

SKOROWIDZ
OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU
„OCHRONA SZPITALNA”

Rodzaj informacji/ postanowienia wzorca umownego	Nr zapisu
1. przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 pkt 2; § 9
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 12; § 9 pkt 3-5 i 7b

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA
NA ŻYCIE I NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU „OCHRONA SZPITALNA”
25.09.2020



POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie i na wypadek pobytu w szpitalu „Ochrona Szpitalna”, przyjęte Uchwałą Zarządu Generali Życie T.U. S.A., zwane dalej „OWU”, stosuje się do umów zawieranych od 25 września 2020 r.
2. Zmiany OWU mogą nastąpić tylko w przypadku zmiany prawa, na skutek wytycznych organów administracji. Wszelkie zmiany OWU wymagają formy pisemnej albo innej formy uzgodnionej z ubezpieczającym oraz ich doręczenia drugiej stronie umowy.

DEFINICJE

§ 2

Określenia użyte w niniejszych OWU oznaczają:

1. **4Life Direct** – 4Life Direct sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, pod adresem ul. Chmielna 132/134, 00-805 Warszawa, będącą agentem ubezpieczeniowym działającym na rzecz ubezpieczyciela, wpisanym do rejestru pośredników ubezpieczeniowych pod numerem 11185495/A;
2. **chemioterapia** – metodę systemowego leczenia choroby nowotworowej za pomocą leków stosowanych doustnie lub dożylnie. Są to leki stosowane do niszczenia komórek nowotworowych lub zatrzymania ich wzrostu (mogą to być leki cytostatyczne, leki ukierunkowane lub terapia biologiczna). Chemioterapią w rozumieniu OWU nie jest terapia hormonalna;
3. **choroba** – reakcję organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadzącą do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, będącą podstawą diagnozy lekarskiej, która rozpoczęła się i trwa w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela;
4. **choroba istniejąca** – uszkodzenie ciała, chorobę lub choroby, na które zachorował ubezpieczony lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze, w okresie 10 lat poprzedzających rozpoczęcie odpowiedzialności ubezpieczyciela, wymagające opieki lekarza, leczenia lub hospitalizacji. Definicja ta obejmuje również choroby, które są następstwem i powikłaniem choroby istniejącej, nawet jeśli wystąpiły w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela;
5. **dziecko/ dzieci** – dziecko/dzieci własne ubezpieczonego lub dziecko/dzieci przez niego przysposobione, które ukończyło/y 6. miesiąc i nie ukończyło/y 18. roku życia, pozostające na utrzymaniu ubezpieczonego, wymienione w polisie;
6. **hospitalizacja** – całodobowy pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorego na zlecenie lekarza, włącznie z dniem przyjęcia ale z wyłączeniem dnia, w którym ubezpieczony został wypisany ze szpitala;
7. **lekarz** – osobę posiadającą właściwe kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych, potwierdzone wymaganymi przez prawo Rzeczypospolitej Polskiej dokumentami;
8. **nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, prowadzące do uszkodzenia ciała ubezpieczonego i hospitalizacji. Zawał serca, udar mózgu, wylew krwi do mózgu nie są uznawane za nieszczęśliwy wypadek. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się także następstw zdrowotnych dźwignięcia, długotrwałego lub nadmiernego wysiłku fizycznego;
9. **podwójne świadczenie szpitalne** – świadczenie dodatkowe podwajające kwotę wypłaty świadczenia dziennego maksymalnie przez okres 14 dni, jeżeli hospitalizacja jest bezpośrednio wynikiem nieszczęśliwego wypadku;
10. **polisa** – dokument wystawiony przez ubezpieczyciela i dostarczony przez 4Life Direct potwierdzający zawarcie umowy;
11. **przysposobienie** – powstanie takiego stosunku między przysposabiającym a przysposobionym jak między rodzicem a dzieckiem, tj. przysposobienie pełne nierozwiązywalne/całkowicie potwierdzone aktem urodzenia dziecka, w którym przysposabiający występuje w roli rodzica;
12. **radioterapia** – leczenie nowotworów złośliwych promieniami jonizującymi;
13. **składka** – kwotę należną z tytułu umowy, określoną w polisie, wyrażoną w walucie będącej prawnym środkiem płatniczym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, ustaloną w oparciu o taryfę składek obowiązującą w dniu złożenia wniosku;
14. **suma ubezpieczenia** – kwotę wskazaną w aktualnej polisie wypłacaną uposażonym w przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela;
15. **szpital** – zakład opieki zdrowotnej będący, w rozumieniu obowiązujących przepisów, zakładem lecznictwa zamkniętego lub zakładem udzielającym całodobowo świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, zatrudniający w pełnym wymiarze godzin profesjonalny i wy-

kwalifikowany personel medyczny, zlokalizowany na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, z wyłączeniem zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, sanatoriów, prewentoriów, hospicjów, ośrodków leczniczych i uzdrowiskowych, spa, wodolecznictwa, szpitali uzdrowiskowych i sanatoryjnych, placówek leczenia odwykowego, domów opieki dla rekonwalescentów i osób starszych, klinik i placówek leczenia schorzeń psychiatrycznych, nawet jeśli formalnie są według prawa polskiego „szpitalami”;

