na podstawie niniejszych OWU, późniejsze objęcie ochroną ubezpieczeniową uważane będzie za nieskuteczne i Towarzystwo powiadomi o tym Ubezpieczającego oraz dokona zwrotu zapłaconej Składki.

Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia

§ 7

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia w tym względzie w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.
2. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, 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 ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku odstąpienia od Umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu Składkę za niewykorzystany okres ochrony, w terminie 7 dni od dnia otrzymania oświadczenia o odstąpieniu.

Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia

§ 8

1. Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia, poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia w tym względzie, w każdym czasie z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia. Wypowiedzenie nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składki za Okres ubezpieczenia, przez jaki Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
2. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego – z upływem dnia, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego;
 - 2) nieopłacenia kolejnej Składki w terminie określonym w niniejszych OWU – z bezskutecznym upływem 14 dniowego dodatkowego terminu do jej zapłaty, o którym mowa w § 9 ust. 9;
 - 3) ukończenia przez Ubezpieczonego 66 roku życia – z ostatnim dniem bieżącego Okresu ubezpieczenia przypadającego po ukończeniu tego Wieku;
 - 4) nieprzedłużenia Umowy ubezpieczenia na kolejny Okres ubezpieczenia – z ostatnim dniem bieżącego Okresu ubezpieczenia, za który została zapłacona Składka;
 - 5) wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z upływem dnia, w którym upłynął okres wypowiedzenia.
3. Wypłata świadczenia w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego całkowitego lub odpowiednio częściowego inwalidztwa powoduje wygaśnięcie odpowiedzialności z tytułu Trwałego całkowitego lub odpowiednio częściowego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – z dniem zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Wypłata świadczenia w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu rehabilitacji powoduje wygaśnięcie odpowiedzialności z tytułu rehabilitacji w wyniku Nieszczęśliwego wypadku - z dniem zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego.
5. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie zdarzeń dotyczących Dziecka wygasa z ostatnim dniem bieżącego Okresu ubezpieczenia przypadającego po ukończeniu przez Dziecko 18 roku życia.
6. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie zdarzeń dotyczących Współmałżonka/Partnera wygasa z ostatnim dniem bieżącego Okresu ubezpieczenia przypadającego po ukończeniu przez Współmałżonka/Partnera 66 roku życia.
7. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia przed upływem Okresu ubezpieczenia, Towarzystwo dokona zwrotu Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Składka

§ 9

1. Wysokość Składki ustalana jest zgodnie z obowiązującą taryfą składek Towarzystwa i jest zależna od:
 - 1) Pakietu;
 - 2) Wariantu;
 - 3) Sumy ubezpieczenia;
 - 4) częstotliwości opłacania Składki.
2. Wysokość Składki określona jest we Wniosku/Polisie.
3. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia na Okres ubezpieczenia trwający 1 rok Składka opłacana jest w zależności od wyboru Ubezpieczającego z częstotliwością roczną (jednorazowo) albo w ratach, z częstotliwością półroczną, kwartalną lub miesięczną.

4. W przypadku opłacania Składki w ratach, druga i kolejne Składki opłacane są z góry w terminach wymagalności Składki zgodnie z wybraną częstotliwością.
5. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia na Okres ubezpieczenia trwający 2 lata Składka płatna jest jednorazowo z góry za cały pierwszy Okres ubezpieczenia. W przypadku kontynuacji Umowy ubezpieczenia na kolejne roczne Okresy ubezpieczenia, Składki opłacane są z góry w terminach wymagalności zgodnie z wybraną częstotliwością.
6. Termin wymagalności kolejnej Składki przypada pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia, za który jest należna.
7. Wysokość Składki ulega zmianie w przypadku zmiany częstotliwości opłacania Składki.
8. Składka nie podlega indeksacji.
9. W przypadku nieopłacenia kolejnej Składki w terminie, w jakim powinna ona zostać zapłacona Towarzystwo po upływie 30 dni od daty wymagalności poinformuje Ubezpieczającego o zaległości oraz wezwie Ubezpieczającego do jej zapłaty w dodatkowym 14 dniowym terminie od dnia otrzymania pisma oraz poinformuje go o skutkach nieopłacenia Składki w tym terminie z uwzględnieniem ust. 10.
10. Nieopłacenie Składki w terminie określonym w ust. 9 spowoduje rozwiązanie Umowy ubezpieczenia i wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej.

