
Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie
Generali, z myślą o życiu PLUS



Obowiązują od 17 grudnia 2021 roku

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

Wykaz istotnych informacji zawartych w OWU (Skorowidz)

Postanowienia ogólne

Definicje

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

Zawarcie Umowy

Ochrona ubezpieczeniowa

Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy

Suma ubezpieczenia

Składka

Skutki nieopłacenia pierwszej i kolejnej Składki

Zmiana częstotliwości opłacania Składek

Wskazanie osób Uposażonych

Skutki podania nieprawdziwych informacji

Świadczenie z tytułu Umowy

Wypłata świadczeń

Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

Prawa i obowiązki Towarzystwa

Reklamacje

Postanowienia końcowe

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na życie Generali, z myślą o życiu PLUS
(kod GPR_OWU_12.2021) dalej „OWU”
z uwzględnieniem definicji z OWU
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWU	§ 4 ust. 1; § 20	§ 19

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie Generali, z myślą o życiu PLUS (zwane dalej „**OWU**”) stanowią podstawę zawarcia umowy ubezpieczenia (zwanej dalej „**Umową**”).
2. Przez Umowę Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Postępu 15B (od 20 stycznia 2022 r. nowy adres siedziby to: Warszawa, ul. Senatorska 18), zwana dalej „**Towarzystwem**” zobowiązuje się spełnić określone w OWU świadczenie w razie zajścia przewidzianego w Umowie zdarzenia ubezpieczeniowego, a Ubezpieczający zobowiązuje się do opłacania Składek.

1. Użyte w Umowie, OWU oraz Dokumentie ubezpieczenia wymienione poniżej terminy oznaczają:
 - 1) – dokument potwierdzający zawarcie Umowy pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem oraz warunki tej Umowy (polisa), a także każdy inny dokument potwierdzający zmianę warunków Umowy;
 - 2) – miesiąc rozpoczynający się w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego obowiązywania Umowy (przy czym jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu kalendarzowym – w ostatnim dniu takiego miesiąca) i kończący się z upływem dnia poprzedzającego najbliższy Miesiąc polisy;
 - 3) – wskazana w Dokumentie ubezpieczenia każda rocznica dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, przy czym jeżeli Rocznicą polisy przypada w dniu 29 lutego, a w danym roku nie ma takiego dnia, za Rocznicę polisy uznaje się ostatni dzień lutego w danym roku kalendarzowym;
 - 4) – roczny okres między kolejnymi Rocznicami polisy, pierwszy Rok polisy rozpoczyna się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, a kończy z upływem dnia poprzedzającego najbliższą Rocznicę polisy;
 - 5) – łączna kwota składki należnej od Ubezpieczającego na podstawie zawartej Umowy oraz składki (składek) z tytułu Umów dodatkowych, płatna w całym okresie obowiązywania Umowy, której wysokość i częstotliwość płatności określona jest w Dokumentie ubezpieczenia;
 - 6) – kwota określona w Dokumentie ubezpieczenia, stanowiąca wysokość zobowiązania Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy;
 - 7) – podmiot zawierający Umowę z Towarzystwem, zobowiązany do opłacania Składek;

- 8) – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
 - 9) – umowa zawarta na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, rozszerzająca zakres ochrony ubezpieczeniowej Umowy;
 - 10) – 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;
 - 11) – osoba wskazana przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczającego za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, w przypadku zawarcia Umowy na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego), uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego, jeżeli wskazanie jedyne Uposażonego stało się bezskuteczne;
 - 12) – Uposażony lub Uposażony zastępczy, a w przypadku gdy nie został on wskazany lub został wskazany bezskutecznie, osoba wskazana w § 18 ust. 6;
 - 13) – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy do daty, w której Wiek jest obliczany;
 - 14) – formularz Towarzystwa, na którym Ubezpieczający składa ofertę zawarcia Umowy (zwany dalej „Wnioskiem”).
2. Definicje określone w ust. 1 należy rozumieć także w odpowiednim przypadku i liczbie.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego, która wystąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
2. Przedmiot i zakres Umowy może zostać rozszerzony o Umowy dodatkowe wskazane przez Ubezpieczającego we Wniosku, wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania ze skutkiem od najbliższej Roczniczy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
3. Zakres Umowy zostaje rozszerzony o Umowy dodatkowe na podstawie i warunkach określonych w odrębnych ogólnych warunkach ubezpieczeń dodatkowych.

Przed zawarciem Umowy 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 Ubezpieczający mógł je przechowywać i odtwarzać w zwykłym toku czynności.

1. Umowa zawierana jest na okres jednego Roku polisy. Umowa ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny Rok polisy na warunkach określonych w OWU, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem Roku polisy, oświadczenie o nieprzedłużeniu Umowy.
2. Umowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 81 roku życia.
3. Umowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy.
5. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i 4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.

1. Na podstawie dostarczonych informacji, określonych we Wniosku, Towarzystwo ma prawo:
 - 1) zawrzeć Umowę na warunkach określonych we Wniosku albo
 - 2) zaproponować zawarcie Umowy na warunkach odmiennych od określonych we Wniosku albo
 - 3) odmówić zawarcia Umowy.
 2. Towarzystwo jest zobowiązane do podjęcia decyzji, o której mowa w ust. 1, nie później niż w terminie 60 dni od dnia otrzymania Wniosku.
1. Umowę uważa się za zawartą z chwilą zaakceptowania przez Towarzystwo Wniosku. Towarzystwo wskazuje datę zawarcia Umowy w Dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie Umowy pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem oraz warunki tej Umowy.
 2. Jeżeli w odpowiedzi na złożony Wniosek Towarzystwo doręcza Ubezpieczającemu Dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego we Wniosku oferty, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie, wyznaczając mu 14-dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu.
 3. W przypadku braku sprzeciwu, Umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią Dokumentu ubezpieczenia, następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego na złożenie sprzeciwu.
 4. Jeżeli Towarzystwo odmówi zawarcia Umowy, poinformuje o tym Ubezpieczającego, podając przyczyny odmowy oraz zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 14 dni od dnia podjęcia decyzji o odmowie zawarcia Umowy.

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

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

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

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia Umowy w każdym czasie poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia w tym względzie.
2. Umowa ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach i odpowiednio wskazanej dacie:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego – z upływem dnia, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego;
 - 2) wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczającego – z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy;
 - 3) nieopłacenia przez Ubezpieczającego Składki – w terminie i na zasadach określonych w § 16 ust. 2 – z upływem dnia, w którym upływa wyznaczony termin dodatkowy;
 - 4) rozwiązania ostatniej Umowy dodatkowej posiadanej w ramach Umowy – z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4;
 - 5) wpływu oświadczenia Ubezpieczającego o nieprzedłużaniu Umowy na kolejny Rok polisy – z upływem Roku polisy, na który Umowa została zawarta.
3. W przypadku wypowiedzenia Umowy przed upływem Roku polisy, na który została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku zawarcia Umów dodatkowych w wariantach:
 - 1) pakietowym – najpóźniej na 30 dni przed Rocznicą polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat, albo
 - 2) pakietowym W – najpóźniej na 30 dni przed Rocznicą polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 61 lat, albo
 - 3) pakietowym W9 – najpóźniej na 30 dni przed Rocznicą polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 68 lat,Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy wraz z pakietem Umów dodatkowych. W takiej sytuacji zapłacenienie Składki w wysokości wskazanej w propozycji Towarzystwa jest równoznaczne z akceptacją tej propozycji i kontynuacją Umowy na warunkach i w zakresie zaproponowanym przez Towarzystwo. Zapisy § 6 ust. 4 i 5 nie będą miały zastosowania.

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy wynosi 100 zł i jest niezmienna w trakcie trwania Roku polisy i kolejno następujących po sobie Latach polisy.

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

1. Wysokość Składki oraz jej częstotliwość i sposób opłacania określone są we Wniosku oraz potwierdzone w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka płatna jest przez cały okres trwania Umowy.
3. Składkę z tytułu Umowy Towarzystwo ustala w zależności od Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy oraz Wzrostu Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka.

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może poinformować Ubezpieczającego o nowej wysokości Składki, ustalonej zgodnie z § 14 ust. 3, jaka będzie obowiązywała w kolejnym Roku polisy.
2. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za kolejny Rok polisy w wysokości zaproponowanej przez Towarzystwo jest równoznaczne z akceptacją przez niego nowej wysokości Składki.
3. W sytuacji gdy Ubezpieczający nie opłaci Składki za kolejny Rok polisy w wysokości zaproponowanej przez Towarzystwo, zastosowanie mają zapisy § 16 ust 2 i 3.

1. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci pierwszej Składki w terminie, o którym mowa w § 13 ust. 1, Umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego.
2. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci kolejnej Składki w terminie i wysokości określonych w Dokumentie ubezpieczenia, Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o zaległości oraz wezwie go do zapłaty Składki w dodatkowym 10-dniowym terminie od dnia otrzymania wezwania. Towarzystwo poinformuje również o skutkach nieopłacenia Składki w tym terminie.
3. Skutkiem nieopłacenia Składki jest rozwiązanie Umowy oraz zawartych Umów dodatkowych i wygaśnięcie ochrony.

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

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

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

W takich przypadkach termin, wskazany w ust. 2, liczony jest odpowiednio od daty zawarcia Umowy dodatkowej albo od dnia podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy lub Sumy Ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

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

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;

- 3) kopię statystycznej karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci;
 - 4) w przypadku, o którym mowa w § 18 ust. 6, dokument potwierdzający bycie członkiem rodziny, a stosownym wykazaniem takiego stanu będą w szczególności: kopia aktu małżeństwa, kopia aktu urodzenia, kopia prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku, kopia notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
 3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
 4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
 5. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4.
1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki w wysokości i terminach określonych w Dokumencie ubezpieczenia lub innych pismach, w których Towarzystwo potwierdziło zmianę jej wysokości.
 2. W razie zawarcia Umowy na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego), Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Ubezpieczonemu, na piśmie lub jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę na innym trwałym nośniku:
 - 1) warunków Umowy, w tym treści OWU wraz z załącznikami, oraz Skorowidzem będących podstawą do zawarcia Umowy;
 - 2) informacji o zmianie warunków Umowy, zmianie prawa właściwego dla Umowy wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy;
 - 3) informacji o zmianie Sumy ubezpieczenia.
 3. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 1, powinny być przekazane Ubezpieczonemu przed zawarciem Umowy.
 4. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 2, powinny być przekazywane Ubezpieczonemu przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy lub prawa właściwego dla Umowy.
 5. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 3, powinny być przekazywane Ubezpieczonemu niezwłocznie po ich przekazaniu Ubezpieczającemu przez Towarzystwo.
 6. Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia Towarzystwa o zmianach danych osobowych i teleadresowych Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego i Uposażonego zastępczego.
 7. Ubezpieczony może żądać od Towarzystwa udzielenia mu informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.

Towarzystwo zobowiązane jest do:

- 1) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych Umową;
 - 2) przekazywania Ubezpieczającemu informacji dotyczących zmian warunków Umowy lub zmiany prawa właściwego dla zawartej Umowy przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy;
 - 3) informowania Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu Umowy, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania Umowy;
 - 4) informowania Ubezpieczającego o zmianie Sumy ubezpieczenia;
 - 5) informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego o zajściu zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną, jeżeli zdarzenie zostało zgłoszone do Towarzystwa, a Ubezpieczający ani Ubezpieczony nie są osobami występującymi z tym zgłoszeniem;
 - 6) informowania osoby występującej z roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia zobowiązania Towarzystwa, jeżeli jest to niezbędne do prowadzenia dalszego postępowania;
 - 7) informowania osoby występującej z roszczeniem o przyczynach niemożności jego zaspokojenia, w przypadku, gdy Towarzystwo nie wypłaci świadczenia w terminie określonym w § 21 ust. 4;
 - 8) informowania osoby występującej z roszczeniem o przyczynie odmowy wypłaty świadczenia albo o przyczynie wypłaty świadczenia w innej wysokości niż określona w zgłoszeniu roszczenia wraz ze wskazaniem podstawy prawnej uzasadniającej całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
 - 9) udostępniania Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz osobie występującej z roszczeniem informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia;
 - 10) potwierdzania, na żądanie Ubezpieczającego oraz osoby występującej z roszczeniem, udostępnionych im informacji, a także sporządzania na ich koszt kopii dokumentów i potwierdzania ich za zgodność z oryginałem;
 - 11) udzielania na wniosek Ubezpieczonego informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.
1. Będący osobą fizyczną Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z umowy ubezpieczenia do otrzymania świadczenia (zwany w tym paragrafie „**Klient**”) może składać w każdym czasie zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, w tym skargi i zażalenia (zwane dalej „**Reklamacje**”). Reklamacje mogą być składane również przez poszukującego ochrony ubezpieczeniowej lub zleceniodawcę gwarancji ubezpieczeniowej, jak również Ubezpieczających lub Ubezpieczonych, w tym będących osobami prawnymi lub spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej.

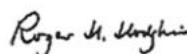
2. Reklamacje mogą być składane:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa, ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa (od 20 stycznia 2022 r. nowy adres siedziby to: ul. Senatorska 18, 00-082 Warszawa), lub jednostce obsługującej Klientów, albo przesyłane przesyłką pocztową;
 - 2) ustnie – telefonicznie pod numerem +48 913 913 913 albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w miejscu, o którym mowa w pkt 1 powyżej.
 3. Reklamacja powinna zawierać dane Klienta umożliwiające jego identyfikację, numer polisy oraz zastrzeżenia zgłaszane przez Klienta.
 4. Towarzystwo rozpatruje Reklamację niezwłocznie po jej otrzymaniu. Odpowiedź na Reklamację jest udzielana bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od chwili otrzymania Reklamacji, chyba że mają miejsce szczególnie skomplikowane okoliczności, uniemożliwiające rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w tym terminie. W takim przypadku Towarzystwo poinformuje Klienta, który złożył Reklamację o przyczynach opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
 5. Odpowiedź na Reklamację jest udzielana w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika. Na wniosek Klienta odpowiedź na Reklamację może być dostarczona pocztą elektroniczną.
 6. Spór między Klientem a Towarzystwem może być zakończony w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między Klientami a podmiotami rynku finansowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, przed Rzecznikiem Finansowym (www.rf.gov.pl).
 7. Skargi i zażalenia składane przez inne podmioty, niż wymienione w ust. 1 lub w innej formie, niż określona w ust. 2, dotyczące działania lub zaniechania Towarzystwa związanego z zawarciem lub wykonaniem umowy ubezpieczenia, powinny zawierać dane i informacje, o których mowa w ust. 3. Skargi i zażalenia, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, są rozpatrywane w terminie 30 dni od ich otrzymania przez Towarzystwo, najpóźniej w terminie 14 dni od wyjaśnienia okoliczności niezbędnych do ich załatwienia. Towarzystwo informuje zainteresowanego o sposobie załatwienia skargi lub zażalenia niezwłocznie po ich rozpatrzeniu, w sposób uzgodniony z tą osobą. Do skarg i zażaleń składanych zgodnie z niniejszym ustępem nie mają zastosowania postanowienia ust. 4 i 5.
 8. Niezależnie od powyższego Klient może składać skargi i zażalenia na działalność Towarzystwa do uprawnionych organów, np. Komisji Nadzoru Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną Klientów podmiotów rynku finansowego.
 9. Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE (rozporządzenie w sprawie ODR w sporach konsumenckich), istnieje możliwość pozasądowego rozstrzygnięcia 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. Rozstrzygnięcie ww. sporów odbywa się za pośrednictwem platformy ODR dostępnej pod następującym adresem: <https://webgate.ec.europa.eu/odr/main/?event=main.home.show&lng=PL>. Adres poczty elektronicznej Towarzystwa: centrumklienta@generali.pl.
 10. Podmioty określone w ust. 1, mogą składać zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych i agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające, wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń (zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej), w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową, w sposób ustalony przez te podmioty rynku finansowego.
1. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
 2. Za zgodą stron Umowy mogą zostać wprowadzone do niej postanowienia dodatkowe lub odmienne od OWU.
 3. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia dotyczące Umowy składane są przez Towarzystwo pisemnie albo w innej formie uzgodnionej z Ubezpieczającym.
 4. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia dotyczące Umowy składane są przez Ubezpieczającego pisemnie albo w innej formie uzgodnionej z Towarzystwem, z wyłączeniem Reklamacji, o których mowa w § 24.
 5. Strony Umowy są zobowiązane do informowania się o każdej zmianie danych teleadresowych wykorzystywanych do kontaktu pomiędzy stronami.
 6. Towarzystwo udostępni Ubezpieczającemu Konto Klienta na stronie generali.pl. Warunkiem korzystania z Konta Klienta jest akceptacja Regulaminu świadczenia usług drogą elektroniczną, który dostępny jest m.in. na stronie generali.pl w trakcie procesu rejestracji oraz po zalogowaniu się do Konta Klienta. Regulamin udostępniony jest nieodpłatnie w formie umożliwiającej jego pozyskanie, odtwarzanie, utrwalanie i drukowanie.
 7. Opodatkowanie świadczeń Towarzystwa w przypadku osób fizycznych regulują przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych, a w przypadku osób prawnych oraz innych podatników podatku dochodowego od osób prawnych – przepisy ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych są wolne od podatku dochodowego, z wyjątkiem dochodu z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia w przypadku ubezpieczeń związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Kwoty otrzymane przez osoby prawne oraz innych podatników podatku dochodowego od osób prawnych z tytułu ubezpieczeń na życie stanowią ich przychód, brany pod uwagę przy obliczaniu dochodu podlegającego opodatkowaniu podatkiem dochodowym.
 8. Powództwa o roszczenie z Umowy mogą zostać wytoczone albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpiezonego lub Uprawnionego z Umowy, a także przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczającego lub Uprawnionego z Umowy.
 9. Językiem obowiązującym w relacjach stron jest język polski.
 10. Towarzystwo publikuje sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń na stronie generali.pl.
 11. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.
 12. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek śmierci Ubezpieczonego (kod GPR_TRM_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

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

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

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

- 1) – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
- 2) – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

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

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Roczniczy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 76 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie indywidualnym albo
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W, albo
 - 3) ukończył 15 lat i nie ukończył 61 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W9, albo
 - 4) ukończył 61 lat i nie ukończył 68 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W9, albo
 - 5) ukończył 60 lat i nie ukończył 81 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym 60+.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 100 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie indywidualnym;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 4) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 61 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 5) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 68 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W9, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 6) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 7) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

1. Ubezpieczający może wnioskować o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Towarzystwo dokona zmiany, o której mowa w ust. 1, ze skutkiem od najbliższej Rocznicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 30 dni przed Rocznicą polisy.
3. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
5. Na podstawie informacji, o których mowa w ust. 4, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od Rocznicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wzrostu Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego była konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie 2 lat od daty zawarcia Umowy dodatkowej;
 - 3) okoliczności, o których mowa w § 19 OWU.