16. **świadczenie** – kwotę należną ubezpieczonemu lub uposażonemu w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, wypłacaną według zasad określonych w umowie;
17. **świadczenie dodatkowe** – wskazane w polisie świadczenie dodatkowe (jeżeli takie świadczenie wybrano), które za opłatą dodatkowej składki dołączono do umowy ubezpieczenia „Ochrona Szpitalna”;
18. **świadczenie dzienne** – kwotę wskazaną w aktualnej polisie, należną ubezpieczonemu za każdy dzień hospitalizacji, wypłacaną według zasad określonych w umowie;
19. **świadczenie za bezszkodowość** – kwotę wypłacaną po upływie 5 rocznicy umowy i po upływie każdych następnych 5 lat obowiązywania umowy, pod warunkiem, że na dzień wypłaty świadczenia za bezszkodowość umowa nadal obowiązuje i nie została wypowiedziana przez ubezpieczającego;
20. **ubezpieczający** – osobę fizyczną zawierającą z ubezpieczycielem umowę; osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą zawierają umowę poza zakresem tej działalności;
21. **ubezpieczony** – osobę fizyczną wymienioną w polisie, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia;
22. **ubezpieczyciel** – Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Postępu 15B;
23. **umowa** – umowę ubezpieczenia „Ochrona Szpitalna” zawartą na podstawie wniosku oraz OWU;
24. **uposażony** – osobę wskazaną przez ubezpieczającego lub ubezpieczającego za uprzednią zgodą ubezpieczonego, w przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek (tj. rachunek ubezpieczonego), uprawnioną do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego;
25. **uszkodzenie ciała** – fizyczne uszkodzenie ciała doznane przez ubezpieczonego w wyniku działania siły mechanicznej, środków chemicznych lub temperatury, wymagające porady lekarskiej, leczenia, opieki lub hospitalizacji;
26. **wniosek** – wniosek ubezpieczeniowy o zawarcie umowy złożony na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela;
27. **współmałżonek** – osobę wskazaną w polisie, z którą w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie, ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim albo w partnerskim związku nieformalnym (konkubinacie) i prowadzi wspólne gospodarstwo domowe z ubezpieczonym, przy czym obie osoby w tym związku są stanu wolnego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - a) śmierć ubezpieczonego oraz;
 - b) pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku wymagających hospitalizacji, jeśli przyjęcie do szpitala w wyniku tego nieszczęśliwego wypadku

nastąpi nie później niż 30 dni od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku oraz w zgodzie z zapisami OWU, które nastąpiły w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

3. Umowa może być zawarta w jednym z trzech wariantów:

- a) indywidualnym, z jednym ubezpieczonym;
- b) ze współmałżonkiem ubezpieczonego jako dodatkowo ubezpieczonym;
- c) rodzinnym, ze współmałżonkiem i dziećmi (do 3) wskazanymi w polisie jako dodatkowi ubezpieczeni. Umową ubezpieczenia w wariantcie rodzinnym objętych może zostać więcej niż 3 dzieci po opłaceniu dodatkowej składki za każde kolejne dziecko.

ZAWARCIE UMOWY

§ 4

1. Umowa może zostać zawarta, jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:
 - a) w dniu jej zawarcia zarówno ubezpieczający jak i ubezpieczony mają ukończone 18 lat (chyba, że ubezpieczony wymieniony jest w polisie jako dziecko), a ubezpieczony nie ma ukończonych 76 lat;
 - b) ubezpieczyciel otrzymał podpisany przez ubezpieczającego i ubezpieczonego wniosek;
 - c) ubezpieczyciel pozytywnie zweryfikował wniosek i na dowód zawarcia umowy wystawił polisę.
2. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy lub zaproponowania zmiany jej warunków zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
3. Ubezpieczający może zawrzeć umowę na cudzy rachunek (na rachunek ubezpieczonego). W takim przypadku ubezpieczający zobowiązany jest do uzyskania zgody ubezpieczonego na objęcie go ochroną ubezpieczeniową oraz na sumę ubezpieczenia.
4. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, ubezpieczony może żądać, aby 4Life Direct, działający w imieniu ubezpieczyciela, udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.

OBOWIĄZYWANIE UMOWY

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od daty wskazanej w polisie jako data rozpoczęcia odpowiedzialności.
2. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy w terminie 30 dni od daty rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczyciel nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. W przypadku odstąpienia od umowy przez ubezpieczającego, ubezpieczyciel zwraca mu wpłacone składki.
3. Umowa zostaje zawarta na okres 5 lat od daty rozpoczęcia odpowiedzialności wskazanej w polisie, z zastrzeżeniem § 6 i § 7.
4. Ubezpieczyciel co najmniej na 45 dni przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa, może zaproponować jej przedłużenie na zmienionych warunkach. Zapłata składki przez ubezpieczającego, w wysokości zgodnej z propozycją ubezpieczyciela, oznacza zgodę na przedłużenie umowy na zmienionych warunkach. Jeżeli ubezpieczający nie

zaakceptuje zmienionych warunków umowy, zostaje ona rozwiązana z końcem okresu, na jaki została zawarta.

- Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia umowy w każdym czasie ze skutkiem na koniec okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka.
- Dzieci objęte ubezpieczeniem, po osiągnięciu wieku 18 lat (tj. w dniu ukończenia 18 roku życia), automatycznie przestają być objęte ubezpieczeniem na warunkach określonych polisą. Gdy ubezpieczony lub współmałżonek kończą 80 lat (tj. w dniu ukończenia 80 roku życia), ubezpieczenie przestaje obowiązywać dla osoby, która przekracza ten wiek.
- Umowa rozwiązuje się w miesiącu, w którym zostanie wypłacone świadczenie za maksymalną liczbę dni hospitalizacji lub w dniu śmierci ubezpieczonego, lub z datą wypowiedzenia umowy, zgodnie z § 5 punkt 5, lub zgodnie z § 5 punkt 4, lub zgodnie z § 7 punkt 2, lub z dniem ukończenia przez ubezpieczonego 80 lat, z zastrzeżeniem § 6 punkt 1, w zależności od tego, które z tych zdarzeń będzie pierwsze.

WARIANTY

§ 6

- Jeżeli umowa została zawarta w wariantcie ze współmałżonkiem lub rodzinnym, po śmierci jednego ze współmałżonków umowa nie ulega rozwiązaniu, a drugi ze współmałżonków może kontynuować umowę, pod warunkiem terminowego opłacania składek. W takim przypadku wariant małżeński zmieniany jest na wariant indywidualny z dotychczasową wysokością świadczenia dziennego, zaś wariant rodzinny pozostaje bez zmian. Umowa zawarta w wariantcie ze współmałżonkiem lub rodzinnym rozwiązuje się w dniu śmierci drugiego współmałżonka lub z dniem ukończenia przez niego 80 lat.
- Jeżeli umowa została zawarta w wariantcie ze współmałżonkiem, po ustaniu związku małżeńskiego lub nieformalnego, o których mowa w § 2 punkt 27, na wniosek ubezpieczającego i po akceptacji ubezpieczonych, umowa może być kontynuowana w wariantcie ze współmałżonkiem na dotychczasowych warunkach lub w wariantcie indywidualnym dla każdego z ubezpieczonych, na warunkach przedstawionych przez ubezpieczyciela.
- W przypadku śmierci ubezpieczającego, który nie jest ubezpieczonym, wszelkie jego prawa i obowiązki wynikające z umowy przechodzą na jego następców prawnych.

SKŁADKI

§ 7

- Składki są płatne miesięcznie w wysokości wskazanej w polisie oraz zgodnie z wyborem ubezpieczającego.
- Jeżeli pomimo uprzedniego wezwania wystosowanego przez ubezpieczyciela, ubezpieczający nie dokonał wpłaty zaległej składki, w ciągu dodatkowego terminu 30 dni od terminu jej wymagalności, umowę uważa się za wypowiedzianą przez ubezpieczającego, a odpowiedzialność ubezpieczyciela wygasa.
- Składki obliczane są w oparciu o wiek ubezpieczonego i uwzględniają rodzaj, poziom należnych świadczeń oraz prawdopodobieństwo wypłaty świadczeń w tym przedziale wieku, jak również opłaty oraz koszty związane z zawarciem i obsługą umowy.
- W przypadku zaległości w opłacaniu składek, przekazywane kwoty przeznaczone są w pierwszej kolejności na pokrycie zaległości.

ZMIANA UMOWY

§ 8

- Ubezpieczyciel, na wniosek ubezpieczającego, za zgodą ubezpieczonego przedstawia warunki dodania kolejnych dzieci, zmiany wariantu umowy oraz wysokości dziennego świadczenia wskazanego w polisie. Ubezpieczyciel może także zaproponować zmianę warunków umowy, tj. zaproponować dodanie świadczenia dodatkowego lub zaproponować podwyższenie wysokości świadczenia dziennego.
- Jeżeli ubezpieczyciel pozytywnie zweryfikował wniosek o zmianę umowy, dostarczy ubezpieczającemu nową polisę na potwierdzenie dokonania zmiany.
- W przypadku dodania do umowy kolejnej osoby ubezpieczonej, terminy, o których mowa w § 9 punkt 7, będą liczone od daty dodania osoby ubezpieczonej, ale tylko dla osoby, która zostaje dodana do ubezpieczenia.
- W przypadku podwyższenia świadczenia dziennego, terminy, o których mowa w § 9 punkt 7, będą liczone od daty podwyższenia tego świadczenia, ale tylko dla kwoty, o którą podwyższono dzienne świadczenie.
- Ubezpieczający może odstąpić od uzgodnionych zmian umowy w ciągu 30 (trzydziestu) dni od daty rozpoczęcia obowiązywania nowej sumy ubezpieczenia lub dodatkowego świadczenia (umowy dodatkowej) i jest uprawniony do otrzymania zwrotu różnicy zapłaconej składki. Jeżeli do czasu zawarcia zmian w umowie ubezpieczyciel nie poinformował ubezpieczającego o prawie do odstąpienia, okres 30 (trzydziestu) dni rozpoczyna się od dnia, w którym ubezpieczający został poinformowany o prawie do odstąpienia. W przypadku odstąpienia strony pozostają związane wcześniejszymi warunkami umowy. Ubezpieczający nie będzie uprawniony do zwrotu składki, jeżeli odstąpi od uzgodnionych zmian lub wypowie umowę po upływie 30 (trzydziestu) dni.