Suma ubezpieczenia

§ 10

1. Wysokość Sum ubezpieczenia jest niezmienna przez cały Okres ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku automatycznego przedłużania Umowy ubezpieczenia przez kolejnych 5 następujących po sobie Okresów ubezpieczenia oraz pod warunkiem, że w tym okresie nie wystąpiło zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo począwszy 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 Sum ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2, nie powoduje podwyższenia Składki.

Zmiany w Umowie ubezpieczenia

§ 11

1. Ubezpieczający ma prawo od kolejnego Okresu ubezpieczenia wystąpić do Towarzystwa z wnioskiem o zmianę częstotliwości opłacania Składki.
2. Zmiana, o której mowa w ust. 1, obowiązuje od daty wskazanej przez Towarzystwo w pisemnym potwierdzeniu jej wprowadzenia.
3. Wniosek o zmianę, o której mowa w ust. 1, musi zostać dostarczony do Towarzystwa nie później niż 14 dni przed upływem bieżącego Okresu ubezpieczenia.
4. Ubezpieczający nie może zmienić Pakietu ani Wariantu w trakcie trwania danej Umowy ubezpieczenia.

Uposażony

§ 12

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. 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.
4. Jeżeli wskazano kilku Uposażonych, winny zostać określone ich udziały procentowe w kwocie świadczenia.
5. Jeżeli udziały procentowe Uposażonych w kwocie świadczenia nie zostaną określone, przyjmuje się, iż są one równe.
6. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, gdy Ubezpieczony nie wskazał żadnego Uposażonego lub wskazanie jedyne Uposażonego okazało się bezskuteczne, świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
 - 1) małżonek;
 - 2) dzieci – w częściach równych;
 - 3) rodzice – w częściach równych;
 - 4) rodzeństwo – w częściach równych;
 - 5) pozostałe osoby będące spadkobiercami ustawowymi Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy właściwej dla ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz Skarbu Państwa – w częściach równych.
7. Świadczenie może być wypłacone członkowi rodziny wymienionemu w dalszej kolejności wyłącznie wtedy, gdy żadna z osób wskazanych w punktach poprzedzających nie dożyła śmierci Ubezpieczonego albo nie jest uprawniona do otrzymania świadczenia z powodu okoliczności wskazanych w ust. 8. Uważa się, że osoba nie dożyła śmierci Ubezpieczonego także, gdy zmarła jednocześnie z nim.
8. Wskazanie Uposażonego jest bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed Ubezpieczonym albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. W takim przypadku udział bezskutecznie wskazanego Uposażonego w kwocie świadczenia dolicza się proporcjonalnie do udziałów pozostałych Uposażonych.

Uprawnieni do świadczenia

§ 13

1. Z chwilą zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową prawo do świadczenia nabywa:
 - 1) Uposażony w przypadku;
 - a. Śmierci Ubezpieczonego,

- b. Śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
- c. Śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji, z zastrzeżeniem § 12 ust. 6.
- 2) Ubezpieczony w przypadku;
 - a. Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera lub Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - b. Trwałego całkowitego lub odpowiednio częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera lub Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - c. rehabilitacji Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera lub Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem ust. 2.
- 2. Świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu Współmałżonka/Partnera lub Dziecka, Trwałego całkowitego lub odpowiednio częściowego inwalidztwa Współmałżonka/Partnera lub Dziecka, rehabilitacji Współmałżonka/Partnera lub Dziecka nie przysługuje Ubezpieczonemu, który umyślnie przyczynił się odpowiednio do Pobytu Współmałżonka/Partnera lub Dziecka w szpitalu, powstania Trwałego całkowitego lub odpowiednio częściowego inwalidztwa Współmałżonka/Partnera lub Dziecka albo do przeprowadzenia u Współmałżonka/Partnera lub Dziecka rehabilitacji.