2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, termin, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, będzie liczony od daty jej podwyższenia, ale tylko dla kwoty, o którą Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej została podwyższona.

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

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie dokumenty wskazane w § 21 ust. 1 OWU.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 21 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 21 ust. 5 OWU.

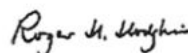
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
(kod GPR_ADB_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

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

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

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

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

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Roczniczy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie indywidualnym albo

- 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym, albo
 - 3) ukończył 15 lat i nie ukończył 61 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W, albo
 - 4) ukończył 61 lat i nie ukończył 68 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W9, albo
 - 5) ukończył 60 lat i nie ukończył 81 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym 60+.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
 4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
-
1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
 2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
 3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.
-
1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie indywidualnym;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 4) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 61 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 5) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 68 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W9, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 6) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 7) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
 2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

1. Ubezpieczający może wnioskować o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
 2. Towarzystwo dokona zmiany, o której mowa w ust. 1, ze skutkiem od najbliższej Rocznicę polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 30 dni przed Rocznicę polisy.
 3. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
 4. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o rodzaju wykonywanego zawodu.
 5. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 4, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
-
1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
 2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1.
 3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Rocznicę polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
-
1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz częstotliwości opłacania Składek, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
 2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
 3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
- 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
- 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
- 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- 8) okoliczności, o których mowa w § 19 OWU.

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

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

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie dokumenty wskazane w § 21 ust. 1 OWU oraz kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2 powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 21 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 21 ust. 5 OWU.

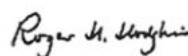
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego
(kod GPR_ATDBE_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

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

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

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

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

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego.

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Rocznicę polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie indywidualnym albo
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym, albo
 - 3) ukończył 15 lat i nie ukończył 61 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W, albo
 - 4) ukończył 61 lat i nie ukończył 68 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W9, albo
 - 5) ukończył 60 lat i nie ukończył 81 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym 60+.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie indywidualnym;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 4) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 61 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 5) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 68 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W9, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 6) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 7) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

1. Ubezpieczający może wnioskować o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Towarzystwo dokona zmiany, o której mowa w ust. 1, ze skutkiem od najbliższej Rocznicę polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 30 dni przed Rocznicę polisy.
3. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o rodzaju wykonywanego zawodu.
5. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 4, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Rocznicę polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz częstotliwości opłacania Składek i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
- 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
- 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
- 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- 8) okoliczności, o których mowa w § 19 OWU.

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

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

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie dokumenty wskazane w § 21 ust. 1 OWU oraz kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Wypadku komunikacyjnego, jeżeli taki protokół był sporządzony.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 21 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 21 ust. 5 OWU.

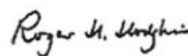
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku przy pracy
(kod GPR_ WADB_ 12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 12	§ 11; § 12 ust. 2

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

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

- 1) – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciągnięcia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
 - 2) – Nieszczęśliwy wypadek, w którym uczestniczył Ubezpieczony oraz który nastąpił:
 - a. podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego na rzecz pracodawcy zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych i charakteru wykonywanej pracy lub poleceń przełożonych;
 - b. w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy;
 - c. w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w pkt a, chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.
 - d. podczas wykonywania zwykłych czynności związanych z prowadzeniem pozarolniczej działalności w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych;
 - e. podczas wykonywania zwykłych czynności związanych ze współpracą przy prowadzeniu pozarolniczej działalności w rozumieniu przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych.
- Nieszczęśliwy wypadek przy pracy musi być potwierdzony w przedstawionej Towarzystwu karcie wypadku sporządzonej zgodnie z obowiązującym przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy. Za Nieszczęśliwy wypadek przy pracy nie uważa się zdarzenia zaistniałego w drodze do lub z pracy;
- 3) – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
 - 4) – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku przy pracy;
 - 5) – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego, która nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Roczniczy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej, jeżeli Ubezpieczony w dniu zawarcia Umowy dodatkowej ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia.
2. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 3) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Roczniczy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

1. Towarzystwo ustala wysokość składek za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz częstotliwości opłacania Składek i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
- 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
- 4) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;

- 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
- 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotnictwo, paralotnictwo, szybownictwo, motolotnictwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- 8) okoliczności, o których mowa w § 19 OWU.

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku przy pracy Towarzystwo wypłaci Uprawnionemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.
2. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek przy pracy nastąpił w okresie udzielana ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy nastąpiła przed upływem 210 dni od daty zajścia tego wypadku;
 - 3) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy Ubezpieczonego a jego śmiercią.

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie dokumenty wskazane w § 21 ust. 1 OWU oraz kopię protokołu powypadkowego z komisji BHP albo kopię karty wypadku potwierdzających zajście Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 21 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 21 ust. 5 OWU.

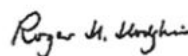
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Niezdolności do pracy zarobkowej Ubezpieczonego
w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
(kod GPR_ ATDB_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 12 ust. 1	§ 11; § 12

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

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

- 1) – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 2) – spowodowana uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia zaistniałym w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania pracy zgodnej z jego kwalifikacjami, wykształceniem, doświadczeniem zawodowym, ukończonymi kursami lub posiadanymi umiejętnościami, którą mógłby świadczyć na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu lub w ramach prowadzenia działalności gospodarczej lub rolniczej;
- 3) wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 4) – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Niezdolności do pracy zarobkowej Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
- 5) – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Niezdolności do pracy zarobkowej Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego Niezdolności do pracy zarobkowej powstałej w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, która rozpoczęła się i trwała w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania ze skutkiem od najbliższej Rocznic polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym albo
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 61 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W, albo
 - 3) ukończył 60 lat i nie ukończył 81 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym 60+.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 61 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
 - 6) wypłaty świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Rocznic polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz częstotliwości opłacania Składek i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczona jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek powodujący Niezdolność do pracy zarobkowej był konsekwencją:

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
- 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
- 4) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, uśmierzania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;

- 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
- 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- 8) okoliczności, o których mowa w § 19 OWU.

1. W przypadku wystąpienia Niezdolności do pracy zarobkowej w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego powstała Niezdolność do pracy zarobkowej Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) Niezdolność do pracy zarobkowej Ubezpieczonego powstała w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) do powstania Niezdolności do pracy zarobkowej Ubezpieczonego doszło przed upływem 180 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonego a jego Niezdolnością do pracy zarobkowej.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie, pod warunkiem, że Ubezpieczony był niezdolny do pracy zarobkowej nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, rozpoczynający swój bieg w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej i zgodnie z wiedzą medyczną brak jest pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do pracy zarobkowej.

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony;
 - 3) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej Niezdolność do pracy zarobkowej Ubezpieczonego.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
5. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 21 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 21 ust. 5 OWU.

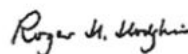
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego
w wyniku Nieszczęśliwego wypadku - wariant I
(kod GPR_ ADISB6_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 13 ust. 1 i 3; Załącznik nr 1 do OWUD – Tabela uszczerbków na zdrowiu	§ 12; § 13 ust. 2, 3, 6-8

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
NA WYPADK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO
W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU – WARIANT I**

(KOD GPR_ADISB6_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

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

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

- Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania ze skutkiem od najbliższej Roczniczy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
- Umowa dodatkowa może zostać zawarta jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - ukończył 15 lat i nie ukończył 67 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie indywidualnym albo
 - ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym, albo
 - ukończył 15 lat i nie ukończył 61 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W, albo
 - ukończył 61 lat i nie ukończył 68 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W9, albo
 - ukończył 60 lat i nie ukończył 81 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym 60+.
- Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2 aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
- Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona Ubezpieczeniowa

§ 6

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

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

- Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
- rozwiązania Umowy;
 - poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie indywidualnym albo w wariantcie pakietowym, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 61 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 68 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W9, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
- Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

§ 8

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

§ 9

- Ubezpieczający może wnioskować o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- Towarzystwo dokona zmiany, o której mowa w ust. 1, na wniosek Ubezpieczającego ze skutkiem od najbliższej Roczniczy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 30 dni przed Rocznicą polisy.
- Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o rodzaju wykonywanego zawodu.
- Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 4, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.

§ 10

- Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.

2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

Składka za Umowę dodatkową

§ 11

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz częstotliwości opłacania Składek, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczona jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 12

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

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
- 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
- 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
- 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- 8) okoliczności, o których mowa w § 19 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 13

1. W przypadku Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, ustalony zgodnie z Tabelą uszczerbków na zdrowiu stanowiącą załącznik nr 1 do OWUD.
2. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej przysługuje maksymalnie za 100% Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego jednym Nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) do powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego doszło przed upływem 180 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonego a Trwałym uszczerbkiem na jego zdrowiu.
4. Oceny stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w § 14 ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
5. Rodzaj wykonywanych przez Ubezpieczonego czynności i charakter jego pracy nie mają wpływu na ocenę stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
6. W przypadku powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym Nieszczęśliwym wypadkiem, a miało to wpływ na aktualny stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu, rodzaj i stopień (procent) Trwałego uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy, jako różnica upośledzenia danego narządu przed i po Nieszczęśliwym wypadku.
7. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia jak i pogorszenia, nie stanowi podstawy do zmiany wysokości świadczenia.

8. W przypadku wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku powodującego Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczony zobowiązany jest starać się o złagodzenie skutków Nieszczęśliwego wypadku poprzez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu. Towarzystwo nie odpowiada za Trwały uszczerbek na zdrowiu będący konsekwencją braku działań, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

Wypłata świadczenia

§ 14

- Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - kopię dokumentacji medycznej określającej rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
 - kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony.
- W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
- Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
- Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 21 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 21 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 15

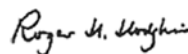
- W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
- Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Urazu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu
(kod GPR_ADISB3P_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 12 ust. 1 i 2	§ 11; § 12

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

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

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

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

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

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania ze skutkiem od najbliższej Roczniczy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 67 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie indywidualnym albo
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym, albo
 - 3) ukończył 15 lat i nie ukończył 61 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W, albo
 - 4) ukończył 61 lat i nie ukończył 68 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W9, albo
 - 5) ukończył 60 lat i nie ukończył 81 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym 60+.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie indywidualnym albo w wariantcie pakietowym, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 61 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 4) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 68 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W9, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 5) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 6) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Roczniczy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wzrostu Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka i wskazana jest w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczona jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
- 3) spożycia alkoholu przez Ubezpieczonego (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
- 4) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
- 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
- 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 7) obrażeń ciała Ubezpieczonego doznanych przed datą zawarcia Umowy dodatkowej;
- 8) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- 9) okoliczności, o których mowa w § 19 OWU.

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

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie u Ubezpieczonego Urazu niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
 - 3) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 21 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 21 ust. 5 OWU.

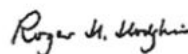
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Wypadku komunikacyjnego
(kod GPR_ATDCHB_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 12 ust. 1	§ 11; § 12 ust. 2-4

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

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

- 1) – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciężenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 2) – odbywający się na zlecenie lekarza pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, rozumiany jako zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń szpitalnych w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa, trwający nieprzerwanie co najmniej 1 dzień, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia, spowodowany Wypadkiem komunikacyjnym. Definicja obejmuje także pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym lub oddziale rehabilitacyjnym. Definicja obejmuje szpitale znajdujące się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz krajów Unii Europejskiej, a także krajów spoza Unii Europejskiej pod warunkiem dostarczenia dokumentacji medycznej przetłumaczonej na język angielski. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala. Jeżeli w czasie Pobytu w szpitalu w wyniku Wypadku komunikacyjnego nastąpił zgon, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu. W rozumieniu niniejszej definicji Pobyt w szpitalu w wyniku Wypadku komunikacyjnego nie jest pobyt w:
 - a. placówkach leczenia odwykowego;
 - b. zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności: szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach, prewentiach;
 - c. hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych;
- 3) – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 4) – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Pobytu w szpitalu w wyniku Wypadku komunikacyjnego;
- 5) – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Wypadku komunikacyjnego;
- 6) – pojazd silnikowy, którego konstrukcja umożliwia jazdę z prędkością przekraczającą 25 km/h, a także rower, pojazd szynowy, statek wodny rozumiany jako urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, w tym również prom, wodolot i poduszki powietrzny, rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania powietrza innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem quadów, balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów

osobowych. Pojęcia „pojazd”, „rower”, „droga”, „pieszy” oraz „kierowca” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym;

- 7) – Nieszczęśliwy wypadek, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako kierowca lub pasażer środka lokomocji lub jako pieszy albo kierujący rowerem i w którym Ubezpieczony uległ wypadkowi w związku z ruchem drogowym, wodnym lub powietrznym, a także w związku z ruchem pojazdu szynowego.

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

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

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania ze skutkiem od najbliższej Rocznic polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym albo
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 61 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 61 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Rocznic polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz częstotliwości opłacania Składek i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczona jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Wypadek komunikacyjny będący przyczyną pobytu Ubezpieczonego w szpitalu nastąpił wskutek:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 3) nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, alkoholizmu Ubezpieczonego, spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 4) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
 - 8) okoliczności, o których mowa w § 19 OWU.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Wypadku komunikacyjnego, jeżeli pobyt w szpitalu związany był z zabiegami rehabilitacyjnymi, z wyłączeniem rehabilitacji koniecznej w celu usunięcia następstw Wypadku komunikacyjnego zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, co potwierdzi zgromadzona dokumentacja medyczna.

1. W przypadku Pobytu w szpitalu w wyniku Wypadku komunikacyjnego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu:
 - 1) za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu – 1% oraz
 - 2) za każdy następny dzień tego pobytu – 0,3%,Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu rozpoczęcia Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Wypadku komunikacyjnego.
2. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Wypadku komunikacyjnego Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
3. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala do ustalenia wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się jeden raz.
4. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej w związku z łącznymi Pobytami Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Wypadku komunikacyjnego nieprzekraczającymi 30 dni w jednym Roku polisy.

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Wypadku komunikacyjnego, jeżeli taki protokół był sporządzony;
 - 3) kopię dokumentu potwierdzającego posiadanie stosownych uprawnień do prowadzenia pojazdu;
 - 4) kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Wypadku komunikacyjnego.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W przypadku gdy Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Wypadku komunikacyjnego miał miejsce w kraju spoza Unii Europejskiej dokumenty, o których mowa w ust. 1 pkt 4, powinny być przetłumaczone na język angielski.
5. Koszty tłumaczenia, o którym mowa w ust. 3 i 4, ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
6. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 21 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 21 ust. 5 OWU.

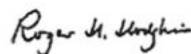
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
dotyczącego refundacji kosztów leczenia Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
(kod GPR_AKL_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 12 ust. 1	§ 11; § 12 ust. 2

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

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

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

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

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

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

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania ze skutkiem od najbliższej Rocznic polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie indywidualnym albo
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym, albo
 - 3) ukończył 60 lat i nie ukończył 81 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym 60+.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie indywidualnym;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Rocznic polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz częstotliwości opłacania Składek, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczona jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
- 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
- 4) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;

- 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniami oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- 8) okoliczności, o których mowa w § 19 OWU.

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

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony;
 - 3) kopię rachunku lub faktury za wydatki poniesione w trakcie leczenia wystawionych imiennie na Ubezpieczonego;
 - 4) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej udzielenie Ubezpieczonemu pomocy medycznej, o której mowa w § 4.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 21 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 21 ust. 5 OWU.