ŚWIADCZENIA

§ 9

- W przypadku śmierci ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie.
- Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie za okres hospitalizacji dłuższy niż 2 dni w wyniku choroby lub uszkodzenia ciała.
- Świadczenie dzienne dotyczące dzieci, które nie ukończyły 5. roku życia, wynosi 50% świadczenia dziennego określonego w polisie.
- Wypłacone świadczenie będzie równe sumie świadczeń dziennych za każdy dzień hospitalizacji, z tym zastrzeżeniem, że świadczenie będzie płacone za maksymalnie 20 dni hospitalizacji w przypadku pobytu w szpitalu będącego przyczyną tego samego nieszczęśliwego wypadku, choroby czy uszkodzenia ciała lub hospitalizacji powiązanej z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, chorobą czy uszkodzeniem ciała.
- Świadczenie zostanie wypłacone łącznie za nie więcej niż 80 dni wszystkich hospitalizacji w ciągu całego okresu trwania umowy.
- W okresie trwania umowy ubezpieczyciel wypłaci jednorazowe świadczenie w wysokości równej 5-krotności kwoty dziennego świadczenia wskazanego w polisie w przypadku, gdy ubezpieczony jest leczony chemioterapią lub radioterapią. Świadczenie to przysługuje każdemu ubezpieczonemu, z zastrzeżeniem z § 9 punkt 7b i wyłączeniami wskazanymi w § 12 i ogranicza

się do jednej wypłaty świadczenia dla każdego ubezpieczonego w trakcie trwania umowy.

7. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu hospitalizacji:

- a) w następstwie nieszczęśliwego wypadku – od dnia wskazanego w polisie jako data rozpoczęcia odpowiedzialności;
- b) w następstwie choroby – po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia wskazanego w polisie jako data rozpoczęcia odpowiedzialności.

8. Obowiązek wypłaty świadczenia za bezszkodowość w wysokości 10% wszystkich składek zapłaconych w poprzednich 5 latach obowiązywania umowy powstaje w przypadku, gdy umowa pozostaje w mocy na koniec każdego 5 roku obowiązywania umowy i nie została wypowiedziana. Wypłata świadczenia za bezszkodowość jest należna, jeżeli w poprzednich 5 latach nie zostało wypłacone żadne świadczenie wynikające z obowiązywania umowy. Świadczenie za bezszkodowość nie stanowi świadczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego i tym samym kwota tego świadczenia nie korzysta ze zwolnienia na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych. Ubezpieczony będzie zobowiązany do zapłaty podatku zgodnie z zasadami wskazanymi w tej ustawie. Jednocześnie ubezpieczyciel sporządzi i przekaże ubezpieczonemu oraz właściwemu urzędowi skarbowemu informacje o wysokości uzyskanego świadczenia, o którym mowa w art. 42a ustawy.

9. Jeżeli do umowy dodano podwójne świadczenie szpitalne, o którym mowa w § 2 punkt 9 niniejszych OWU, za pierwsze 14 dni hospitalizacji będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku zostanie wypłacona podwójna wysokość kwoty świadczenia dziennego. Kolejne hospitalizacje dotyczące tego samego nieszczęśliwego wypadku będą wypłacone w kwocie podstawowej świadczenia dziennego.

UPOSAŻONY

§ 10

1. Ubezpieczający może wskazać uposażonych do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy. Ubezpieczający może to wskazanie w każdym czasie zmienić lub odwołać. W przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek wskazanie oraz zmiana uposażonego wymaga uprzedniej zgody ubezpieczonego.
2. Jeżeli wskazano kilku uposażonych, z których jeden lub kilku nie żyje w chwili śmierci ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, pozostałe w ten sposób udziały przypadają pozostałym uposażonym proporcjonalnie do ich udziałów.
3. Jeżeli nie wskazano uposażonych, uposażeni nie żyją w chwili śmierci ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, świadczenie jest wypłacane członkom rodziny ubezpieczonego według kolejności pierwszeństwa:
 - a) małżonek w całości;
 - b) dzieci w częściach równych, jeśli brak współmałżonka;
 - c) wnuki w częściach równych, jeśli brak współmałżonka i dzieci;
 - d) rodzice w częściach równych, jeśli brak współmałżonka, dzieci i wnuków;
 - e) rodzeństwo w częściach równych, jeśli brak osób wymienionych powyżej;
 - f) inni ustawowi spadkobiercy ubezpieczonego w częściach równych, jeśli brak osób wymienionych powyżej, z wyłączeniem gminy właściwej dla ostatniego miejsca zamieszkania ubezpieczonego oraz Skarbu Państwa.