Wypłata świadczenia

§ 14

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie dokumenty wskazane przez Towarzystwo:
 - 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;
 - c) w przypadku, o którym mowa w § 12 ust. 6, 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 9 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 rehabilitacji w wyniku Nieszczęśliwego wypadku dodatkowo oryginały rachunków dotyczące poniesionych Kosztów rehabilitacji;
 - d. w przypadku Trwałego całkowitego lub odpowiednio częściowego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku dodatkowo zaświadczenie wystawione przez lekarza lub inną dokumentację medyczną określające rodzaj Trwałego całkowitego lub odpowiednio częściowego 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 lub odpowiednio częściowego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku przysługuje o ile Nieszczęśliwy wypadek wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, a Trwałe całkowite lub odpowiednio częściowe inwalidztwo w wyniku Nieszczęśliwego wypadku powstało nie później niż 6 miesięcy od daty Nieszczęśliwego wypadku.
8. Prawo do świadczenia z tytułu rehabilitacji w wyniku Nieszczęśliwego wypadku przysługuje o ile Nieszczęśliwy wypadek wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, a rehabilitacja została przeprowadzona nie później niż 6 miesięcy od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku.
9. Prawo do świadczenia z tytułu rehabilitacji przysługuje w przypadku, gdy Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia z tytułu Trwałego całkowitego lub odpowiednio częściowego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
10. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
11. Gdyby w terminie, o którym mowa w ust. 10, 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. 10.

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 za skutki Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło zdarzenie ubezpieczeniowe 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, 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 zaistniałym 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; wyczynowe lub zawodowe uprawianie przez Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera lub Dziecko sportu;
 - 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;
 - 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, tresera 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 we Wniosku/Polisie albo innych pismach, w których Towarzystwo potwierdziło zmianę jej wysokości.
2. W razie zawarcia Umowy ubezpieczenia 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 będących podstawą do zawarcia Umowy;
 - 2) informacji o zmianie warunków Umowy ubezpieczenia, zmianie prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia;
 - 3) informacji o zmianie Sumy ubezpieczenia.
3. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 1, powinny być 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 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 zawartej Umowy ubezpieczenia oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.

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 Ubezpieczającego, 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 Ubezpieczającym ani osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności jego zaspokojenia w przypadku gdy Towarzystwo nie wypłaci świadczenia w terminie określonym w § 14 ust. 10;
 - 8) informowania pisemnie osoby występującej z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on Ubezpieczającym ani 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 potwierdzania, 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 Ubezpieczonego informacji o postanowieniach zawartej Umowy ubezpieczenia oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.

Reklamacje

§ 18

1. Będący osobą fizyczną Ubezpieczający, 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 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, przed Rzecznikiem Finansowym (www.rf.gov.pl).
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 podlegają 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 lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, a także przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczającego 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 10 stycznia 2017 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 PMB_AST_12.2016)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczania dodatkowego Assistance stanowią podstawę do rozszerzenia zakresu Umowy ubezpieczenia zawieranej na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia terminowego na życie „Pakiet Mocno 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 § 6 ust. 2 OWU, z chwilą rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy ubezpieczenia.
6. W przypadku przedłużenia Umowy ubezpieczenia na kolejny Okres ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej ulega przedłużeniu, zgodnie z § 6 ust. 3 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 OWU o usługi z zakresu 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, nagle 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 Miejsce 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 niesamodzielnymi 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 przez uprawnionego lekarza Centrum Pomocy Generali (do 7 wizyt lub 48 godzin od momentu nieszczęśliwego wypadku);
 - 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 niż 3 wizyty w ramach zdarzenia. Pomoc psychologiczna jest formą rehabilitacji.

Opieka nad ludźmi

1. Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku osoba, o której mowa w § 1 ust. 3 jest hospitalizowana i jeżeli pełni ona 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

1. 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.
2. 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 Wniosku/Polisy;
 - 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 Okres ubezpieczenia.