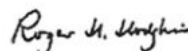
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Poważnego zachorowania Ubezpieczonego
(kod GPR_DD3_DD4_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 5; § 15 ust. 1-3	§ 13; § 14; § 15 ust. 4-6

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

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

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

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

- 1) – przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego, powodujące niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z poniżej wymienionych sposobów:
 - a. przetaczanie preparatów krwio pochodnych;
 - b. podawanie preparatów stymulujących szpik kostny;
 - c. podawanie preparatów immunosupresyjnych;
 - d. przeszczepienie szpiku kostnego.
Rozpoznanie musi być oparte na wyniku badania histopatologicznego szpiku kostnego (trepanobiopsja) i potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii;

- 2) – ostre zakażenie bakteryjne ośrodkowego układu nerwowego, powodujące zaburzenia jego funkcji. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego, wskazującym na obecność infekcji bakteryjnej oraz powstaniem trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przez co najmniej 3 miesiące od zachorowania;
- 3) – ograniczenie lub utrata zdolności intelektualnych, polegająca na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych, spowodowana nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzona testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera. Rozpoznanie musi być potwierdzone klinicznie przez specjalistę w zakresie neurologii, musi być także spełnione co najmniej jedno z poniższych kryteriów:
- w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego stwierdza się cechy uogólnionego zaniku kory mózgowej;
 - ocena podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living”) musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum trzech z listy sześciu podstawowych czynności życiowych w ciągu co najmniej 6 miesięcy:
- mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;
 - zdolność do ubierania / rozbierania się;
 - używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
 - zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
 - wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
 - picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków.
- 4) Definicja nie obejmuje demencji spowodowanej nadużywaniem alkoholu, substancji odurzających lub AIDS;
- zwyrodnieniowa choroba ośrodkowego układu nerwowego (gąbczaste zapalenie mózgu), rozpoznana klinicznie przez specjalistę w zakresie neurologii za życia Ubezpieczonego, prowadząca do demencji i wyrażająca się utratą możliwości wykonywania przez Ubezpieczonego minimum trzech z listy sześciu podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living”):
- mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;
 - zdolność do ubierania / rozbierania się;
 - używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
 - zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
 - wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
 - picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków.
- Definicja nie obejmuje przypadków spowodowanych stosowaniem leków lub substancji toksycznych;
- 5) – ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem polio przebiegająca z porażeniami mięśni kończyn i/lub uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez odpowiednie badania laboratoryjne. Konieczne jest utrzymywanie się bez objawów porażonych przez okres co najmniej 3 miesięcy. Definicja nie obejmuje przypadków zakażenia wirusem polio, przebiegających bez objawów ze strony układu mięśniowego i nerwowego;
- 6) – choroba o nieznannej etiologii, charakteryzująca się postępującym zwyrodnieniem szlaków korowo-rdzeniowych, komórek przednich rdzenia i/lub neuronów opuszki. Definicja obejmuje następujące jednostki chorobowe:
- rdzeniowy zanik mięśni (SMA);
 - postępujące porażenie opuszkowe (PBP);
 - stwardnienie zanikowe boczne (ALS);
 - pierwotne stwardnienie boczne (PLS).
- Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii, konieczne jest wykluczenie innych jednostek chorobowych dających podobne objawy;
- 7) – powolnie postępująca zwyrodnieniowa choroba centralnego układu nerwowego, będąca następstwem zaniku komórek istoty czarnej śródmózgowia. Jednoznaczne rozpoznanie choroby Parkinsona musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie istnienia postępujących i trwałych ubytków neurologicznych, niemożliwych do skorygowania leczeniem farmakologicznym. Ponadto ocena podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living”) musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum trzech z listy sześciu podstawowych czynności życiowych w ciągu co najmniej 6 miesięcy:
- mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;
 - zdolność do ubierania / rozbierania się;
 - używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
 - zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
 - wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
 - picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków.
- Definicja nie obejmuje przypadków spowodowanych stosowaniem leków lub substancji toksycznych;
- 8) – uszkodzenie tkanek czynnikami termicznymi, elektrycznymi lub chemicznymi, powodujące oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20 % powierzchni ciała. Jako kryterium pomiaru przyjmuje się tabelę powierzchni ciała Lunda i Browdera;
- 9) – genetycznie uwarunkowana choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym, charakteryzująca się postępującym osłabieniem i zanikiem mięśni, bez objawów zajęcia układu nerwowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie badania elektromiograficznego (EMG) oraz biopsji mięśnia, a ocena podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living”) musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum trzech z listy sześciu podstawowych czynności życiowych w ciągu co najmniej 6 miesięcy:
- mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;
 - zdolność do ubierania / rozbierania się;
 - używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
 - zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
 - wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
 - picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków;
- 10) – zabieg chirurgiczny przeprowadzony w celu usunięcia zwężenia lub niedrożności tętnicy szyjnej wspólnej lub tętnicy szyjnej wewnętrznej poprzez usunięcie blaszek miażdżycowych z wnętrza tętnicy. Definicja nie obejmuje zabiegów angioplastyki, jakichkolwiek innych zabiegów wykonywanych od strony światła naczynia ani zabiegów wykorzystujących techniki laserowe;
- 11) – dysfunkcja mięśnia sercowego o różnej etiologii, prowadząca do jego nieodwracalnej niewydolności, spełniającej kryterium co najmniej III klasy wg NYHA (New York Heart Assotiation), utrzymującej się przez co najmniej 6 miesięcy mimo prowadzenia optymalnej

- terapii. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem echokardiograficznym. Definicja nie obejmuje przypadków uszkodzenia mięśnia serca spowodowanych nadużywaniem alkoholu (kardiomiopatia alkoholowa);
- 12) – operacja chirurgiczna przeprowadzona przy otwartej klatce piersiowej, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wszczepienie pomostu omijającego. Definicja nie obejmuje angioplastyki wieńcowej, jakichkolwiek innych zabiegów wykonywanych od strony światła naczynia, ani zabiegów wykorzystujących techniki laserowe;
- 13) – histologicznie łagodny guz nowotworowy mózgu, nerwów czaszkowych lub opon, zlokalizowany wewnątrzczaszkowo, spełniający wszystkie poniższe warunki:
- jego istnienie zagraża życiu;
 - wymaga usunięcia chirurgicznego, a w przypadku zaniechania operacji powoduje trwały ubytek neurologiczny;
 - jego istnienie zostało potwierdzone przez neurologa lub neurochirurga na podstawie wyniku badania magnetycznego rezonansu jądrowego, tomografii komputerowej lub innych badań wizualizacyjnych.
- Definicja nie obejmuje guzów przysadki mózgowej oraz naczynek;
- 14) – zaostrzenie przewlekłego zapalenia jelita, przebiegające z wytworzeniem przetoki, rozdęciem, niedrożnością lub perforacją jelita i wymagające leczenia operacyjnego (całkowitego lub częściowego usunięcia jelita). Rozpoznanie musi być poparte badaniem histopatologicznym, potwierdzającym istnienie choroby Leśniowskiego–Crohna lub wrzodziejącego zapalenia jelita grubego;
- 15) – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do stosowania u Ubezpieczonego przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki;
- 16) – niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie zdrowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia poniższych trzech kryteriów:
- pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne;
 - posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem;
 - rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności.
- Definicja nie obejmuje:
- nowotworów łagodnych;
 - nowotworów złośliwych o stopniu zaawansowania mniejszym niż I zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC;
 - nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania większym niż IA zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC;
 - wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
- 17) – torakotomia lub laparotomia przeprowadzona z powodu choroby aorty, wymagającej leczenia chirurgicznego i założenia protezy naczyniowej. Pod pojęciem aorta rozumie się odcinek piersiowy i brzuszny aorty, bez ich odgałęzień. Definicja nie obejmuje leczenia urazowych uszkodzeń aorty oraz zabiegów wykonywanych z dostępu wewnątrznaczyniowego;
- 18) – operacja na otwartym sercu, polegająca na przeszczepieniu, wszczepieniu lub naprawie jednej lub kilku zastawek serca. Definicja nie obejmuje zabiegów polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów wprowadzonych do naczyń krwionośnych oraz wymiany wszczepionej wcześniej zastawki. Zabieg musi wynikać ze wskazań klinicznych, potwierdzonych przez specjalistę w zakresie kardiologii, a uszkodzenie zastawek musi być potwierdzone badaniem naczyniowym lub echokardiograficznym;
- 19) – całkowita utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn, spełniająca kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovetta, spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu. Kończyna rozumiana jest jako anatomiczna całość: ramię, przedramię, dłoń w przypadku kończyny górnej i udo, podudzie, stopa w przypadku kończyny dolnej. Utrata funkcji musi być trwała, istnieć przez ponad 6 miesięcy od daty zdarzenia i być potwierdzona przez specjalistę w zakresie neurologii;
- 20) – pierwotna choroba naczyń tętniczych płuc, przebiegająca z istotnym poszerzeniem jamy prawej komory serca, skutkująca stałym i nieodwracalnym pogorszeniem wydolności fizycznej, spełniająca kryteria co najmniej III klasy wg NYHA (New York Heart Association), powodująca niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania swojej zwykłej aktywności zawodowej. Do potwierdzenia rozpoznania konieczne jest stwierdzenie podczas cewnikowania tętnicy płucnej istotnego wzrostu ciśnienia (średnio 30 mmHg lub powyżej). Definicja nie obejmuje nadciśnienia płucnego rozwijającego się wtórnie do istniejących schorzeń (wtórne nadciśnienie płucne);
- 21) – masywna martwica komórek wątrobowych spowodowana zakażeniem wirusowym, powodująca szybko postępującą niewydolność wątroby. Konieczne jest potwierdzenie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zakażeniem wirusowym, a niewydolnością wątroby oraz spełnienie wszystkich poniższych warunków:
- szybkie zmniejszanie się wielkości wątroby;
 - martwica obejmująca całe zraziki wątrobowe;
 - szybkie pogarszanie się wskaźników funkcji wątroby;
 - narastanie żółtaczk.
- Definicja nie obejmuje przypadków niewydolności wątroby spowodowanych przez alkohol, leki lub inne substancje chemiczne;
- 22) – ogólnoukładowa choroba tkanki łącznej i naczyń, powodująca włóknienie w obrębie skóry, naczyń krwionośnych i narządów wewnętrznych. W rozumieniu niniejszych OWUD choroba musi dotyczyć serca, płuc lub nerek i muszą być spełnione co najmniej dwa z poniższych warunków:
- badanie zdolności dyfuzyjnej płuc dla tlenu węgla (DLCO) < 70% wartości prawidłowych;
 - wskaźnik filtracji kłębkowej (eGFR) < 60 ml/min;
 - występowanie objawów niewydolności serca lub zaburzeń rytmu serca, wymagających leczenia lub występowanie zapalenia osierdzia. Definicja nie obejmuje zlokalizowanych postaci sklerodermi, zapalenia eozynofilowego powięzi oraz przypadków rozpoznanych jako zespół CREST;
- 23) – uraz czaszkowo-mózgowy powodujący powstanie trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy od daty zdarzenia. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie badania klinicznego i wyników badań obrazowych;
- 24) – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z narządów: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub allogeniczny przeszczep szpiku kostnego. Definicja nie obejmuje przeszczepów narządów innych, niż wymienione powyżej, części narządów (z wyjątkiem przeszczepu fragmentu wątroby), przeszczepów tkanek lub komórek;

- 25) – końcowe stadium choroby wątroby charakteryzujące się istnieniem jednego z poniższych objawów:
- trwała żółtaczką;
 - wodobrzusze;
 - encefalopatia wątrobowa;
 - żylaki przełyku;
 - zaburzenia krzepnięcia.
- Świadczenie zostanie wypłacone w przypadku, gdy rozpoznano niewydolność wątroby mieszczącą się w klasie B lub C klasyfikacji Child–Pugh. Definicja nie obejmuje:
- przypadków mieszczących się w klasie A klasyfikacji Child–Pugh;
 - chorób wątroby spowodowanych alkoholem lub nadużywaniem leków lub innych substancji chemicznych;
- 26) – przewlekły proces zapalny powodujący postępujące, nieodwracalne zmiany w mięszu (zanik, włóknienie) oraz stopniowy rozwój niewydolności zewnątrzwydzielniczej i wewnątrzwydzielniczej trzustki. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie gastroenterologii w oparciu o dane kliniczne i wyniki badań obrazowych. Definicja nie obejmuje przypadków zapalenia trzustki związanych z nadużywaniem alkoholu;
- 27) – przewlekła choroba tkanki łącznej charakteryzująca się nieswoistym zapaleniem stawów, zmianami pozastawowymi i objawami układowymi. Konieczne jest spełnienie wszystkich poniższych warunków:
- rozpoznanie spełnia kryteria diagnostyczne Amerykańskiego Towarzystwa Reumatologicznego (American College of Rheumatology);
 - stwierdza się uszkodzenie i deformację trzech lub więcej grup stawów: rąk, nadgarstków, łokci, kolan, bioder, stawów skokowych, stóp, kręgosłupa szyjnego;
 - ocena podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living”) musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum trzech z listy sześciu podstawowych czynności życiowych w ciągu co najmniej 6 miesięcy:
 - mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;
 - zdolność do ubierania / rozbierania się;
 - używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
 - zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
 - wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
 - picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków;
- 28) – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) charakteryzująca się powstawaniem obszarów demielinizacji. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie aktualnych kryteriów diagnostycznych McDonald’a i potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Konieczne jest istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii najwcześniej po 6 miesiącach od daty wystąpienia zdarzenia) i jednoznaczne wykluczenie innej przyczyny stwierdzanych nieprawidłowości (np. choroby naczyniowe, zakażenia bakteryjne lub wirusowe);
- 29) – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin, oceniany na nie więcej niż 7 stopni w Skali Glasgow (Glasgow Coma Scale), powodujący powstanie trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Definicja nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej, a także wynikających z użycia leków, alkoholu i innych substancji odurzających;
- 30) – ogólnoustrojowa choroba autoimmunologiczna o nieznanym etiologii, rozwijająca się wskutek złożonych zaburzeń układu odpornościowego, prowadzących do przewlekłego procesu zapalnego w wielu tkankach i narządach. W rozumieniu niniejszych OWUD choroba musi przebiegać z zajęciem nerek (nefropatia toczniowa) i spełniać kryteria kwalifikujące ją do klasy III – VI wg aktualnej klasyfikacji Międzynarodowego Towarzystwa Nefrologicznego i Towarzystwa Chorób Nerek (ISN/RPS):
- klasa I – minimalne zmiany mezangialne;
 - klasa II – zmiany mezangialne proliferacyjne;
 - klasa III – zmiany ogniskowe;
 - klasa IV – zmiany rozsiane;
 - klasa V – błoniaste kłębkowe zapalenie nerek;
 - klasa VI – zaawansowane zmiany stwardnieniowe.
- Definicja nie obejmuje innych form choroby, np. przebiegających z zajęciem skóry, stawów, czy dających jedynie zmiany w obrazie krwi;
- 31) – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorem materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
- obecność nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
 - obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w badaniach obrazowych (tomografii komputerowej lub jądrowym rezonansie magnetycznym);
 - istnienie trwałych deficytów neurologicznych potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie co najmniej 2 miesięcy od daty zdarzenia.
- Definicja nie obejmuje:
- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
 - zdarzeń skutkujących jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci;
 - objawów mózgowych spowodowanych migreną;
 - uszkodzenia mózgu spowodowanego zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
 - chorób naczyniowych dotyczących oka, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;
- 32) – torakotomia przeprowadzona w celu usunięcia całego płuca, uszkodzonego wskutek urazu lub choroby. Definicja nie obejmuje usunięcia fragmentu tkanki płucnej (lobektomia, segmentektomia);
- 33) – całkowita fizyczna utrata dwóch lub więcej kończyn, spowodowana urazem. Definicja obejmuje również utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp, a także łączną utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy;
- 34) – trwała i nieodwracalna całkowita utrata zdolności mówienia w wyniku choroby lub wypadku, powodujących uszkodzenie strun głosowych, utrzymująca się przez co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii. Definicja nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi;

- 35) – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie laryngologii, w oparciu o wyniki badań audiometrycznych, wykazujących średni ubytek słuchu (badany dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz) przekraczający 90 dB w każdym uchu;
- 36) – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach, rozumiana jako osłabienie ostrości wzroku poniżej 5/50 (0,01) lub ograniczenie pola widzenia poniżej 20%, spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym i korekcyjnym. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie okulistyki;
- 37) – schyłkowe stadium przewlekłej choroby układu oddechowego, w przebiegu której występują wszystkie z poniższych objawów:
- wartość FEV1 utrzymuje się poniżej 1 litra;
 - wymagane jest stałe leczenie tlenem z powodu hipoksemii;
 - ciśnienie parcjalne tlenu w gazometrii krwi tętnicznej wynosi poniżej 55 mmHg;
 - występuje stała duszność spoczynkowa.
- Rozpoznanie musi być potwierdzone klinicznie przez specjalistę w zakresie pneumonologii;
- 38)
- Zakażenie wirusem HIV związane z przetoczeniem krwi. Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że:
 - do zakażenia doszło w okresie ubezpieczenia, podczas przetaczania ze wskazań medycznych krwi lub preparatów krwiopochodnych;
 - Ubezpieczony nie był leczony z powodu hemofilii;
 - do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy po przetoczeniu;
 - obecność infekcji HIV została potwierdzona w autoryzowanym laboratorium.
 - Zakażenie wirusem HIV związane z pracą zawodową. Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS, w przypadku gdy łącznie spełnione są poniższe warunki:
 - do zakażenia doszło w wyniku zakłucia się igłą w czasie wykonywania obowiązków zawodowych jako: lekarz/stomatolog, pielęgniarka, ratownik medyczny, strażak lub policjant;
 - wypadek, który mógł być przyczyną zakażenia zdarzył się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i został zgłoszony do Towarzystwa wraz z ujemnym wynikiem testu w kierunku HIV, wykonanym po wypadku;
 - do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy od wypadku;
 - obecność infekcji HIV została potwierdzona w autoryzowanym laboratorium.