4. Jeżeli udziały procentowe uposażonych w kwocie świadczenia nie zostaną określone, przyjmuje się, że są one równe.

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 11

1. W celu rozpoczęcia procedury wypłaty świadczenia należy skontaktować się z ubezpieczycielem za pośrednictwem 4Life Direct.
2. Wnioskodawca zgłaszający roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego zobowiązany jest złożyć następujące dokumenty:
 - a) wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia;
 - b) oświadczenie potwierdzające dane z dokumentu tożsamości wnioskodawcy;
 - c) kopię odpisu skróconego aktu zgonu ubezpieczonego;
 - d) w przypadku, o którym mowa w § 10 punkt 3, dokument potwierdzający bycie członkiem rodziny, a stosownym wykazaniem takiego stanu będą w szczególności: kopia aktu małżeństwa, kopia aktu urodzenia, kopia prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku, kopia notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia.
3. Wnioskodawca zgłaszający roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu hospitalizacji zobowiązany jest złożyć dokumenty, o których mowa w punkcie 2 a i b oraz kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej pobyt ubezpieczonego w szpitalu wraz z określeniem przyczyny tego pobytu.
4. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w punkcie 2 lub 3 powyżej okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia, ubezpieczyciel za pośrednictwem 4Life Direct może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
5. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego będzie wypłacone w terminie 7 dni roboczych od daty dostarczenia do 4Life Direct kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, zgodnie ze wzorem umieszczonym na stronie internetowej 4Life Direct oraz dokumentów, o których mowa w punkcie 2 i 4.
6. Świadczenie z tytułu hospitalizacji ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy będzie wypłacone w terminie 7 dni roboczych od daty dostarczenia do 4Life Direct kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia zgodnie ze wzorem umieszczonym na stronie internetowej 4Life Direct oraz dokumentów, o których mowa w punkcie 3 i 4.
7. Terminy wypłaty świadczeń nie przekroczą terminów do wypłaty określonych przepisami prawa.
8. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez ubezpieczyciela. Koszty badań będą pokrywane przez ubezpieczyciela. Wszelkie świadczenia z tytułu umowy zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZyciela

§ 12

1. Obowiązek wypłaty świadczenia z tytułu hospitalizacji nie zachodzi, jeśli hospitalizacja ubezpieczonego nastąpi w bezpośredniej konsekwencji:
 - a) działania wroga (w sensie militarnym), wojny (wypowiedzianej lub nie), wojny domowej, strajku, lokautu, zamieszek o charakterze rebelii lub rewolucyjnym, uzurpacji władzy, aktywnego

- udziału w działaniach militarnych, paramilitarnych lub policyjnych i terroryzmu;
- b) epidemii ogłaszanych oficjalnie przez odpowiednie organy administracji samorządowej lub Ministerstwa Zdrowia;
- c) niedorozwoju umysłowego ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych ubezpieczonego oraz ich skutków;
- d) nadużywania przez ubezpieczonego alkoholu, alkoholizmu ubezpieczonego, spożycia alkoholu przez ubezpieczonego (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
- e) pozostawiania przez ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez ubezpieczonego, próby samobójczej ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia ubezpieczonego lub okaleczenia ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
- f) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika;
- g) hospitalizacji wynikającej z choroby istniejącej;
- h) hospitalizacji spowodowanej rutynowymi lub innymi badaniami, które nie są bezpośrednio wynikiem choroby lub nieszczęśliwego wypadku;
- i) jakichkolwiek aktów łamania przez ubezpieczonego obowiązującego prawa;
- j) kosmetycznych zabiegów stomatologicznych;
- k) pobytów w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, sanatoriach, prewentoriach, hospicjach, ośrodkach leczniczych i uzdrowiskowych, spa, szpitali uzdrowiskowych i sanatoryjnych, wodolecznictwa lub w miejscach odbywania kwarantanny, placówkach lecznictwa odwykowego i placówkach rehabilitacyjno-uzdrowiskowych;
- l) prowadzenia niebezpiecznej działalności zawodowej i gospodarczej polegającej na wykonywaniu pracy i czynności pod wodą i pod ziemią na głębokości poniżej 40 metrów, pracy i czynności z materiałami wybuchowymi, pracy i czynności na powierzchni znajdującej się na wysokości powyżej 20 metrów, która nie jest osłonięta ze wszystkich stron do wysokości co najmniej 1,5 m pełnymi ścianami lub ścianami z oknami oszklonymi albo wyposażona w inne stałe konstrukcje lub urządzenia chroniące przed upadkiem z wysokości;
- m) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- n) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- o) schorzeń wynikających z promieniowania, skażenia promieniotwórczego, reakcji jądrowej, skażenia chemicznego, w tym z zatrucia substancjami stałymi, cieczami, oparami lub gazami trującymi;
- p) wad wrodzonych ubezpieczonego i schorzeń będących ich skutkiem;
- q) choroby AIDS ubezpieczonego;
- r) astmy oskrzelowej ubezpieczonego, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc ubezpieczonego (POCHP), przewlekłego zapalenia oskrzeli ubezpieczonego;
- s) uszkodzenia ciała powstałego u ubezpieczonego w wyniku aktywnej służby lub szkolenia w formacji wojskowej, obrony cywilnej, policji, agencji ochrony osób i mienia lub każdej innej formacji o charakterze militarnym lub paramilitarnym.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu hospitalizacji, jeżeli miała ona na celu:
- a) operację plastyczną lub kosmetyczną ubezpieczonego, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela;
- b) wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych u ubezpieczonego;
- c) leczenie lub zabiegi związane z ciążą, usunięciem ciąży, położeniem lub porodem, poza przypadkami gdy zdiagnozowano komplikacje porodu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiące zagrożenie dla życia ubezpieczonego;
- d) poddanie się leczeniu dentystycznemu przez ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem;
- e) pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu od ubezpieczonego;
- f) leczenie wszelkiego rodzaju uzależnień ubezpieczonego; a także, jeżeli hospitalizacja:
- g) została zlecona ubezpieczonemu lub o której postanowiono przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela;
- h) była następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
- a. zdiagnozowanych u ubezpieczonego lub
- b. leczonych u ubezpieczonego, lub
- c. których leczenie zalecono u ubezpieczonego, w okresie 10 lat poprzedzających rozpoczęcie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