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 Generali 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 10 stycznia 2017 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Na podstawie przepisu art. 8 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną, Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie (zwana dalej „**Towarzystwem**”) oraz działający w jej imieniu Alior Bank Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (zwana dalej „**Agentem**”) ustalają niniejszym Regulamin świadczenia usług drogą elektroniczną za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość (zwany dalej „**Regulaminem**”) w zakresie zawierania umowy ubezpieczenia terminowego na życie „Pakiet Mocno Bezpieczny”.
2. Zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje na podstawie niniejszego Regulaminu oraz Ogólnych warunków ubezpieczenia zdefiniowanych w § 5 i traktowane jest jako zawarcie Umowy ubezpieczenia za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość. Osoba, która zawiera Umowę ubezpieczenia za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość zwana jest na potrzeby niniejszego Regulaminu „**Użytkownikiem**”.
3. Przedmiotem niniejszego Regulaminu jest wskazanie danych identyfikujących podmiot oferujący zawarcie Umowy ubezpieczenia oraz wskazanie danych podmiotu świadczącego na jego rzecz czynności agencyjne, zasad świadczenia usług drogą elektroniczną za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość, w tym informacji o kosztach związanych z zawarciem i wykonaniem Umowy ubezpieczenia, o prawie właściwym dla zawarcia i wykonania Umowy ubezpieczenia, sposobie jej rozwiązywania oraz trybie dochodzenia roszczeń z Umowy ubezpieczenia oraz trybie postępowania reklamacyjnego.
4. Korzystanie przez Użytkowników z usług oferowanych za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość jest równoznaczne z akceptacją niniejszego Regulaminu.
5. Regulamin udostępniony jest nieodpłatnie na stronie internetowej w domenie www.aliorbank.pl, w formie umożliwiającej jego pozyskanie, odtwarzanie, utrwalanie i drukowanie.
6. Za obsługę środków porozumiewania się na odległość odpowiada Agent. Rozmowy telefoniczne prowadzone z infolinii są rejestrowane, za zgodą wyrażoną przez Użytkownika na początku rozmowy. Brak zgody oznacza, że rozmowa nie będzie kontynuowana.
7. Definicje zawarte w Regulaminie, a niezdefiniowane w nim mają znaczenie nadane im OWU.

Przepisy prawa

§ 2

W sprawach nieuregulowanych niniejszym Regulaminem, stosuje w szczególności przepisy:

- 1) Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks Cywilny;
- 2) Ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną;
- 3) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych);
- 4) Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej;
- 5) Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym;
- 6) Ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta.

Podmiot oferujący ubezpieczenie

§ 3

Za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość Towarzystwo, którego dane podane są poniżej:

Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna
Adres siedziby: ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa;
Nazwa organu rejestrowego: Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego;
Numer w rejestrze: 25952;
REGON: 012951074;
NIP: 521-28-87-341;
Kapitał zakładowy: 63.500.000 PLN w pełni opłacony;
Dane dotyczące instytucji udzielającej zezwolenia: zezwolenie Ministra Finansów nr DU/2174/AU/AP/97 z dnia 6 stycznia 1998 roku;
Adres strony internetowej: generali.pl

oraz działający w jej imieniu Agent oferują zawarcie Umów ubezpieczenia.

Agent

§ 4

Podmiotem świadczącym na rzecz Towarzystwa usługi pośrednictwa ubezpieczeniowego za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość jest Alior Bank Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie 02-323 przy ul. Łopuszańskiej 38D, wpisana do rejestru przedsiębiorców

prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy pod nr KRS 0000305178, NIP 107-00-10-731, działający na podstawie zawartej z Towarzystwem Umowy agencyjnej nr 9006881941 z dnia 14 stycznia 2014 r. oraz udzielonego pełnomocnictwa, będący uprawniony do pośredniczenia przy zawieraniu Umów ubezpieczenia z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w imieniu i na rzecz Towarzystwa.

Ogólne warunki ubezpieczenia

§ 5

Oferowanie lub zawieranie Umów ubezpieczenia za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość odbywa się w oparciu o niniejszy Regulamin oraz na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia terminowego na życie „Pakiet Mocno Bezpieczny” zwanych „OWU”.

Rodzaje usług świadczonych drogą elektroniczną

§ 6

1. Agent oraz Towarzystwo, na podstawie niniejszego Regulaminu, świadczą usługi związane z zawieraniem Umów ubezpieczenia z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość.
2. Agent oraz Towarzystwo świadczą drogą elektroniczną za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności następujące usługi:
 - 1) udostępnienie informacji o Umowie ubezpieczenia;
 - 2) umożliwienie wypełnienia, poprawiania i zapisania elektronicznego formularza Wniosku/Polisy;
 - 3) umożliwienie zawarcia Umowy ubezpieczenia.

Wymagania techniczne

§ 7

1. Świadczenie usług drogą elektroniczną za pośrednictwem infolinii Agenta odbywa się za pośrednictwem telefonu.
2. W celu prawidłowego korzystania z usługi głosowej wymagane jest posiadanie aparatu telefonicznego z funkcją tonowego wybierania numerów.