Definicja nie obejmuje przypadków zakażenia, do których doszło w inny sposób, np. drogą kontaktów seksualnych lub dożylnego stosowania środków odurzających. Towarzystwo musi posiadać prawo dostępu do wyników badań krwi Ubezpieczonego i mieć prawo do zlecenia niezależnych badań kontrolnych;
- 39) – stan zapalny tkanki mózgowej (półkul mózgu, pnia mózgu lub mózdzku), spowodowany czynnikiem infekcyjnym, prowadzący do powstania trwałych ubytków neurologicznych, których istnienie może być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii po 6 miesiącach od początku zachorowania;
- 40) – martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99 centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- objawy kliniczne niedokrwienia serca;
 - zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe, znamienne zmiany odcinka ST – załamka T (ST-T), patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa);
 - nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych;
 - obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionej badaniem angiograficznym lub w autopsji.

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

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

1)	Anemia aplastyczna	✓	✓
2)	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych		✓
3)	Choroba Alzheimerera		✓
4)	Choroba Creutzfeldta – Jakoba		✓
5)	Choroba Heinego – Medina (poliomyelitis)		✓
6)	Choroba neuronu ruchowego		✓
7)	Choroba Parkinsona		✓

8)	Ciężkie oparzenia	✓	✓
9)	Dystrofia mięśniowa		✓
10)	Endarterektomia tętnicy szyjnej		✓
11)	Kardiomiopatia		✓
12)	Leczenie operacyjne choroby wieńcowej	✓	✓
13)	Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy	✓	✓
14)	Nieswoiste zapalenie jelita o ciężkim przebiegu		✓
15)	Niewydolność nerek	✓	✓
16)	Nowotwór złośliwy inwazyjny	✓	✓
17)	Operacja aorty	✓	✓
18)	Operacja zastawek serca	✓	✓
19)	Paraliż	✓	✓
20)	Pierwotne nadciśnienie płucne		✓
21)	Piorunujące zapalenie wątroby		✓
22)	Postępująca twardzina układowa (scleroderma)		✓
23)	Poważny uraz głowy		✓
24)	Przeszczepienie narządu	✓	✓
25)	Przewlekła niewydolność wątroby		✓
26)	Przewlekłe nawracające zapalenie trzustki		✓
27)	Reumatoidalne zapalenie stawów		✓
28)	Stwardnienie rozsiane	✓	✓
29)	Śpiączka	✓	✓
30)	Toczeń rumieniowaty układowy		✓
31)	Udar mózgu	✓	✓
32)	Usunięcie płuca (pneumonektomia)		✓
33)	Utrata kończyn	✓	✓
34)	Utrata mowy		✓
35)	Utrata słuchu		✓
36)	Utrata wzroku	✓	✓
37)	Zaawansowana choroba płuc		✓
38)	Zakażenie wirusem HIV	✓	✓
39)	Zapalenie mózgu		✓
40)	Zawał serca	✓	✓

- Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Roczniczycy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
- Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie indywidualnym albo
 - ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym, albo
 - ukończył 15 lat i nie ukończył 61 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W, albo
 - ukończył 61 lat i nie ukończył 68 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W9.
- Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumentcie ubezpieczenia.
- Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumentcie ubezpieczenia.
- Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

3. Ubezpieczony nie może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej i z tytułu Umowy dodatkowej:
 - 1) na wypadek wystąpienia Nowotworu złośliwego albo
 - 2) na wypadek wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu.
 4. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 8.
-
1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie indywidualnym;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 4) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 61 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 5) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 68 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W9, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 6) wypłaty 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 7) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 8) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
 2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

1. Ubezpieczający może wnioskować o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
 2. Towarzystwo dokona zmiany, o której mowa w ust. 1, ze skutkiem od najbliższej Rocznicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 30 dni przed Rocznicą polisy.
 3. Zmiana wysokości Składki za Umowę dodatkową powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 12 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
 4. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
 5. Na podstawie informacji, o których mowa w ust. 4, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
-
1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
 2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 12 ust. 1.
 3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
-
1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek, Wiek Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 14 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
 2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
 3. W przypadku, o którym mowa w § 8 ust. 1 pkt 3, Składka zostanie pomniejszona o wysokość Składki za Umowę dodatkową.

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

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

- 4) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, uśmierzania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
 - 8) wad wrodzonych Ubezpieczonego i schorzeń będących ich skutkiem;
 - 9) choroby AIDS Ubezpieczonego;
- a także, jeżeli Poważne zachorowanie:
- 10) zostało zdiagnozowane lub było leczone u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 11) było następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
 - a. zdiagnozowanych u Ubezpieczonego lub
 - b. leczonych u Ubezpieczonego, lub
 - c. których leczenie zalecono u Ubezpieczonego,w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej;
 - 12) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w § 19 OWU.

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

1. Z tytułu wystąpienia Poważnego zachorowania Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości:
 - 1) 50% albo 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu wystąpienia Poważnego zachorowania uzależnione od stopnia zaawansowania choroby, w przypadku Poważnych zachorowań, o których mowa w ust. 2;
 - 2) 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu wystąpienia Poważnego zachorowania, w przypadku pozostałych Poważnych zachorowań, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wypłacany Ubezpieczonemu z tytułu Poważnych zachorowań: Kardiomiopatia, Nowotwór złośliwy inwazyjny, Przewłękłe nawracające zapalenie trzustki, Zawał serca uzależniony jest od stopnia zaawansowania choroby w dniu wystąpienia Poważnego zachorowania:
 - 1) Kardiomiopatia:
 - a. I stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku rozpoznania niewydolności serca w III klasie wg NYHA z frakcją wyrzutową lewej komory (określoną w aktualnym badaniu ECHO serca) < 40%;
 - b. II stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku rozpoznania niewydolności serca w klasie IV wg NYHA z frakcją wyrzutową lewej komory (określoną w aktualnym badaniu ECHO serca) < 30%;
 - 2) Nowotwór złośliwy inwazyjny:
 - a. I stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku rozpoznania nowotworu w I stopniu zaawansowania (Stage I), zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC lub przewłękłej białaczki limfocytowej w stopniu zaawansowania mniejszym niż II wg klasyfikacji RAI;
 - b. II stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku rozpoznania nowotworów o wyższym stopniu zaawansowania niż wskazane w pkt 2 ppkt a;
 - 3) Przewłękłe nawracające zapalenie trzustki:
 - a. I stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku, gdy w wyniku niewydolności trzustki doszło do utraty masy ciała nieprzekraczającej 10% wartości wyjściowej;

- b. II stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku, gdy w wyniku niewydolności trzustki doszło do utraty masy ciała przekraczającej 10% wartości wyjściowej i/ lub rozpoznania cukrzycy.

Utrata masy ciała oceniana jest po czterech miesiącach od rozpoznania przewlekłego zapalenia trzustki w stosunku do masy sprzed rozpoznania choroby;

4) Zawał serca:

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

3. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania, o którym mowa w ust. 2, w pierwszym stopniu zaawansowania choroby i dalszego pogorszenia się stanu zdrowia z tytułu tego samego Poważnego zachorowania skutkującego wystąpieniem drugiego stopnia zaawansowania choroby, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o ile w ramach danej grupy, do której zaklasyfikowano Poważne zachorowanie, o której mowa w ust. 4, nie zostało wypłacone świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. W ramach każdej z grup, do których zaklasyfikowano Poważne zachorowanie, wskazanych w tabeli nr 2, Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości nie większej niż 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

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

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

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

200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania Ubezpieczonego.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
5. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 21 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 21 ust. 5 OWU.

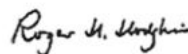
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

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

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

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
NA WYPADEK POWAŻNEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO
(KOD GPR_ MMO_12.2021)**

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

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

- 7) **Wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
- umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej, w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Poważnej operacji.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

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

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

- Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania ze skutkiem od najbliższej Roczniczy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
- Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie indywidualnym albo
 - ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym, albo
 - ukończył 15 lat i nie ukończył 61 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W, albo
 - ukończył 61 lat i nie ukończył 68 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W9.
- Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumentcie ubezpieczenia.
- Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

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

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

- Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - rozwiązania Umowy;
 - poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie indywidualnym;
 - poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 61 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 68 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W9, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
- Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

§ 8

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumentcie ubezpieczenia.

§ 9

- Ubezpieczający może wnioskować o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- Towarzystwo dokona zmian zmiany, o której mowa w ust. 1, na wniosek Ubezpieczającego ze skutkiem od najbliższej Roczniczy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 30 dni przed Rocznicą polisy.
- Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
- W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
- Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 4, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.

§ 10

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

Składka za Umowę dodatkową

§ 11

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek, Wiek Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 13 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczona jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 12

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli konieczność przeprowadzenia Poważnej operacji była konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 3) spożycia alkoholu przez Ubezpieczonego (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 4) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
 - 8) choroby AIDS Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnej operacji, jeżeli miała ona na celu:
 - 1) operację plastyczną lub kosmetyczną Ubezpieczonego, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) zmianę płci Ubezpieczonego, pozbawienie Ubezpieczonego płodności, usunięcie ciąży Ubezpieczonego, sztuczne zapłodnienie Ubezpieczonego lub inny sposób leczenia jego niepłodności;
 - 3) poddanie się leczeniu dentystrycznemu przez Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany został Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 4) pobranie od Ubezpieczonego narządów lub tkanek do przeszczepu;
 - 5) leczenie wszelkiego rodzaju uzależnień Ubezpieczonego;
 a także, jeżeli Poważna operacja:
 - 6) została zlecona Ubezpieczonemu lub o której postanowiono przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem § 14 ust. 4;
 - 7) była następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
 - a. rozpoznanych u Ubezpieczonego lub
 - b. leczonych u Ubezpieczonego lub
 - c. których leczenia zalecono u Ubezpieczonego,
 w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej;
 - 8) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w § 19 OWU.

§ 13

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu Poważnej operacji wyłącznie, jeżeli operacja ta spowodowana była Nieszczęśliwym wypadkiem.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisy.

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

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 14

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

Wypłata świadczenia

§ 15

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej przeprowadzenie Poważnej operacji;
 - 3) kopię skierowania na przeprowadzenie Poważnej operacji.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W przypadku gdy Poważna operacja została przeprowadzona w Szpitalu mieszczącym się w kraju spoza Unii Europejskiej dokumenty, o których mowa w ust. 1 pkt 2, powinny być przetłumaczone na język angielski.
5. Koszty tłumaczenia, o którym mowa w ust. 3 i 4, ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
6. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 21 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. § 21 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 16

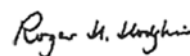
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

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

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 14 ust. 1, 2, 5, 7 i 8	§ 12; § 13 ust. 1; § 14 ust. 3, 4 i 6

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

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

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

- 7) – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu;
- 8) – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
 - a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej, w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Pobytu w szpitalu.

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i był konsekwencją Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, które wystąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem § 14 ust. 8.

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Roczniczy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie indywidualnym albo
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym, albo
 - 3) ukończył 15 lat i nie ukończył 61 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W, albo
 - 4) ukończył 61 lat i nie ukończył 68 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W9.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie indywidualnym;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 4) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 61 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 5) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 68 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W9, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 6) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 7) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

1. Ubezpieczający może wnioskować o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Towarzystwo dokona zmiany, o której mowa w ust. 1, ze skutkiem od najbliższej Roczniczy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 30 dni przed Rocznicą polisy.
3. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

4. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
 5. Na podstawie informacji, o których mowa w ust. 4, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
-
1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
 2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1.
 3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
-
1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek, Wiek Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 13 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
 2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
 3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
-
1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w szpitalu, jeżeli jego konieczność była konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 3) nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, alkoholizmu Ubezpieczonego, spożycia alkoholu przez Ubezpieczonego (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 4) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
 - 8) wad wrodzonych Ubezpieczonego i schorzeń będących ich skutkiem;
 - 9) choroby AIDS Ubezpieczonego.
 2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w szpitalu, jeżeli miał on na celu:
 - 1) operację plastyczną lub kosmetyczną Ubezpieczonego, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) wykonywanie przez Ubezpieczonego rutynowych badań lekarskich lub badań diagnostycznych niewynikających z zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych u Ubezpieczonego, z wyjątkiem rehabilitacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 4) leczenie lub zabiegi związane z usunięciem ciąży, położeniem lub porodem, poza przypadkami gdy zdiagnozowano komplikacje porodu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiące zagrożenie dla życia Ubezpieczonego;
 - 5) poddanie się leczeniu dentystrycznemu przez Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 6) pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu od Ubezpieczonego;
 - 7) leczenie wszelkiego rodzaju uzależnień Ubezpieczonego;a także, jeżeli Pobyt w szpitalu:
 - 8) został zlecony Ubezpieczonemu lub o którym postanowiono przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;

- 9) był następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
- a. zdiagnozowanych u Ubezpieczonego lub
 - b. leczonych u Ubezpieczonego, lub
 - c. których leczenie zalecono u Ubezpieczonego,
- w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej;
- 10) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w § 19 OWU.

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

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

	za każdy dzień Pobytu w szpitalu
	0,5%
	za każdy dzień Pobytu w szpitalu
	1%

2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM-ie w czasie Pobytu w szpitalu, o którym mowa w ust. 1, Towarzystwo wypłaci świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w ust. 1, w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie łącznie za nie więcej niż 200 dni Pobytu w szpitalu w okresie jednego Roku polisy.
4. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia, ten dzień uwzględnia się jeden raz.
5. Jeżeli w tym samym czasie Pobyt w szpitalu spowodowany był Chorobą oraz Nieszczęśliwym wypadkiem do ustalenia wysokości świadczenia przyjmuje się stawki za Pobyt w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem.
6. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
7. Zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu możliwe jest także w trakcie Pobytu w szpitalu po 30 dniu tego pobytu. Zasadę tę stosuje się do każdego kolejnego 30-dniowego okresu Pobytu w szpitalu.
8. Jeżeli Nieszczęśliwy wypadek miał miejsce przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej, a spowoduje on Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w okresie udzielania ochrony z tytułu Umowy dodatkowej, Towarzystwo wypłaci za każdy dzień tego pobytu świadczenie w wysokości 0,5% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu rozpoczęcia Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
- 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wraz z określeniem przyczyny Pobytu w szpitalu.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W przypadku gdy Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu miał miejsce w kraju spoza Unii Europejskiej dokumenty, o których mowa w ust. 1 pkt 2, powinny być przetłumaczone na język angielski.

5. Koszty tłumaczenia, o którym mowa w ust. 3 i 4, ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
6. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 21 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. § 21 ust. 5 OWU.

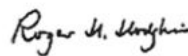
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu
(kod GPR_ DCHBHS_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 13 ust. 1 i 5	§ 11; § 12 ust. 1; § 13 ust. 2-4

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

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

- 1) – odbywający się na zlecenie lekarza pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, rozumianym jako zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń szpitalnych w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa, trwający nieprzerwanie co najmniej 1 dzień, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia, spowodowany Zawałem serca lub Udarem mózgu. Definicja obejmuje także pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym lub oddziale rehabilitacyjnym. Definicja obejmuje szpitale znajdujące się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz krajów Unii Europejskiej, a także krajów spoza Unii Europejskiej pod warunkiem dostarczenia dokumentacji medycznej przetłumaczonej na język angielski. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala. Jeżeli w czasie Pobytu w szpitalu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu nastąpił zgon, okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty zgonu. W rozumieniu niniejszej definicji Pobyt w szpitalu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu nie jest pobyt w:
 - a. placówkach leczenia odwykowego;
 - b. zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności: szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach, prewentoriach;
 - c. hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych;
- 2) – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu;
- 3) – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu;
- 4) – nagle, ogniskowe uszkodzenie mózgu spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorem materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - a. obecność nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - b. utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
 - c. obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w badaniach obrazowych (tomografii komputerowej lub jądrowym rezonansie magnetycznym);

- d. istnienie trwałych deficytów neurologicznych musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie co najmniej 2 miesięcy od daty zdarzenia.
- Definicja nie obejmuje:
- a. epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
 - b. zdarzeń skutkujących jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci;
 - c. objawów mózgowych spowodowanych migreną;
 - d. uszkodzenia mózgu spowodowanego zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
 - e. chorób naczyniowych dotyczących oka, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;
- 5) – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
- a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,
- w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu;
- 6) – martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99 centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- a. objawy kliniczne niedokrwienia serca;
 - b. zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe, znamienne zmiany odcinka ST – załamek T (ST-T), patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa);
 - c. nowy ubytek żywnotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych;
 - d. obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionej badaniem angiograficznym lub w autopsji.