REKLAMACJE

§ 13

1. Będący osobą fizyczną ubezpieczający, ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z umowy do otrzymania świadczenia (zwany w tym paragrafie „klient”) może składać w każdym czasie zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez ubezpieczyciela, w tym skargi i zażalenia (zwane dalej „reklamacje”). Reklamacje mogą być składane również przez poszukującego ochrony ubezpieczeniowej lub zleceniodawcę gwarancji ubezpieczeniowej, jak również ubezpieczających lub ubezpieczonych, w tym będących osobami prawnymi lub spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej.
2. Reklamacje mogą być składane:
- a) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie 4Life Direct wskazanej w § 2 punkt 1 albo przesyłane przesyłką pocztową;
- b) ustnie – telefonicznie pod numerem +48 22 354 50 00 albo

osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w miejscu, o którym mowa w punkcie 1 powyżej.

3. Reklamacja powinna zawierać dane klienta umożliwiające jego identyfikację, numer polisy oraz zastrzeżenia zgłaszane przez klienta.
4. Reklamacja rozpatrywana jest 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 ubezpieczyciel za pośrednictwem 4Life Direct poinformuje klienta, który złożył reklamację o przyczynach opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Odpowiedź na reklamację jest udzielana w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika. Na wniosek klienta odpowiedź na reklamację może być dostarczona pocztą elektroniczną.
6. Spór między klientem a ubezpieczycielem może być zakończony w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami a podmiotami rynku finansowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, przed Rzecznikiem Finansowym (www.rf.gov.pl).
7. Skargi i zażalenia składane przez inne podmioty, niż wymienione w punkcie 1 lub w innej formie, niż określona w punkcie 2, dotyczące działania lub zaniechania związanego z zawarciem lub wykonaniem umowy ubezpieczenia, powinny zawierać dane i informacje, o których mowa w punkcie 3. Skargi i zażalenia, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, są rozpatrywane w terminie 30 dni od ich otrzymania przez ubezpieczyciela, najpóźniej w terminie 14 dni od wyjaśnienia okoliczności niezbędnych do ich załatwienia. Ubezpieczyciel za pośrednictwem 4Life Direct informuje zainteresowanego o sposobie załatwienia skargi lub zażalenia niezwłocznie po ich rozpatrzeniu, w sposób uzgodniony z tą osobą. Do skarg i zażaleń składanych zgodnie z niniejszym ustępem nie mają zastosowania postanowienia ust. 4 i 5.
8. Niezależnie od powyższego klient może składać skargi i zażalenia na działalność ubezpieczyciela do uprawnionych organów, np. Komisji Nadzoru Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną klientów podmiotów rynku finansowego.
9. Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE (rozporządzenie w sprawie ODR w sporach konsumenckich), istnieje możliwość pozasądowego rozstrzygania sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z internetowych umów sprzedaży lub umów o świadczenie usług zawieranych między konsumentami mieszkającymi w Unii Europejskiej a przedsiębiorcami mającymi siedzibę w Unii Europejskiej. Rozstrzyganie ww. sporów odbywa się za pośrednictwem platformy ODR dostępnej pod

następującym adresem: <https://webgate.ec.europa.eu/odr/main/?event=main.home.show&lng=PL>.