Zawarcie Umowy ubezpieczenia za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość

§ 8

1. Użytkownik posiada dostęp do warunków umowy, w tym do treści OWU wraz z załącznikami oraz Skorowidzem, w ramach serwisu internetowego www.aliorbank.pl. OWU może być także dostarczone Użytkownikowi w formie elektronicznej za pośrednictwem posiadanego przez Agenta adresu e-mail, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Użytkownik może wystąpić o dostarczenie OWU w trakcie kontaktu za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość i otrzymać je na wskazany adres e-mail.
3. Użytkownik za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość może wypełnić formularz Wniosku/Polisy.
4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest w języku polskim, w oparciu o polskie przepisy prawa, które mają zastosowanie do relacji pomiędzy Towarzystwem a Użytkownikiem przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, jak również mają zastosowanie do jej wykonywania.
5. Po złożeniu kompletnie wypełnionego Wniosku/Polisy oraz potwierdzeniu wszystkich warunków Umowy określonych we Wniosku/Polisie oraz oświadczeń znajdujących się we Wniosku/ Polisie, za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość, Użytkownik zawiera Umowę ubezpieczenia.
6. Użytkownik jest zobowiązany przedstawić we Wniosku/Polisie prawidłowe dane oraz zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku/Polisie lub w innych pismach przed zawarciem Umowy ubezpieczenia. Za niewłaściwe, błędne, nieprawdziwe bądź niekompletne dane odpowiedzialność ponosi Użytkownik.
7. Przed akceptacją Wniosku/Polisy Użytkownik jest zobowiązany do dokonania weryfikacji zgodności danych zawartych we Wniosku/ Polisie wypełnionym za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość.
8. Z chwilą zaakceptowania przez Użytkownika Wniosku/Polisy następuje zawarcie Umowy ubezpieczenia. W chwili zaakceptowania Wniosku/ Polisy Użytkownik zostaje powiadomiony o fakcie zawarcia Umowy ubezpieczenia.
9. Użytkownik otrzymuje Wniosek/Polisę na wskazany przez niego adres e-mail.
10. Informacje o prawie wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia, sądzie właściwym do rozstrzygania sporów związanych z wykonaniem Umowy ubezpieczenia oraz sposobie składania skarg i zażaleń zawarte są w OWU stanowiących podstawę zawarcia Umowy ubezpieczenia.
11. Zasady zawarcia i rozwiązania Umowy ubezpieczenia, przedmiot i zakres ubezpieczenia, okres, na jaki Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, prawa i obowiązki obu stron Umowy ubezpieczenia oraz warunki jej wykonania, w tym opis przysługujących świadczeń i tryb dochodzenia roszczeń w związku z zajściem zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w tym sposób ustalania wysokości należnego świadczenia określone są w OWU stanowiących podstawę zawarcia Umowy ubezpieczenia.
12. Poprzez wypełnienie i zaakceptowanie Wniosku/Polisy Użytkownik oświadcza, że przed zawarciem Umowy ubezpieczenia zapoznał się z OWU stanowiącymi podstawę zawarcia Umowy ubezpieczenia, Regulaminem oraz wyraża zgodę na przetwarzanie podanych dobrowolnie danych osobowych dla celów zawarcia i wykonywania Umowy ubezpieczenia przez Towarzystwo oraz Agenta.

Dane Użytkownika

§ 9

1. W celu skorzystania z usługi umożliwiającej złożenie Wniosku/ Polisy za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość wymagane jest podanie następujących danych Użytkownika oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on tą samą osobą co Użytkownik (po uprzednim uzyskaniu zgody Ubezpieczonego, który ma być objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia):