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje Pobyt w szpitalu, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i był spowodowany Zawałem serca lub Udarciem mózgu, które miały miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Roczniczy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym albo
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 61 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 61 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek, Wiek Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 12 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego wystąpił Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu był konsekwencją:

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
- 3) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- 4) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotnictwo, paralotnictwo, szybownictwo, motolotnictwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniami oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- 5) wad wrodzonych Ubezpieczonego i schorzeń będących ich skutkiem; a także, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu:
- 6) zostały zdiagnozowane lub były leczone u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
- 7) był następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
 - a. zdiagnozowanych u Ubezpieczonego lub
 - b. leczonych u Ubezpieczonego, lub
 - c. których leczenie zalecono u Ubezpieczonego,w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej;
- 8) są skutkiem okoliczności, o których mowa w § 19 OWU.

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

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

1. W przypadku Pobytu w szpitalu w wyniku Zawału serca lub Udar mózgu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu za każdy dzień pobytu w szpitalu 0,5% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu rozpoczęcia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie łącznie za nie więcej niż 200 dni Pobytu w szpitalu w wyniku Zawału serca lub Udar mózgu w jednym Roku polisy.

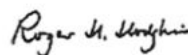
3. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia, ten dzień uwzględnia się jeden raz.
 4. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
 5. Zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu możliwe jest także w trakcie pobytu w szpitalu po 30 dniu tego pobytu. Zasadę tę stosuje się do każdego kolejnego 30-dniowego okresu pobytu w szpitalu.
-
1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej Pobyt w szpitalu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu;
 - 3) kopię zaświadczenia o trwającej hospitalizacji wystawionego przez lekarza prowadzącego, w przypadku gdy pobyt w szpitalu się nie zakończył.
 2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
 3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język z zastrzeżeniem ust. 4.
 4. W przypadku gdy Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu miał miejsce w kraju spoza Unii Europejskiej dokumenty, o których mowa w ust. 1 pkt 2, powinny być przetłumaczone na język angielski.
 5. Koszty tłumaczenia, o którym mowa w ust. 3 i 4, ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
 6. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 21 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. § 21 ust. 5 OWU.
-
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
 2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

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

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 5 ust. 2	§ 5 ust. 2 i 5; § 10 ust. 3

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

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

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

Przedmiotem ubezpieczenia jest udostępnianie Usług medycznych Ubezpieczonemu.

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

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

1)	Badania profilaktyczne Ubezpieczonego (zgodnie z zakresem wskazanym w ust. 3)	✓	✓	✓	✓	Raz w Roku polisy
2)	Badania laboratoryjne oraz badania obrazowe	✓		✓	✓	Bez limitu
3)	Wsparcie w zakresie wiedzy medycznej oraz informacji dotyczących zdrowia Ubezpieczonego i jego bliskich (udzielane informacje nie mają charakteru diagnostycznego)		✓	✓		Bez limitu
4)	Udzielanie informacji o badaniach zalecanych do wykonania przed wizytą u Lekarza		✓	✓		Bez limitu
5)	Udzielanie informacji o aptekach dyżurnych		✓	✓		Bez limitu
6)	Udzielanie informacji o dostępności danego leku w aptece		✓	✓	✓	Bez limitu
7)	Udzielanie informacji o potencjalnych interakcjach danego leku		✓	✓		Bez limitu
8)	Autodiagnoza Ubezpieczonego przeprowadzana za pośrednictwem narzędzi udostępnianych w ramach Usług medycznych wraz z dostępem do wykazu potencjalnych chorób i specjalizacji lekarskich, odpowiadających za ich diagnostykę i leczenie		✓		✓	Bez limitu
9)	Wykaz badań oraz informacji o rekomendowanej częstotliwości ich wykonywania w celach profilaktyki zdrowotnej		✓	✓	✓	Bez limitu
10)	Udzielanie informacji o przybliżonych dostępnych terminach przyjęć w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia w danych poradniach specjalistycznych, w określonych miejscowościach i u określonych Świadczeniodawców		✓	✓	✓	Bez limitu
11)	Wizyty u Lekarza, w tym wizyty za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość dostępnych w ramach Usług medycznych	✓		✓	✓	Bez limitu
12)	Wizyty domowe do miejsca pobytu Ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i w ramach miejscowości wskazanych przez Świadczeniodawców	✓		✓	✓	Bez limitu
13)	Zdalna diagnostyka kardiologiczna Ubezpieczonego, przy wykorzystaniu Holtera (Eventholter) wraz ze zwrotnym przekazywaniem wyników	✓		✓	✓	Bez limitu
14)	Całodobowy monitoring aktywności serca Ubezpieczonego poprzez aktywny Holter (certyfikowane urządzenie medyczne), który przesyła wyniki do Lekarza w przypadku, gdy Ubezpieczony odczuwa dolegliwości i umożliwia podjęcie interwencji lekarskiej na podstawie otrzymywanych wyników	✓		✓	✓	Bez limitu

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

1)	OB	ICD-9 C59
2)	Morfologia krwi (pełna)	ICD-9 C55
3)	Glukoza	ICD-9 L43
4)	Cholesterol całkowity	ICD-9 I99
5)	ALT	ICD-9 I17

6)	Kreatynina (w surowicy)	ICD-9 M37
7)	Triglicerydy	ICD-9 O49
8)	TSH	ICD-9 L69
9)	Badanie ogólne moczu	ICD-9 A01

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

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

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Rocznicę polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 76 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie indywidualnym;
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym;
 - 3) ukończył 60 lat i nie ukończył 81 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym 60+.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 100 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie indywidualnym;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od częstotliwości opłacania Składek i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

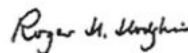
- 2) gdy podane telefonicznie informacje, o których mowa w ust. 2, są niezgodne z danymi posiadanymi przez Towarzystwo lub mogą nasuwać wątpliwości co do uprawnień dzwoniącego do korzystania z Usług medycznych.
4. Usługi medyczne realizowane przez Świadczeniodawców wykonywane są w czasie godzin ich pracy.
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego
w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu
(kod GPR_ ADISB4_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 14 ust. 1 i 4; Załącznik nr 1 do OWUD – Tabela uszczerbków na zdrowiu	§ 12; § 13 ust. 1; § 14 ust. 2-5, 7-9

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO
W WYNIKU ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU**

(KOD GPR_ ADISB4_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

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

Definicja nie obejmuje:

- a. epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
- b. zdarzeń skutkujących jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci;
- c. objawów mózgowych spowodowanych migreną;

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

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

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania ze skutkiem od najbliższej Rocznicę polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
 - 1) Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 67 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie indywidualnym albo
 - 3) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym, albo
 - 4) ukończył 15 lat i nie ukończył 61 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W, albo
 - 5) ukończył 61 lat i nie ukończył 68 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W9.
2. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
3. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

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

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie indywidualnym albo w wariantcie pakietowym, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 61 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 4) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 68 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W9, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 5) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 6) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
 - 7) wypłaty świadczenia, w przypadku gdy ustalony procent Trwałego uszczerbku na zdrowiu osiągnie 100%;
 - 8) wypłaty świadczenia, w przypadku gdy suma ustalonych Trwałych uszczerbków na zdrowiu, jeżeli wystąpił więcej niż jeden rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu, osiągnie 100%.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

§ 8

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

§ 9

1. Ubezpieczający może wnioskować o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Towarzystwo dokona zmian w Umowie dodatkowej na wniosek Ubezpieczającego ze skutkiem od najbliższej Rocznicą polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 30 dni przed Rocznicą polisy.
3. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
5. Na podstawie informacji, o których mowa w ust. 4, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.

§ 10

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od Rocznicą polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

Składka za Umowę dodatkową

§ 11

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 13 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczona jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
4. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o której mowa w § 7 ust. 1 pkt 5 i 6, Składka zostanie pomniejszona o wysokość Składki za Umowę dodatkową.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 12

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

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 3) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, uśmierzania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 4) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
 - 5) wad wrodzonych Ubezpieczonego i schorzeń będących ich skutkiem;
- a także, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu:
- 6) zostały zdiagnozowane lub były leczone u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 7) były następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
 - a. zdiagnozowanych u Ubezpieczonego;
 - b. leczonych u Ubezpieczonego, lub
 - c. których leczenie zalecono u Ubezpieczonego,w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej;
 - 8) są skutkiem okoliczności, o których mowa w § 19 OWU.

§ 13

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli zdiagnozowanie Zawału serca lub Udar mózgu nastąpiło w okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisy.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:

- 1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygasa nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygasa nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
- 2) Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu nastąpił po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

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

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 14

1. W przypadku Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego powstałego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu 1% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu, za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu, ustalony zgodnie z Tabelą uszczerbków na zdrowiu, stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszych OWUD.
2. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej przysługuje maksymalnie za 100% Trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego Zawałem serca lub Udarem mózgu, które miały miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku, gdy wystąpi więcej niż jeden rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu, suma ustalonych uszczerbków nie może przekroczyć 100% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
4. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego nastąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) do powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego doszło przed upływem 180 dni od daty wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu;
 - 4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Zawałem serca lub Udarem mózgu Ubezpieczonego a Trwałym uszczerbkiem na jego zdrowiu.
5. Oceny stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w § 15 ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika, nie wcześniej niż 90 dni i nie później niż 24 miesiące od wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
6. Rodzaj wykonywanych przez Ubezpieczonego czynności i charakter jego pracy nie mają wpływu na ocenę stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
7. W przypadku powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym Zawałem serca lub Udarem mózgu, a miało to wpływ na aktualny stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu, rodzaj i stopień (procent) Trwałego uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy, jako różnica upośledzenia danego narządu przed i po Zawałe serca lub Udarze mózgu.
8. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie stanowi podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
9. W przypadku wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie skutków Zawału serca lub Udaru mózgu poprzez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu. Towarzystwo nie odpowiada za Trwały uszczerbek na zdrowiu będący konsekwencją braku działań, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

Wypłata świadczenia

§ 15

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię dokumentacji medycznej określającej rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
 - 3) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie u Ubezpieczonego Zawału serca lub Udaru mózgu.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 21 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 21 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 16

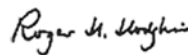
1. W sprawach nieregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek śmierci Współmałżonka albo Partnera (kod GPR_SDB_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 13	§ 11; § 12 ust. 1 i 3;

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

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

- 1) – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Współmałżonka albo Partnera, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążeń, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 2) – osoba pozostająca w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, wskazana w pisemnym oświadczeniu, przy czym zmiany oświadczenia można dokonać raz na 12 miesięcy. Wskazanie Partnera możliwe jest w momencie zawarcia Umowy dodatkowej ze skutkiem od dnia jej zawarcia lub w tracie Roku polisy ze skutkiem od dnia następnego po otrzymaniu zgłoszenia przez Towarzystwo. Wskazanie Partnera oznacza, że ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej będzie objęte zdarzenie dotyczące wyłącznie Partnera – również wówczas, gdy Ubezpieczony formalnie pozostaje lub będzie pozostawał na dzień zdarzenia w związku małżeńskim z inną osobą;
- 3) – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera, bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 4) – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek śmierci Współmałżonka albo Partnera;
- 5) – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek śmierci Współmałżonka albo Partnera;
- 6) – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
 - a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną oraz zawarta była umowa dodatkowa na wypadek śmierci Współmałżonka albo Partnera;
- 7) – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Współmałżonka albo Partnera.

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Współmałżonka albo Partnera.

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Roczniczy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym albo
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 61 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W, albo
 - 3) ukończył 61 lat i nie ukończył 68 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W9, albo
 - 4) ukończył 60 lat i nie ukończył 81 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym 60+.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 61 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 4) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 68 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W9, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 5) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 6) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od Roczniczy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz częstotliwości opłacania Składek, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 12 ust. 1 i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli śmierć Współmałżonka albo Partnera była konsekwencją:

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Współmałżonka albo Partnera w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) samobójstwa popełnionego przez Współmałżonka albo Partnera w okresie dwóch lat od daty zawarcia Umowy dodatkowej.

1. W okresie pierwszych 180 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność wyłącznie, jeżeli śmierć Współmałżonka albo Partnera była spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisy.
3. Ograniczenie odpowiedzialności z tytułu śmierci Partnera, o którym mowa w ust. 1, ma zastosowanie również w przypadku zmiany oświadczenia dotyczącego Partnera, zgodnie z § 2 pkt 2, i obowiązuje od dnia następnego po otrzymaniu zgłoszenia przez Towarzystwo.
4. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - 1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
 - 2) śmierć Współmałżonka albo Partnera nastąpiła po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

W przypadku śmierci Współmałżonka albo Partnera Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu śmierci Współmałżonka albo Partnera.

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię odpisu skróconego aktu zgonu Współmałżonka albo Partnera;
 - 3) kopię statystycznej karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci Współmałżonka albo Partnera.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 21 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 21 ust. 5 OWU.

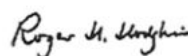
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek śmierci Współmałżonka albo Partnera w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
(kod GPR_ASDB_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 12	§ 11; § 12

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

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

- 1) – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Współmałżonka albo Partnera, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążeń, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 2) – osoba pozostająca w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, wskazana w pisemnym oświadczeniu, przy czym zmiany oświadczenia można dokonać raz na 12 miesięcy. Wskazanie Partnera możliwe jest w momencie zawarcia Umowy dodatkowej ze skutkiem od dnia jej zawarcia lub w tracie Roku polisy ze skutkiem od dnia następnego po otrzymaniu zgłoszenia przez Towarzystwo. Wskazanie Partnera oznacza, że ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej będzie objęte zdarzenie dotyczące wyłącznie Partnera – również wówczas, gdy Ubezpieczony formalnie pozostaje lub będzie pozostawał na dzień zdarzenia w związku małżeńskim z inną osobą;
- 3) – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 4) – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek śmierci Współmałżonka albo Partnera w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
- 5) – kwota określona w Dokumentacie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek śmierci Współmałżonka albo Partnera w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
- 6) – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Współmałżonka albo Partnera.

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Współmałżonka albo Partnera w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Rocznic polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym albo
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 61 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W, albo
 - 3) ukończył 61 lat i nie ukończył 68 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W9, albo
 - 4) ukończył 60 lat i nie ukończył 81 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym 60+.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 61 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 4) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 68 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W9, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 5) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 6) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od Rocznic polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

1. Towarzystwo ustala wysokość składek za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz częstotliwości opłacania Składek i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

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

- 4) pozostawania przez Współmałżonka albo Partnera pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Współmałżonka albo Partnera, próby samobójczej Współmałżonka albo Partnera, świadomego samookaleczenia Współmałżonka albo Partnera lub okaleczenia Współmałżonka albo Partnera na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Współmałżonka albo Partnera na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
- 6) prowadzenia przez Współmałżonka albo Partnera pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 7) uprawiania przez Współmałżonka albo Partnera niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Współmałżonka albo Partnera 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.

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

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

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię odpisu skróconego aktu zgonu Współmałżonka albo Partnera;
 - 3) kopię statystycznej karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci Współmałżonka albo Partnera;
 - 4) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 21 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 21 ust. 5 OWU.

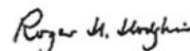
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek śmierci Współmałżonka albo Partnera w wyniku Wypadku komunikacyjnego
(kod GPR_ATSDB_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 12	§ 11; § 12

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

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

- 1) – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Współmałżonka albo Partnera, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 2) – osoba pozostająca w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, wskazana w pisemnym oświadczeniu, przy czym zmiany oświadczenia można dokonać raz na 12 miesięcy. Wskazanie Partnera możliwe jest w momencie zawarcia Umowy dodatkowej ze skutkiem od dnia jej zawarcia lub w tracie Roku polisy ze skutkiem od dnia następnego po otrzymaniu zgłoszenia przez Towarzystwo. Wskazanie Partnera oznacza, że ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej będzie objęte zdarzenie dotyczące wyłącznie Partnera – również wówczas, gdy Ubezpieczony formalnie pozostaje lub będzie pozostawał na dzień zdarzenia w związku małżeńskim z inną osobą;
- 3) – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera, bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 4) – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek śmierci Współmałżonka albo Partnera w wyniku Wypadku komunikacyjnego;
- 5) – kwota określona w Dokumentie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek śmierci Współmałżonka albo Partnera w wyniku Wypadku komunikacyjnego;
- 6) – pojazd silnikowy, którego konstrukcja umożliwia jazdę z prędkością przekraczającą 25 km/h, a także rower, pojazd szynowy, statek wodny rozumiany jako urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, w tym również prom, wodolot i poduszkiowiec oraz statek powietrzny, rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania powietrza innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem quadów, balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów osobowych. Pojęcia „pojazd”, „rower”, „droga”, „pieszy” oraz „kierowca” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym;
- 7) – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;

- 8) – Nieszczęśliwy wypadek, w którym Współmałżonek albo Partner uczestniczył jako pieszy lub kierowca, lub pasażer środka lokomocji i w którym uległ wypadkowi w związku z ruchem drogowym, wodnym lub powietrznym, a także w związku z ruchem pojazdu szynowego.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Współmałżonka albo Partnera.