10. Podmioty określone w punkcie 1, mogą składać zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych i agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające, wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń (zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej), w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową, w sposób ustalony przez te podmioty rynku finansowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 14

1. Wszystkie zawiadomienia lub oświadczenia stron umowy powinny być składane drugiej stronie na piśmie i przesyłane na koszt wysyłającego lub za pomocą elektronicznych kanałów komunikacji, które zostaną przyjęte i utrwalone na elektronicznym nośniku informacji przez ubezpieczyciela.
2. Wszystkie zawiadomienia lub oświadczenia dotyczące umowy powinny być składane przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego w języku polskim na adres 4Life Direct wskazany w § 2 punkt 1 lub do dowolnej jednostki organizacyjnej ubezpieczyciela, z wyłączeniem reklamacji, o których mowa w § 13. Jeżeli zachodzi konieczność tłumaczenia dokumentacji związanej z wypłatą świadczenia, obowiązek dostarczenia tłumaczenia spoczywa na osobie wnioskującej o wypłatę świadczenia.
3. Ubezpieczony i ubezpieczający mają obowiązek informowania ubezpieczyciela, za pośrednictwem 4Life Direct, o każdej zmianie danych kontaktowych zawartych we wniosku.
4. Ogólne Warunki Ubezpieczenia, polisa i wniosek składają się na umowę i stanowią podstawę do ustalenia warunków udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
5. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych z tytułu umowy regulują przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.
6. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie właściwe przepisy prawa polskiego.
7. W przypadku sporu między stronami umowy, właściwe są polskie sądy powszechne według właściwości ogólnej albo sądy powszechne właściwe według miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
8. Językiem obowiązującym w relacjach stron jest język polski.
9. Ubezpieczyciel publikuje sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń na stronie generali.pl.
10. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

DI/OWU/v1/01.10.2020



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



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

SKOROWIDZ
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ
„PRZEJĘCIE OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ”

Rodzaj informacji/ postanowienia wzorca umownego	Nr zapisu
1. przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 5 § 6
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 7

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ
„PRZEJĘCIE OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ”
25.09.2020



POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

- Niniejsze ogólne warunki, przyjęte Uchwałą Zarządu Generali Życie T.U. S.A., zwane dalej „OWU”, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy Generali Życie T.U. S.A. (ubezpieczyciel) a ubezpieczającym, jako umowa dodatkowa do umowy ubezpieczenia „Ochrona Szpitalna”, zwanej dalej „umową podstawową”. Niniejsze OWU stosuje się do umów zawieranych od 25 września 2020 r.
- Zmiany OWU mogą nastąpić tylko w przypadku zmiany prawa lub na skutek wytycznych organów administracji. Wszelkie zmiany OWU wymagają formy pisemnej albo innej formy uzgodnionej z ubezpieczającym oraz ich doręczenia drugiej stronie umowy.

DEFINICJE

§ 2

- Określenia użyte w niniejszych ogólnych warunkach oznaczają:
 - choroba** – reakcję organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadzącą do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, będącą podstawą diagnozy lekarskiej;
 - choroba istniejąca** – uszkodzenie ciała, chorobę lub choroby, na które zachorował ubezpieczający lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 10 lat poprzedzających rozpoczęcie odpowiedzialności ubezpieczyciela, wymagające opieki lekarza, leczenia lub hospitalizacji. Definicja ta obejmuje również choroby, które są następstwem i powikłaniem choroby istniejącej, nawet jeśli wystąpiły w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela;
 - hospitalizacja** – całodobowy pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorego na zlecenie lekarza;
 - lekarz** – osobę posiadającą właściwe kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych, potwierdzone wymaganymi przez prawo Rzeczypospolitej Polskiej dokumentami;
 - trwałe kalectwo** – stan zdrowia wynikający z choroby lub następstw nieszczęśliwego wypadku, powstały w okresie

odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujący upośledzenie sprawności organizmu, które według wiedzy medycznej uniemożliwia powrót do stanu zdrowia sprzed zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, charakteryzujący się jednym z poniższych warunków:

- trwała i nieodwracalna utrata lub utrata możliwości korzystania z:
 - obydwu rąk lub
 - obydwu nóg, lub
 - jednej ręki i jednej nogi, lub
 - obu oczu.
- trwałe uszkodzenie mózgu (nieodwracalny deficyt neurologiczny lub zaburzenia funkcji poznawczych);
- zgodnie z odpowiednią definicją ZUS („osoba całkowicie niezdolna do pracy i samodzielnej egzystencji na stałe”), całkowite i trwałe utracenie zdolności do wykonywania pracy w jakimkolwiek zawodzie oraz do samodzielnej egzystencji na stałe (do końca życia człowieka) spowodowane chorobą lub będącą wynikiem nieszczęśliwego wypadku powstałych w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela. Trwałe kalectwo musi trwać przez okres co najmniej 180 dni od daty pierwszego rozpoznania;
- ubezpieczający** – osobę fizyczną zawierającą z ubezpieczycielem umowę podstawową, będącą jednocześnie ubezpieczonym w ramach umowy dodatkowej, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia umowy dodatkowej;
- umowa dodatkowa** – umowę dodatkową „Przejęcie opłacania składki ubezpieczeniowej”, zawartą na podstawie niniejszych ogólnych warunków, rozszerzającą zakres ochrony o wystąpienie u ubezpieczającego:
 - trwałego kalectwa wynikającego z choroby lub nieszczęśliwego wypadku albo
 - śmierci ubezpieczającego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, które wystąpiły w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela;
- uszkodzenie ciała** – fizyczne uszkodzenie ciała doznane przez ubezpieczającego w wyniku działania siły mechanicznej, środków chemicznych lub temperatury, wymagające porady lekarskiej, leczenia, opieki lub hospitalizacji.