- 1) W przypadku Użytkownika, który jest osobą fizyczną oraz Ubezpieczonego:
 - a. imię i nazwisko,
 - b. płeć,
 - c. data urodzenia,
 - d. numer PESEL,
 - e. adres stałego zamieszkania,
 - f. adres korespondencyjny, jeżeli inny niż zamieszkania,
 - g. typ i seria dokumentu tożsamości,
 - h. kod kraju (w przypadku przedstawienia paszportu),
 - i. obywatelstwo,
 - j. numer telefonu kontaktowego,
 - k. adres e-mail,
 - 2) W przypadku, gdy Użytkownik nie jest osobą fizyczną
 - a. nazwa,
 - b. numer NIP,
 - c. numer KRS,
 - d. adres siedziby,
 - e. adres korespondencyjny, jeżeli inny niż adres siedziby,
 - f. numer telefonu kontaktowego,
 - g. adres e-mail.
2. Niezależnie od danych wymienionych w ust. 1, w trakcie składania Wniosku/Polisy za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość, Użytkownik (po uprzednim uzyskaniu zgody osób, które mają być objęte ochroną ubezpieczeniową) podaje następujące dane Współmałżonka albo Partnera lub Dzieci (dane dotyczą wyłącznie osób, które będą objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia):
- 1) W przypadku Współmałżonka albo Partnera, który objęty będzie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia:
 - a. imię i nazwisko Współmałżonka albo Partnera,
 - b. płeć Współmałżonka albo Partnera,
 - c. data urodzenia Współmałżonka albo Partnera,
 - d. numer PESEL Współmałżonka albo Partnera,
 - e. typ i seria dokumentu tożsamości Współmałżonka albo Partnera,
 - f. kod kraju (w przypadku przedstawienia paszportu) Współmałżonka albo Partnera,
 - g. obywatelstwo Współmałżonka albo Partnera.
 - 2) W przypadku każdego Dziecka, które objęte będzie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia:
 - a. imię i nazwisko Dziecka,
 - b. płeć Dziecka,
 - c. data urodzenia Dziecka,
 - d. numer PESEL Dziecka (w przypadku gdy numer Pesel został nadany).

Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia

§ 10

1. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość Użytkownikowi przysługuje prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty poinformowania Użytkownika o zawarciu Umowy ubezpieczenia lub od dnia, w którym Towarzystwo było obowiązane do przekazania Użytkownikowi informacji niezbędnych do zawarcia Umowy ubezpieczenia za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość, jeżeli jest to termin późniejszy.
2. Zasady rozliczeń w zakresie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia określone są w OWU.

Informacje o Składce i pozostałych kosztach związanych z zawarciem Umowy ubezpieczenia

§ 11

1. Wysokość Składki, Wariant ubezpieczenia oraz rodzaje Pakietów określone są we Wniosku/Polisie oraz w OWU stanowiących podstawę zawarcia Umowy ubezpieczenia. Użytkownik określa wysokość Składki poprzez wybranie odpowiedniego Pakietu i Wariantu w trakcie kontaktu z Agentem za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość.
2. Wysokość Składki ubezpieczeniowej należnej z tytułu Umowy ubezpieczenia zostaje ustalona w oparciu o zadeklarowany przez Użytkownika wybór Pakietu, Wariantu, Sumy ubezpieczenia oraz częstotliwości opłacania Składek.
3. Składka za ubezpieczenie wskazana jest w polskich złotych, a wpłata z tego tytułu jest dokonywana na rachunek wskazany przez Towarzystwo.
4. Użytkownik może dokonać płatności za ubezpieczenie za pomocą ogólnie dostępnych środków płatniczych.
5. Użytkownik nie ponosi dodatkowych kosztów wynikających z korzystania ze środków porozumiewania się na odległość przy wypełnianiu Wniosku/Polisy poza kosztem należnym od Użytkownika na rzecz właściwego operatora z tytułu korzystania ze środka porozumiewania się na odległość.

Reklamacje

§ 12

1. Użytkownik (zwany w tym paragrafie „Klient”) może składać w każdym czasie zastrzeżenia dotyczące świadczenia usług drogą elektroniczną za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość, 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 Towarzystwa ul. Postępu 15 B, 02-676 Warszawa;
- 2) ustnie – telefonicznie pod numerem Towarzystwa +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, przed Rzecznikiem Finansowym (www.rf.gov.pl).
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

§ 13

1. Zakazane jest dostarczanie przez Użytkownika informacji i treści o charakterze bezprawnym, treści obraźliwych, informacji błędnych czy mogących wprowadzać w błąd.
2. Umowa o świadczenie usług drogą elektroniczną rozwiązuje się najpóźniej z chwilą rozwiązania Umowy ubezpieczenia, które następuje w przypadkach określonych w OWU lub odpowiednio po upływie 30 dni od dnia wypełnienia Wniosku/Polisy w przypadku braku opłacenia Składek z tytułu Umowy ubezpieczenia.
3. Niniejszy Regulamin został zatwierdzony uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 25 maja 2018 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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