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Współmałżonka albo Partnera w wyniku Wypadku komunikacyjnego.

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Roczniczy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym albo
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 61 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W, albo
 - 3) ukończył 61 lat i nie ukończył 68 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W9, albo
 - 4) ukończył 60 lat i nie ukończył 81 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym 60+.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 61 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 4) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 68 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W9, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 5) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 6) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od Roczniczy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz częstotliwości opłacania Składek i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki Wypadku komunikacyjnego, w wyniku którego nastąpiła śmierć Współmałżonka albo Partnera, jeżeli Wypadek komunikacyjny był konsekwencją:

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

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

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

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:

- 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię odpisu skróconego aktu zgonu Współmałżonka albo Partnera;
 - 3) kopię statystycznej karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci Współmałżonka albo Partnera;
 - 4) kopię protokołu powypadkowego (BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 21 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 21 ust. 5 OWU.

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.

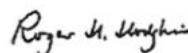
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera
w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
(kod GPR_SADISB5_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 12 ust. 1 i 3; Załącznik nr 1 do OWUD – Tabela uszczerbków na zdrowiu	§ 11; § 12 ust. 2, 3, 6-8

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSPÓŁMAŁŻONKA ALBO PARTNERA
W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

(KOD GPR_SADISB3_12.2021)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

- 1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Współmałżonka albo Partnera, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 2) **Partner** – osoba pozostająca w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, wskazana w pisemnym oświadczeniu, przy czym zmiany oświadczenia można dokonać raz na 12 miesięcy. Wskazanie Partnera możliwe jest w momencie zawarcia Umowy dodatkowej ze skutkiem od dnia jej zawarcia lub w trakcie Roku polisy ze skutkiem od dnia następnego po otrzymaniu zgłoszenia przez Towarzystwo. Wskazanie Partnera oznacza, że ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej będą objęte zdarzenia dotyczące wyłącznie Partnera – również wówczas, gdy Ubezpieczony formalnie pozostaje lub będzie pozostawał na dzień zdarzenia w związku małżeńskim z inną osobą;
- 3) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 4) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
- 5) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;

- 6) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej jego utracie lub upośledzeniu jego funkcji. Definicja obejmuje wyłącznie przypadki umieszczone w Tabeli uszczerbków na zdrowiu stanowiącej załącznik nr 1 do OWUD;
- 7) **Współmałżonek** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Współmałżonka albo Partnera.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Trwały uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera powstały w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania ze skutkiem od najbliższej Roczniczy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej, jeżeli Ubezpieczony w dniu zawarcia Umowy dodatkowej ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia.
2. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

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

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 3) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

§ 8

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

§ 9

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od Roczniczy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

Składka za Umowę dodatkową

§ 10

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz częstotliwości opłacania Składek i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczona jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 11

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

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

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

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 12

1. W przypadku Trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu 1 % Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera, ustalony zgodnie z Tabelą uszczerbków na zdrowiu stanowiącą załącznik nr 1 do OWUD.
2. Prawo do świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera w wyniku Nieszczęśliwego wypadku przysługuje maksymalnie za 100% Trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera spowodowanego jednym Nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) Trwały uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) do powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera doszło przed upływem 180 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem Współmałżonka albo Partnera a Trwałym uszczerbkiem na jego zdrowiu.
4. Oceny stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w § 13 ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Współmałżonka albo Partnera na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
5. Rodzaj wykonywanych przez Współmałżonka albo Partnera czynności i charakter jego pracy nie mają wpływu na ocenę stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
6. W przypadku powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym Nieszczęśliwym wypadkiem, a miało to wpływ na aktualny stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu, rodzaj i stopień (procent) Trwałego uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy, jako różnica upośledzenia danego narządu przed i po Nieszczęśliwym wypadku.
7. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie stanowi podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
8. W przypadku wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku powodującego Trwały uszczerbek na zdrowiu Współmałżonek albo Partner zobowiązany jest starać się o złagodzenie skutków Nieszczęśliwego wypadku poprzez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej oraz zaleconemu przez lekarzy leczeniu. Towarzystwo nie odpowiada za Trwały uszczerbek na zdrowiu będący konsekwencją braku działań, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

Wypłata świadczenia

§ 13

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony;
 - 3) kopię dokumentacji medycznej określającej rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 21 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 21 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 14

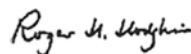
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Pobytu Współmałżonka albo Partnera w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
(kod GPR_ASDCHB_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 12 ust. 1, 2, 6	§ 11; § 12 ust. 3-5

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

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

- 1) – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Współmałżonka albo Partnera, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciężenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 2) – oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii będący wydzielonym oddziałem szpitalnym, posiadający stanowiska intensywnej terapii zaopatrzone w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie funkcji życiowych i wspomaganie czynności jednego lub kilku podstawowych układów organizmu, w szczególności oddychania, krążenia oraz ośrodkowego układu nerwowego, zapewniający przez 24 godziny na dobę opiekę lekarza specjalisty anestezjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki anestezjologicznej. W rozumieniu niniejszej definicji OIOM-em nie są wydzielone sale intensywnej nadzoru, istniejące w ramach innych oddziałów specjalistycznych;
- 3) – osoba pozostająca w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, wskazana w pisemnym oświadczeniu, przy czym zmiany oświadczenia można dokonać raz na 12 miesięcy. Wskazanie Partnera możliwe jest w momencie zawarcia Umowy dodatkowej ze skutkiem od dnia jej zawarcia lub w tracie Roku polisy ze skutkiem od dnia następnego po otrzymaniu zgłoszenia przez Towarzystwo. Wskazanie Partnera oznacza, że ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej będzie objęte zdarzenie dotyczące wyłącznie Partnera – również wówczas, gdy Ubezpieczony formalnie pozostaje lub będzie pozostawał na dzień zdarzenia w związku małżeńskim z inną osobą;
- 4) – odbywający się na zlecenie lekarza pobyt Współmałżonka albo Partnera w szpitalu, rozumianym jako zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń szpitalnych w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa, trwający nieprzerwanie co najmniej 2 kolejne dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia, spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem. Definicja obejmuje także pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym lub oddziale rehabilitacyjnym. Definicja obejmuje szpitale znajdujące się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz krajów Unii Europejskiej, a także krajów spoza Unii Europejskiej pod warunkiem dostarczenia dokumentacji medycznej przetłumaczonej na język angielski. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala. Jeżeli w czasie Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpił zgon, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu. W rozumieniu niniejszej definicji Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nie jest pobyt w:
 - a. placówkach leczenia odwykowego;

- b. zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności: szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach, prewentoriach;
 - c. hospicjach; zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych;
- 5) – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 6) – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Pobytu Współmałżonka albo Partnera w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
- 7) – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Pobytu Współmałżonka albo Partnera w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
- 8) – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Współmałżonka albo Partnera.

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

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania ze skutkiem od najbliższej Roczniczy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym albo
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 61 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W, albo
 - 3) ukończył 60 lat i nie ukończył 81 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym 60+.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 61 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od Roczniczy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz częstotliwości opłacania Składek i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
 2. Składka za Umowę dodatkową doliczona jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
 3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
-
1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Współmałżonka albo Partnera w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli jego konieczność była konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Współmałżonka albo Partnera w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Współmałżonka albo Partnera lub zaburzeń psychicznych Współmałżonka albo Partnera oraz ich skutków;
 - 3) nadużywania przez Współmałżonka albo Partnera alkoholu, alkoholizmu Współmałżonka albo Partnera, spożycia przez Współmałżonka albo Partnera alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 4) pozostawiania przez Współmałżonka albo Partnera pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Współmałżonka albo Partnera, próby samobójczej Współmałżonka albo Partnera, świadomego samookaleczenia Współmałżonka albo Partnera lub okaleczenia Współmałżonka albo Partnera na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Współmałżonka albo Partnera na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) prowadzenia przez Współmałżonka albo Partnera pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) uprawiania przez Współmałżonka albo Partnera niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Współmałżonka/Partnera w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych.
 2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Współmałżonka albo Partnera w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli miał on na celu:
 - 1) operację plastyczną lub kosmetyczną Współmałżonka albo Partnera, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) wykonywanie przez Współmałżonka albo Partnera rutynowych badań lekarskich lub badań diagnostycznych niewynikających z Nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych u Współmałżonka albo Partnera, z wyjątkiem rehabilitacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 4) poddanie się leczeniu dentyścycznemu przez Współmałżonka albo Partnera, z wyjątkiem leczenia dentyścycznego niezbędnego do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;a także, jeżeli Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku został zlecony Współmałżonkowi albo Partnerowi lub o którym postanowiono przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
-
1. W przypadku Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu:
 - 1) za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu – 1% oraz
 - 2) za każdy następny dzień tego pobytu – 0,5%,Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu rozpoczęcia Pobytu Współmałżonka albo Partnera w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
 2. W przypadku przebywania Współmałżonka albo Partnera na OIOM-ie podczas Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci, niezależnie od świadczenia wymienionego w ust. 1, świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Świadczenie to wypłacane jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
 3. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu Pobytu Współmałżonka albo Partnera w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
 4. Towarzystwo wypłaci świadczenie łącznie za nie więcej niż 180 dni Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w jednym Roku polisy.
 5. Jeżeli w tym samym dniu Współmałżonek albo Partner był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia, ten dzień uwzględnia się jeden raz.
 6. Zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Pobytu Współmałżonka albo Partnera w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku możliwe jest także w trakcie Pobytu Współmałżonka albo Partnera w szpitalu po 30 dniu tego pobytu. Zasadę tę stosuje się do każdego kolejnego 30-dniowego okresu Pobytu Współmałżonka albo Partnera w szpitalu.

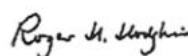
1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony;
 - 3) kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej Pobyt Współmałżonka albo Partnera w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) kopię zaświadczenia o trwającej hospitalizacji wystawionego przez lekarza prowadzącego, w przypadku gdy pobyt w szpitalu się nie zakończył.
 2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
 3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
 4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 21 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. § 21 ust. 5 OWU.
-
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
 2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek śmierci Dziecka (kod GPR_CDB_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 13	§ 11; § 12 ust. 1

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

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

- 1) – dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przez niego Przynależne, które urodziło się po 22 tygodniu trwania ciąży i które nie ukończyło 26 lat lub bez względu na wiek pod warunkiem, że jest niezdolne do samodzielnej egzystencji powstałej przed ukończeniem 26 roku życia;
- 2) – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli i stanu zdrowia Dziecka, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciężenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 3) – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Dziecka bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 4) – powstanie takiego stosunku między przysposabiającym a przysposobionym jak między rodzicem a dzieckiem, tj. przysposobienie pełne nierozwiązywalne/całkowite potwierdzone aktem urodzenia Dziecka, w którym przysposabiający występuje w roli rodzica Dziecka;
- 5) – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek śmierci Dziecka;
- 6) – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek śmierci Dziecka;
- 7) – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
 - a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną oraz zawarta była umowa dodatkowa na wypadek śmierci Dziecka.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Dziecka.

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Dziecka.

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania ze skutkiem od najbliższej Rocznic polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym albo
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 61 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 61 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od Rocznic polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz częstotliwości opłacania Składek, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 12 ust. 1 i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczona jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli śmierć Dziecka była konsekwencją:

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Dziecka w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) samobójstwa popełnionego przez Dziecko w pierwszym roku od daty zawarcia Umowy dodatkowej.

1. W okresie pierwszych 180 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu śmierci Dziecka wyłącznie, jeżeli śmierć nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisy.

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

W przypadku śmierci Dziecka w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu śmierci Dziecka.

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię odpisu skróconego aktu zgonu Dziecka;
 - 3) kopię statystycznej karty zgonu Dziecka lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę śmierci Dziecka.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 21 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. § 21 ust. 5 OWU.

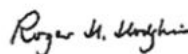
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek śmierci Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
(kod GPR_ACDB_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 12	§ 11; § 12

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

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

- 1) – dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przez niego Przysposobione, które urodziło się po 22 tygodniu trwania ciąży i które nie ukończyło 26 lat lub bez względu na wiek pod warunkiem, że jest niezdolne do samodzielnej egzystencji powstałej przed ukończeniem 26 roku życia;
- 2) – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli i stanu zdrowia Dziecka, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 3) – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Dziecka bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 4) – powstanie takiego stosunku między przysposabiającym a przysposobionym jak między rodzicem a dzieckiem, tj. przysposobienie pełne nierozwiązywalne/całkowite potwierdzone aktem urodzenia Dziecka, w którym przysposabiający występuje w roli rodzica Dziecka;
- 5) – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek śmierci Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
- 6) – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek śmierci Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Dziecka.

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania ze skutkiem od najbliższej Rocznic polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym albo
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 61 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 61 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od Rocznic polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz częstotliwości opłacania Składek i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczona jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek powodujący śmierć Dziecka nastąpił wskutek:

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

- 7) uprawiania przez Dziecko niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Dziecka w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę 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.

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

- 1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiła śmierć Dziecka, wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) śmierć Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 3) śmierć Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła przed upływem 210 dni od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
- 4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Dziecka.

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony;
 - 3) kopię odpisu skróconego aktu zgonu Dziecka;
 - 4) kopię statystycznej karty zgonu Dziecka lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę śmierci Dziecka.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 21 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. § 21 ust. 5 OWU.

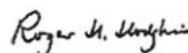
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek osierocenia Dziecka (kod GPR_ORB_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 13	§ 11; § 12 ust. 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek osierocenia Dziecka (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o osierocenie Dziecka.

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

- 1) – dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przez niego Przysposobione, które urodziło się po 22 tygodniu trwania ciąży i które nie ukończyło 26 lat lub bez względu na wiek pod warunkiem, że jest niezdolne do samodzielnej egzystencji powstałej przed ukończeniem 26 roku życia;
- 2) – powstanie takiego stosunku między przysposabiającym a przysposobionym jak między rodzicem a dzieckiem, tj. przysposobienie pełne nierozwiązywalne/całkowite potwierdzone aktem urodzenia Dziecka, w którym przysposabiający występuje w roli rodzica Dziecka;
- 3) – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek osierocenia Dziecka;
- 4) – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek osierocenia Dziecka.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego.

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Roczniczy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym albo
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 61 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 61 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od Rocznicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz częstotliwości opłacania Składek i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, 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 w okresie dwóch lat od daty zawarcia Umowy dodatkowej;
- 3) okoliczności, o których mowa w § 19 OWU.

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłaci każdemu Dziecku Ubezpieczonego świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu śmierci Ubezpieczonego.

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 3) kopię statystycznej karty zgonu Ubezpieczonego lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę śmierci;
 - 4) kopię odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka;
 - 5) w przypadku gdy Dziecko zostało Przyniesione – kopię dokumentacji potwierdzającej Przyniesienie Dziecka.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.

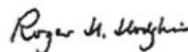
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
 4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 21 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. § 21 ust. 5 OWU.
-
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
 2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Poważnego zachorowania Dziecka (kod GPR_CDD_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 13 ust. 1 i 4	§ 11; § 12 ust. 1; § 13 ust. 2 i 3

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

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

- 1) – dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przez niego Przysposobione, które urodziło się po 22 tygodniu trwania ciąży i które nie ukończyło 26 lat lub bez względu na wiek pod warunkiem, że jest niezdolne do samodzielnej egzystencji powstałej przed ukończeniem 26 roku życia;
- 2) – jednostka chorobowa lub zabieg operacyjny:
 - a. – ostre zakażenie bakteryjne ośrodkowego układu nerwowego, powodujące zaburzenia jego funkcji. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego, wskazującym na obecność infekcji bakteryjnej oraz powstaniem trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przez co najmniej 3 miesiące od zachorowania;
 - b. – uszkodzenie tkanek czynnikami termicznymi, elektrycznymi lub chemicznymi, powodujące oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20 % powierzchni ciała. Jako kryterium pomiaru przyjmuje się tabelę powierzchni ciała Lunda i Browdera;
 - c. – przewlekła choroba metaboliczna o podłożu autoimmunologicznym, przebiegająca ze zniszczeniem komórek beta trzustki, wymagająca leczenia insuliną przez co najmniej 3 miesiące;
 - d. – histologicznie łagodny guz nowotworowy mózgu, nerwów czaszkowych lub opon, zlokalizowany wewnątrzczaszkowo, spełniający wszystkie poniższe warunki:
 - a) jego istnienie zagraża życiu;
 - b) wymaga usunięcia chirurgicznego, a w przypadku zaniechania operacji powoduje trwały ubytek neurologiczny;
 - c) jego istnienie zostało potwierdzone przez neurologa lub neurochirurga na podstawie wyniku badania magnetycznego rezonansu jądrowego, tomografii komputerowej lub innych badań wizualnych.Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są guzy przysadki mózgowej oraz naczyniaki;
 - e. – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do stosowania u Dziecka przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki;
 - f. – niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie zdrowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia poniższych trzech kryteriów:
 - a) pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne;

- b) posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem;
- c) rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności.