2. Jeżeli nie podano inaczej, określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy podstawowej, używane są w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY

§ 3

1. Przedmiotem umowy dodatkowej jest życie i zdrowie ubezpieczającego.
2. Zakres umowy dodatkowej obejmuje przejęcie opłacania składki w okresie obowiązywania umowy podstawowej, w przypadku wystąpienia u ubezpieczającego trwałego kalectwa albo śmierci ubezpieczającego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowej.

OBOWIĄZYWANIE UMOWY DODATKOWEJ

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od daty wskazanej w polisie jako data rozpoczęcia odpowiedzialności.
2. Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia umowy dodatkowej w każdym czasie na zasadach zgodnych z zasadami wypowiedzenia przyjętymi w umowie podstawowej.
3. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy dodatkowej w terminie 30 dni od daty rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy dodatkowej ubezpieczyciel nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. W przypadku odstąpienia od umowy dodatkowej przez ubezpieczającego, ubezpieczyciel zwraca mu wpłacone składki.
4. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z datą zakończenia ochrony z tytułu umowy podstawowej.

SKŁADKI I DODATKOWE ŚWIADCZENIE

§ 5

1. Wysokość składki z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie.
2. Składka za umowę dodatkową jest płatna w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością co składka za umowę podstawową.
3. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej polega na przejściu przez ubezpieczyciela obowiązku opłacania składek z tytułu umowy podstawowej w przypadku śmierci ubezpieczającego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem albo wystąpienia u ubezpieczającego trwałego kalectwa. Po zgłoszeniu do ubezpieczyciela roszczenia z tytułu umowy dodatkowej nie będą możliwe zmiany wysokości składki ani zmiany świadczenia w umowie podstawowej.

PRZEJĘCIE OPŁACANIA SKŁADEK

§ 6

1. W przypadku śmierci ubezpieczającego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem albo wystąpienia u ubezpieczającego trwałego kalectwa, ubezpieczyciel przejmie obowiązek opłacania składek z tytułu umowy podstawowej.

2. Przejęcie przez ubezpieczyciela obowiązku opłacania składek będzie trwało przez cały okres, w którym ubezpieczeni będą objęci ochroną z tytułu umowy podstawowej.
3. W przypadku śmierci ubezpieczającego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem przejęcie przez ubezpieczyciela obowiązku opłacania składek za umowę podstawową rozpoczyna się od pierwszej daty wymagalności składki przypadającej po dacie śmierci ubezpieczającego.
4. W przypadku wystąpienia u ubezpieczającego trwałego kalectwa przejęcie przez ubezpieczyciela obowiązku opłacania składek za umowę podstawową rozpoczyna się od pierwszej daty wymagalności składki przypadającej po zaakceptowaniu roszczenia przez ubezpieczyciela.
5. Wnioskodawca zgłaszający roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego kalectwa zobowiązany jest złożyć następujące dokumenty:
 - a) wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - b) kopię orzeczenia lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) albo Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) lub komisji lekarskiej ZUS albo KRUS potwierdzającego trwałe kalectwo ubezpieczającego;
 - c) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie trwałego kalectwa ubezpieczającego.
6. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w punkcie 5 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia, ubezpieczyciel za pośrednictwem 4Life Direct, może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
7. Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w punkcie 5 i 6, lub opinii wskazanego przez ubezpieczyciela lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach 4Life Direct może skierować ubezpieczającego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z ubezpieczycielem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez ubezpieczyciela.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 7

1. Obowiązek przejścia opłacania składek nie zachodzi, jeśli trwałe kalectwo albo śmierć ubezpieczającego nastąpi w wyniku:
 - a) spożycia alkoholu przez ubezpieczającego (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);
 - b) pozostawiania przez ubezpieczającego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza;
 - c) usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez ubezpieczającego, próby samobójczej ubezpieczającego, świadomego samookaleczenia ubezpieczającego lub okaleczenia ubezpieczającego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - d) w wyniku działań wojennych (wypowiedzianych lub nie) i terroryzmu.
2. Obowiązek przejścia opłacania składek nie zachodzi, jeżeli trwałe kalectwo nastąpi w wyniku chorób istniejących.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia „Ochrona Szpitalna”.

2. Niniejsze warunki umowy dodatkowej stają się integralną częścią umowy podstawowej i podlegają interpretacji łącznie z jej warunkami.
3. Ogólne Warunki Ubezpieczenia, polisa i wniosek składają się na umowę i stanowią podstawę do ustalenia warunków udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.

DI/PW/v1/01.10.2020



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



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