Definicja nie obejmuje:

- a) nowotworów łagodnych;
- b) nowotworów złośliwych o stopniu zaawansowania mniejszym niż I zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC;
- c) nowotworów skóry innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania większym niż IA zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC;
- d) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV;

- g. – końcowe stadium choroby wątroby charakteryzujące się istnieniem jednego z poniższych objawów:
 - a) trwała żółtaczka;
 - b) wodobrzusze;
 - c) encefalopatia wątrobowa;
 - d) żylaki przełyku;
 - e) zaburzenia krzepnięcia.

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

Definicja nie obejmuje:

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

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

- i. – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin, oceniany na nie więcej niż 7 stopni w Skali Glasgow (Glasgow Coma Scale), powodujący powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Definicja nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej, a także wynikających z użycia leków, alkoholu i innych substancji odurzających;

- j. – stan zapalny tkanki mózgowej (półkul mózgu, pnia mózgu lub mózdzku), spowodowany czynnikiem infekcyjnym, prowadzący do powstania trwałych ubytków neurologicznych, których istnienie może być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii po 6 miesiącach od początku zachorowania;

- 3) – powstanie takiego stosunku między przysposabiającym a przysposobionym jak między rodzicem a dzieckiem, tj. przysposobienie pełne nierozwiązywalne/całkowite potwierdzone aktem urodzenia Dziecka, w którym przysposabiający występuje w roli rodzica Dziecka;

- 4) – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Poważnego zachorowania Dziecka;

- 5) – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Poważnego zachorowania Dziecka;

- 6) – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:

- a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
- b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,

w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną oraz zawarta była umowa dodatkowa na wypadek Poważnego zachorowania Dziecka.

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Dziecka w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Poważnych zachorowań, zgodnych z definicjami określonymi w § 2 pkt. 2.

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania ze skutkiem od najbliższej Roczniczy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 67 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie indywidualnym albo
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym, albo
 - 3) ukończył 15 lat i nie ukończył 61 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 100 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie indywidualnym;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 4) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 61 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 5) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 6) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumentcie ubezpieczenia.

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od Rocznicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz częstotliwości opłacania Składek, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 12 ust. 1 i wskazuje ją w Dokumentcie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczona jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Poważne zachorowanie Dziecka jest konsekwencją:

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

w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem § 13 ust. 4.

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

1. W przypadku Poważnego zachorowania Dziecka Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka, aktualnej w dniu wystąpienia Poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. W przypadku wypłacenia świadczenia z tytułu danego Poważnego zachorowania Dziecka odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu tego Poważnego zachorowania Dziecka wygasa.
3. W przypadku wystąpienia kolejnego Poważnego zachorowania Dziecka świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli pomiędzy poszczególnymi Poważnymi zachorowaniami Dziecka zachodzi związek przyczynowo-skutkowy potwierdzony przez lekarza orzecznika.
4. Jeżeli stany chorobowe u Dziecka, których następstwem jest wystąpienie któregośkolwiek z Poważnych zachorowań, ujawniły się przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) stany chorobowe u Dziecka ujawniły się w okresie obejmowania ochroną z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego Poważnego zachorowania Dziecka;
 - 2) ochrona w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego Poważnego zachorowania Dziecka zakończyła się;
 - 3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego Poważnego zachorowania Dziecka a datą rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię aktu urodzenia Dziecka;
 - 3) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania Dziecka.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. W celu uznania zasadności roszczenia z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka Towarzystwo może skierować Dziecko na badania lekarskie. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem, a ich koszt pokrywa Towarzystwo.
5. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 21 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 21 ust. 5 OWU.

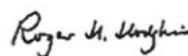
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
dotyczącego urodzenia Dziecka (kod GPR_CBB_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 12	§ 11 ust. 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego dotyczącego urodzenia Dziecka (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o urodzenie Dziecka.

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

- 1) – dziecko własne Ubezpieczonego, które urodziło się po 22 tygodniu trwania ciąży lub dziecko przez niego Przynależne, które nie ukończyło 18 roku życia;
- 2) – powstanie takiego stosunku między przysposabiającym a przysposobionym jak między rodzicem a dzieckiem, tj. przysposobienie pełne nierozwiązywalne/całkowite potwierdzone aktem urodzenia Dziecka, w którym przysposabiający występuje w roli rodzica Dziecka;
- 3) – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka;
- 4) – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia z tytułu urodzenia Dziecka;
- 5) – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
 - a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną oraz zawarta była umowa dodatkowa dotycząca urodzenia Dziecka.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Dziecka.

Zakres ubezpieczenia obejmuje urodzenie się żywego Dziecka Ubezpieczonego oraz Przynależenie Dziecka przez Ubezpieczonego.

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania ze skutkiem od najbliższej Rocznic polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym albo
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 61 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpiezonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpiezonego wyniesie 61 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od Rocznicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz częstotliwości opłacania Składek, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 11 ust. 1 i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczona jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli urodzenie Dziecka miało miejsce w okresie pierwszych 270 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej urodzenia Dziecka.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisy.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - 1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
 - 2) urodzenie Dziecka nastąpiło po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

1. W przypadku urodzenia żywego Dziecka w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu urodzenia Dziecka, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu urodzenia Dziecka.
2. W przypadku Przyniesienia Dziecka w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu urodzenia Dziecka Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej na dzień Przyniesienia Dziecka wskazany w akcie urodzenia lub orzeczeniu sądu opiekuńczego.

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka;
 - 3) w przypadku gdy Dziecko zostało Przyniesione – kopię dokumentacji potwierdzającej Przyniesienie Dziecka.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 21 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. § 21 ust. 5 OWU.

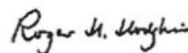
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
dotyczącego urodzenia martwego Dziecka (kod GPR_SCB_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 12	§ 11 ust. 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego dotyczącego urodzenia martwego Dziecka (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o urodzenie martwego Dziecka Ubezpieczonego.

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

- 1) – dziecko własne Ubezpieczonego, które urodziło się po 22 tygodniu trwania ciąży;
- 2) – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej urodzenia martwego Dziecka;
- 3) – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia z tytułu urodzenia martwego Dziecka Ubezpieczonego;
- 4) – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
 - a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną oraz zawarta była umowa dodatkowa dotycząca urodzenia martwego Dziecka.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Dziecka.

Zakres ubezpieczenia obejmuje urodzenie się martwego Dziecka.

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania ze skutkiem od najbliższej Roczniczy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej, jeżeli Ubezpieczony w dniu zawarcia Umowy dodatkowej ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia.
2. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 3) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od Rocznicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz częstotliwości opłacania Składek, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 11 ust. 1 i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczona jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli urodzenie martwego Dziecka miało miejsce w okresie pierwszych 270 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisy.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - 1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
 - 2) urodzenie martwego Dziecka miało miejsce po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

W przypadku urodzenia martwego Dziecka w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu urodzenia martwego Dziecka.

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię skróconego aktu urodzenia Dziecka z adnotacją, że Dziecko urodziło się martwe oraz kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej urodzenie martwego Dziecka.

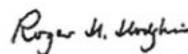
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
 3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
 4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 21 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. § 21 ust. 5 OWU.
-
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
 2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek śmierci Rodzica (kod GPR_PDBQ_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 12 ust. 1 i 2	§ 11 ust. 1; § 12 ust. 2 i 3

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

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

- 1) – żona ojca Ubezpieczonego, niebędąca biologiczną matką Ubezpieczonego, jak również wdowa po ojcu Ubezpieczonego, niebędąca biologiczną matką Ubezpieczonego, jeżeli nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;
- 2) – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli i stanu zdrowia Rodzica, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciężenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 3) – mąż matki Ubezpieczonego, niebędący biologicznym ojcem Ubezpieczonego, jak również wdowiec po matce Ubezpieczonego, niebędący biologicznym ojcem Ubezpieczonego, jeżeli nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
- 4) – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Rodzica bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 5) – ojciec albo matka (w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego) Ubezpieczonego, a także odpowiednio Macocha albo Ojczym Ubezpieczonego, jeżeli nie żyje ojciec albo matka Ubezpieczonego;
- 6) – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek śmierci Rodzica;
- 7) – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek śmierci Rodzica;
- 8) – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
 - a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną oraz zawarta była umowa dodatkowa na wypadek śmierci Rodzica.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Rodzica.

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

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Roczniczy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym albo
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 61 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W, albo
 - 3) ukończył 61 lat i nie ukończył 68 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W9.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumentcie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 61 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 4) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 68 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W9, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 5) wypłaty dwóch świadczeń z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 6) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 7) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej, potwierdzona jest w Dokumentcie ubezpieczenia.

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od Roczniczy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

1. Towarzystwo ustala wysokość składek za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz częstotliwości opłacania Składek, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 11 ust. 1 i wskazuje ją w Dokumentcie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
4. W przypadku, o którym mowa w § 7 ust. 1 pkt 3, Składka zostanie pomniejszona o wysokość Składki za Umowę dodatkową.

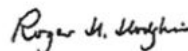
1. W okresie pierwszych 180 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność wyłącznie, jeżeli śmierć Rodzica spowodowana była Nieszczęśliwym wypadkiem.
 2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisy.
 3. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - 1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
 - 2) śmierć Rodzica nastąpiła po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.
-
1. W przypadku śmierci Rodzica w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu śmierci Rodzica.
 2. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyrna albo Macochy pod warunkiem, że odpowiednio biologiczny ojciec albo biologiczna matka Ubezpieczonego nie żyją i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci ojca albo matki.
 3. Towarzystwo wypłaci nie więcej niż dwa świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
-
1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie następujące dokumenty:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię odpisu skróconego aktu zgonu Rodzica.
 2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
 3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
 4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 21 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 21 ust. 5 OWU.
-
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
 2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek śmierci Teścia (kod GPR_PLDB_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 12 ust. 1 i 2	§ 11 ust. 1; § 12 ust. 2 i 3

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek śmierci Teścia (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych niezmiennych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o śmierć Teścia.

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

- 1) – żona ojca Współmałżonka albo Partnera, niebędąca biologiczną matką Współmałżonka albo Partnera, jak również wdowa po ojcu Współmałżonka albo Partnera, niebędąca biologiczną matką Współmałżonka albo Partnera, jeżeli nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;
- 2) – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Teścia, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciężenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 3) – mąż matki Współmałżonka albo Partnera, niebędący biologicznym ojcem Współmałżonka albo Partnera, jak również wdowiec po matce Współmałżonka albo Partnera, niebędący biologicznym ojcem Współmałżonka albo Partnera, jeżeli nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
- 4) – osoba pozostająca w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, wskazana w pisemnym oświadczeniu, przy czym zmiany oświadczenia można dokonać raz na 12 miesięcy. Wskazanie Partnera możliwe jest w momencie zawarcia Umowy dodatkowej ze skutkiem od dnia jej zawarcia lub w tracie Roku polisy ze skutkiem od dnia następnego po otrzymaniu zgłoszenia przez Towarzystwo. Wskazanie Partnera oznacza, że ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej będzie objęte zdarzenie dotyczące wyłącznie Partnera – również wówczas, gdy Ubezpieczony formalnie pozostaje lub będzie pozostawał na dzień zdarzenia w związku małżeńskim z inną osobą;
- 5) – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Teścia bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 6) – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek śmierci Teścia;
- 7) – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek śmierci Teścia;
- 8) – ojciec albo matka Współmałżonka albo Partnera w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także odpowiednio Macocha albo Ojczym Współmałżonka albo Partnera, jeżeli nie żyje ojciec albo matka Współmałżonka albo Partnera;
- 9) – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
 - a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej, w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną oraz zawarta była umowa dodatkowa na wypadek śmierci Teścia;
- 10) – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Teścia.

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

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Roczniczy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym albo
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 61 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 61 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 4) wypłaty dwóch świadczeń z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 5) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 6) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od Roczniczy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz częstotliwości opłacania Składek, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 11 ust. 1 i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
4. W przypadku, o którym mowa w § 7 ust. 1 pkt 3, Składka zostanie pomniejszona o wysokość Składki za Umowę dodatkową.

1. W okresie pierwszych 180 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność wyłącznie, jeżeli śmierć Teścia spowodowana była Nieszczęśliwym wypadkiem.

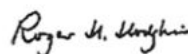
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisy.
 3. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - 1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
 - 2) śmierć Teścia nastąpiła po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.
-
1. W przypadku śmierci Teścia w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu śmierci Teścia.
 2. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyrna albo Macochy Współmałżonka albo Partnera, pod warunkiem, że odpowiednio biologiczny ojciec albo biologiczna matka Współmałżonka albo Partnera nie żyją i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci odpowiednio ojca albo matki Współmałżonka albo Partnera.
 3. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu nie więcej niż dwa świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
-
1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię odpisu skróconego aktu zgonu Teścia;
 - 3) kopię odpisu skróconego aktu małżeństwa w przypadku gdy roszczenie dotyczy śmierci rodzica Współmałżonka.
 2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
 3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
 4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 21 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 21 ust. 5 OWU.
-
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
 2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek śmierci Rodzica w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
(kod GPR_ACPDB_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 12 ust. 1 i 2	§ 11; § 12

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

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

- 1) – żona ojca Ubezpieczonego, niebędąca biologiczną matką Ubezpieczonego, jak również wdowa po ojcu Ubezpieczonego, niebędąca biologiczną matką Ubezpieczonego, jeżeli nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;
- 2) – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Rodzica, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciężenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 3) – mąż matki Ubezpieczonego, niebędący biologicznym ojcem Ubezpieczonego, jak również wdowiec po matce Ubezpieczonego, niebędący biologicznym ojcem Ubezpieczonego, jeżeli nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
- 4) – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Rodzica bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 5) – ojciec albo matka Ubezpieczonego w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także odpowiednio Macocha albo Ojczym Ubezpieczonego, jeżeli nie żyje ojciec albo matka Ubezpieczonego;
- 6) – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek śmierci Rodzica w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
- 7) – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek śmierci Rodzica w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Rodzica.

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

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Roczniczy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym albo
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 61 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 61 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 4) wypłaty dwóch świadczeń z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 5) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 6) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od Roczniczy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz częstotliwości opłacania Składek i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określoną w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
4. W przypadku, o którym mowa w § 7 ust. 1 pkt 3, Składka zostanie pomniejszona o wysokość Składki za Umowę dodatkową.

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

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Rodzica w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) niedorozwoju umysłowego Rodzica lub zaburzeń psychicznych Rodzica oraz ich skutków;
- 3) spożycia alkoholu przez Rodzica (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
- 4) pozostawiania przez Rodzica pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Rodzica, próby samobójczej Rodzica, świadomego samookaleczenia Rodzica lub okaleczenia Rodzica na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Rodzica na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;

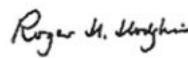
- 6) prowadzenia przez Rodzica pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) uprawiania przez Rodzica niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Rodzica w niebezpiecznych 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.
1. W przypadku śmierci Rodzica w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiła śmierć Rodzica, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) śmierć Rodzica w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) śmierć Rodzica w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 210 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem Rodzica a jego śmiercią.
 2. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyrna albo Macochy pod warunkiem, że odpowiednio biologiczny ojciec albo biologiczna matka Ubezpieczonego nie żyją i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci ojca albo matki.
 3. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu nie więcej niż dwa świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię odpisu skróconego aktu zgonu Rodzica;
 - 4) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony.
 - 3) kopię statystycznej karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci Rodzica.
 2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
 3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
 4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 21 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 21 ust. 5 OWU.
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
 2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek śmierci Teścia w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
(kod GPR_ACPLDB_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 12 ust. 1 i 2	§ 11; § 12

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

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

- 1) – żona ojca Współmałżonka albo Partnera, niebędąca biologiczną matką Współmałżonka albo Partnera, jak również wdowa po ojcu Współmałżonka albo Partnera, niebędąca biologiczną matką Współmałżonka albo Partnera, jeżeli nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;
- 2) – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Teścia, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciężenia, udaru mózgu, zawału serca oraz innych chorób, nawet występujących nagle;
- 3) – mąż matki Współmałżonka albo Partnera, niebędący biologicznym ojcem Współmałżonka albo Partnera, jak również wdowiec po matce Współmałżonka albo Partnera, niebędący biologicznym ojcem Współmałżonka albo Partnera, jeżeli nie wstąpił ponownie w związek małżeński;
- 4) – osoba pozostająca w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe, wskazana w pisemnym oświadczeniu, przy czym zmiany oświadczenia można dokonać raz na 12 miesięcy. Wskazanie Partnera możliwe jest w momencie zawarcia Umowy dodatkowej ze skutkiem od dnia jej zawarcia lub w tracie Roku polisy ze skutkiem od dnia następnego po otrzymaniu zgłoszenia przez Towarzystwo. Wskazanie Partnera oznacza, że ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej będzie objęte zdarzenie dotyczące wyłącznie Partnera – również wówczas, gdy Ubezpieczony formalnie pozostaje lub będzie pozostawał na dzień zdarzenia w związku małżeńskim z inną osobą;
- 5) – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Teścia bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- 6) – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek śmierci Teścia w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
- 7) – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek śmierci Teścia w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
- 8) – ojciec albo matka Współmałżonka albo Partnera w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a także odpowiednio Macocha albo Ojczym Współmałżonka albo Partnera, jeżeli nie żyje ojciec albo matka Współmałżonka albo Partnera;
- 9) – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Teścia.

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Teścia w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Roczniczy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym albo
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 61 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 61 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 4) wypłaty dwóch świadczeń z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 5) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 6) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od Roczniczy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz częstotliwości opłacania Składek i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
4. W przypadku, o którym mowa w § 7 ust. 1 pkt 3, Składka zostanie pomniejszona o wysokość Składki za Umowę dodatkową.

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

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

- 2) niedorozwoju umysłowego Teścia lub zaburzeń psychicznych Teścia oraz ich skutków;
- 3) spożycia alkoholu przez Teścia (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
- 4) pozostawiania przez Teścia pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Teścia, próby samobójczej Teścia, świadomego samookaleczenia Teścia lub okaleczenia Teścia na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Teścia na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
- 6) prowadzenia przez Teścia pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 7) uprawiania przez Teścia niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Teścia 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.

1. W przypadku śmierci Teścia w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiła śmierć Teścia, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) śmierć Teścia w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) śmierć Teścia w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 210 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem Teścia a jego śmiercią.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyrna albo Macochy pod warunkiem, że odpowiednio biologiczny ojciec albo biologiczna matka Współmałżonka albo Partnera nie żyją i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci ojca albo matki.
3. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu nie więcej niż dwa świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię odpisu skróconego aktu zgonu Teścia;
 - 3) kopię statystycznej karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci Teścia.
 - 4) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1, okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 21 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 21 ust. 5 OWU.

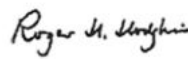
1. W sprawach nieregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego Assistance
(kod GPR_ASTV1_12.2021) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 5 ust. 1; § 11	§ 5 ust. 2; § 10; § 12 ust. 4; § 13 ust. 1 i 4

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

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

- 1) – telefoniczne centrum zgłoszeniowe czynne przez całą dobę, 365 dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej w zakresie usług pomocy medycznej (medycznego assistance) oraz niezwłocznie organizuje wykonanie wymaganej usługi (zwane dalej „Centrum Pomocy”). Numer telefonu Centrum Pomocy wskazany jest w Dokumencie ubezpieczenia;
- 2) – sprzęt przenośny do indywidualnego użytku w Miejscu zamieszkania Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, nieemitujący fal elektromagnetycznych, promieniowania cieplnego i niezasilany prądem elektrycznym;
- 3) – osoba pozostająca pod władzą rodzicielską Ubezpieczonego, która w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie przekroczyła 18 roku życia;
- 4) – dziedzina rehabilitacji, zajmująca się dolegliwościami i powikłaniami wynikającymi ze zmian w organizmie kobiety, jakie zachodzą w czasie ciąży i po porodzie;
- 5) – leczenie w Szpitalu trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny, licząc od momentu przyjęcia do Szpitala;
- 6) – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi dokumentami, do udzielania świadczeń medycznych, nie będąca członkiem najbliższej rodziny Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
- 7) – lekarz współpracujący z Centrum Pomocy (zwany dalej „Lekarz konsultant”);
- 8) – lekarz, pod opieką którego znajduje się Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
- 9) – wskazany przez Ubezpieczonego we wniosku o zawarcie Umowy adres zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 10) – stan chorobowy powstały w sposób nagły, wymagający natychmiastowej pomocy medycznej;
- 11) – opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną, polegająca na zapewnieniu niezbędnych warunków bytowych;
- 12) – osoba zamieszkująca w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego w momencie zajścia zdarzenia, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone wymaga stałej opieki i nie może samodzielnie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych;

- 13) – Ubezpieczony, Dziecko Ubezpieczonego, Współmałżonek Ubezpieczonego albo Partner Ubezpieczonego;
- 14) – osoba zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazana przez Ubezpieczonego, w momencie zgłoszenia zdarzenia do Centrum Pomocy, do sprawowania opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną. Wskazanie osoby do opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad wyżej wymienionymi osobami;
- 15) – osoba pozostająca w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe;
- 16) – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej Assistance;
- 17) – działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej – na terenie krajów Unii Europejskiej lub krajów Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu – o ile wynika to z zakresu usług realizowanych na podstawie niniejszej Umowy dodatkowej. W rozumieniu niniejszej definicji Szpitalem nie jest dom opieki, hospicjum, ośrodek sanatoryjny, rehabilitacyjny lub wypoczynkowy ani jakakolwiek placówka, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
- 18) – zorganizowanie przez Centrum Pomocy pomocy medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, o ile wynika to zakresu usługi opisanego w OWUD, opieki nad ludźmi, a także świadczenie usług informacyjnych w związku z zajściem Nieszczęśliwego wypadku, Nagłego zachorowania lub innego zdarzenia uprawniającego do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
- 19) – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;
- 20) – stanowiący własność Ubezpieczonego kot należący do ras domowych lub pies, z wyłączeniem ras uznanych za agresywne zgodnie z powszechnie obowiązującymi w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowymi przepisami prawa.

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

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

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Usługi medycznego assistance:

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

- b) transport Ubezpieczonego lub Osoby niesamodzielnej do Osoby wskazanej do opieki – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla Ubezpieczonego lub Osoby niesamodzielnej z jego Miejsca zamieszkania do Miejsca zamieszkania Osoby wskazanej do opieki;
 - c) transport opiekuna do opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla opiekuna z jego Miejsca zamieszkania do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego;
- 2) usługa realizowana w przypadku Nieszczęśliwego wypadku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
- a. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty dojazdu oraz honorarium za opiekę nad Zwierzętami domowymi jeżeli Ubezpieczony jest Hospitalizowany i z informacji otrzymanych od Lekarza prowadzącego wynika, iż okres ten będzie dłuższy niż 3 dni, a w miejscu jego zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej bez opieki pozostają Zwierzęta domowe. Centrum Pomocy zorganizuje świadczenie, do wyboru przez Ubezpieczonego:
 - a) opiekę nad Zwierzętami domowymi – zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki nad Zwierzętami domowymi w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego przez pierwsze 3 dni od Nieszczęśliwego wypadku polegającej na karmieniu (karmę zapewnia Ubezpieczony), wyprowadzaniu na spacer oraz utrzymaniu higieny psa lub kota lub transport do osoby wskazanej, lub transport do najbliższego schroniska dla zwierząt; opieka nie obejmuje leczenia weterynaryjnego;
 - b) transport Zwierząt domowych – zorganizowanie i pokrycie kosztów przewozu Zwierząt domowych do osoby wskazanej przez Ubezpieczonego lub do schroniska/hotelu dla zwierząt.Warunkiem wykonania świadczenia jest dostarczenie przez Ubezpieczonego lub osobę wskazaną aktualnej książeczki szczepień zwierzęcia;
- 3) usługi realizowane w przypadku urodzenia się Dziecka Ubezpieczonemu:
- a. wizyta położnej – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty dojazdu położnej do miejsca pobytu Ubezpieczonego i pokrywa koszty jej honorarium;
 - b. rehabilitacja po porodzie – jeżeli Ubezpieczony na skutek porodu wymaga rehabilitacji, zgodnie ze wskazaniem Lekarza, Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty serii wizyt specjalisty fizjoterapeuty:
 - a) konsultacja fizjoterapeutyczna dla kobiet po porożu (po upływie 6 tygodni od porodu) obejmuje: ocenę mięśni dna miednicy po porodzie, ocenę mięśnia prostego brzucha, ocenę rozejścia spojenia łonowego, ocenę posturalną, instruktaż w zakresie reaktywacji poporodowej mięśni dna miednicy oraz mięśni prostych brzucha;
 - b) konsultacja fizjoterapeutyczna dla kobiet po cesarskim cięciu (3 tygodnie po porodzie) obejmuje: wczesną ocenę blizny, instruktaż wczesnej pielęgnacji i mobilizacji blizny, ocenę posturalną;
- 4) usługa realizowana w przypadku Hospitalizacji Dziecka na skutek jego Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty pobytu opiekuna Dziecka w szpitalu lub hotelu przyszpitalnym za nie więcej niż 5 dób hotelowych;
- 5) usługa realizowana w trudnych sytuacjach losowych, takich jak zgon albo ciężka choroba Ubezpieczonego, Dziecka, Współmałżonka albo Partnera, Rodziców albo Teściów Ubezpieczonego – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszt wizyty Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance u psychologa w placówce medycznej lub koszt dojazdu psychologa do Miejsca zamieszkania oraz honorarium psychologa;
- 6) usługi realizowane na wniosek Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance:
- a. osobisty asystent – Centrum Pomocy organizuje wybrane świadczenie:
 - a) telefoniczna konsultacja z Lekarzem – Centrum Pomocy zapewni Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance całodobowy dostęp do infolinii medycznej polegający na telefonicznej rozmowie z Lekarzem konsultantem, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli ustnej informacji co do dalszego toku postępowania oraz telefoniczny dostęp do informacji o lekach, ich działaniu, interakcjach z innymi środkami, przeciwwskazaniach, dawkowaniu, ich zamiennikach;
 - b) organizacja wizyty u lekarza specjalisty – jeżeli Lekarz wysłany przez Centrum Pomocy zaleci wizytę u lekarza specjalisty, Centrum Pomocy zorganizuje wizytę w najbliższym możliwym terminie uzgodnionym z Osobą uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance. Koszt wizyty ponosi osoba wnioskująca o świadczenie;
 - c) osoba towarzysząca przy transporcie ze Szpitala do Szpitala – jeżeli Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance korzysta z świadczenia transportu ze Szpitala do Szpitala, opisanego w ust. 1 pkt 1 ppkt f ppkt b, Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszt transportu osoby towarzyszącej;
 - b. psycholog „na życzenie” – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszt wizyty u psychologa w placówce medycznej lub koszt dojazdu psychologa do Miejsca zamieszkania oraz jego honorarium, za maksymalnie 3 wizyty w Roku polisy;
 - c. Centrum Pomocy zapewni Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance możliwość rozmowy z lekarzem dyżurnym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance ustnej informacji co do dalszego postępowania. Informacje udzielone przez Lekarza konsultanta nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.
Porady udzielane na infolinii medycznej, o których mowa w ust. 1 pkt 6 ppkt a ppkt a oraz w ust. 1 pkt 6 ppkt c mają charakter wyłącznie informacyjny i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec uprawnionego Lekarza i Centrum Pomocy. Ponadto Centrum Pomocy udostępni Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance następujące informacje:
 - a) baza danych aptek na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów;
 - b) baza danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia;
 - c) baza danych placówek medycznych (lekarzy ogólnych, Szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance i rekomendowanych przez Lekarza konsultanta;
 - d) baza danych placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych);
 - e) baza danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - f) baza danych placówek opieki społecznej;
 - g) baza danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
 - h) działania, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia);

- i) informacja o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań;
 - j) informacja medyczna o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów);
 - k) informacja farmaceutyczna o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów;
 - l) informacje o zasadach zdrowego żywienia i dietach;
 - m) informacja o grupach wsparcia i telefonach zaufania w Polsce dla osób w trudnej sytuacji rodzinnej, samotnych matek, cierpiących na określone schorzenia lub dotkniętych narkomanią, alkoholizmem, nikotynizmem, przemocą domową, chorobą nowotworową, cukrzycą, otyłością, anoreksją, bulimią albo depresją;
 - n) informacja o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia;
 - o) informacja o uwarunkowaniach medycznych ciąży i innych zapytań dotyczących ciąży;
 - p) informacje dla młodych matek dotyczące pielęgnacji niemowląt;
 - q) informacje o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy;
 - r) instrukcja przygotowania do zabiegów i badań medycznych;
 - s) profilaktyka zachorowań na grype;
- 7) usługi realizowane w przypadku Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
- a. wizyta Lekarza – Centrum Pomocy organizuje wizytę lekarską w miejscu pobytu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, bądź organizuje wizytę u Lekarza w placówce medycznej, pokrywa koszty dojazdu i honorarium Lekarza;
 - b. wizyta pielęgniarki – Centrum Pomocy organizuje wizytę pielęgniarki w miejscu pobytu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, w okresie nie dłuższym niż 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez Lekarza konsultanta;
 - c. transport medyczny – Centrum Pomocy organizuje transport medyczny z miejsca zdarzenia lub pobytu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance do najbliższego Szpitala lub innej placówki medycznej wskazanej przez Lekarza konsultanta;
 - d. transport medyczny powrotny – Centrum Pomocy organizuje transport ze Szpitala lub innej placówki medycznej do miejsca pobytu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance odpowiednim, zalecanym przez Lekarza prowadzącego, środkiem transportu;
 - e. transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi – Centrum Pomocy organizuje transport ze Szpitala do Szpitala (jeśli placówka medyczna, w której przebywa Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance nie może zapewnić mu wymaganej opieki lub gdy skierowany on jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny) odpowiednim środkiem transportu zalecanym przez Lekarza prowadzącego;
 - f. przekazywanie informacji – jeżeli Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance jest Hospitalizowana, Centrum Pomocy zapewnia usługi informacyjne polegające na przekazaniu, na wyraźne życzenie Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, ważnych wiadomości jego rodzinie lub pracodawcy, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych i z zachowaniem poufności informacji medycznych.
- Koszt świadczeń, wymienionych w ust. 1 pkt 7 ppkt b-e, pokrywa osoba wnioskująca o świadczenie.
2. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje pomocy medycznej w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego.

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Roczniczy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie indywidualnym albo
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym, albo
 - 3) ukończył 15 lat i nie ukończył 61 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W, albo
 - 4) ukończył 61 lat i nie ukończył 68 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym W9, albo
 - 5) ukończył 60 lat i nie ukończył 81 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym 60+.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2 aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie indywidualnym;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;

- 4) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 61 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 5) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 68 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym W9, z zastrzeżeniem § 11 ust. 4 OWU;
 - 6) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 7) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od częstotliwości opłacania Składek i wskazuje ją w Dokumentacji ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

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

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

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

Usługi realizowane w przypadku Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	Wizyta Lekarza (honorarium i koszty za wizytę)	500,00 zł	
	Wizyta pielęgniarki	400,00 zł	
	Dostawa leków	500,00 zł	
	Transport medyczny z Miejsca zamieszkania do Szpitala, wyznaczonego przez Lekarza konsultanta		
	Transport medyczny ze Szpitala do Miejsca zamieszkania	2 000,00 zł	
	Transport medyczny ze Szpitala do Szpitala		
	Organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji	2 000,00 zł	
	Dostawa sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego	500,00 zł	
	Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu Drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego	2 000,00 zł	
	Pomoc domowa po Hospitalizacji	500,00 zł	
	Opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną		
	Transport opiekuna do opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną	500,00 zł	
	Usługi realizowane w przypadku Nieszczęśliwego wypadku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	Opieka nad Zwierzętami domowymi	Przez okres pierwszych 3 dni do wysokości kosztów
		Transport Zwierząt domowych	300,00 zł
Usługa realizowana w przypadku urodzenia Dziecka	Wizyta położnej	400,00 zł	
	Rehabilitacja po porodzie	800,00 zł	
Usługa realizowana w przypadku Hospitalizacji Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania	Organizacja i pokrycie kosztów pobytu opiekuna Dziecka w szpitalu lub hotelu przyszpitalnym	1 000,00 zł	
Usługa realizowana w trudnych sytuacjach losowych (zgon osoby bliskiej, poważne zachorowanie)	Wizyta psychologa	400,00 zł	
Usługi realizowane w przypadku Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	Wizyta Lekarza	150 EUR raz w trakcie Roku polisy	
	Wizyta pielęgniarki	Organizacja wizyty	
	Transport medyczny	Organizacja transportu	
	Transport medyczny powrotny	Organizacja transportu	
	Transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi	Organizacja transportu	
	Przekazywanie informacji	Usługa	
	Telefoniczna konsultacja z Lekarzem	Usługa	
	Organizacja wizyty u lekarza specjalisty	Usługa	
Inne usługi	Psycholog „na życzenie”	600,00 zł	
	Osoba towarzysząca przy transporcie ze Szpitala do Szpitala	Do limitu dla usługi Transportu medycznego ze Szpitala do Szpitala	
	Infolinia medyczna	Usługa	

- W przypadku zajścia Nieszczęśliwego wypadku, Nagłego zachorowania lub innych okoliczności uprawniających do świadczeń wymienionych w § 5, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance ma prawo do skorzystania z każdej wymienionej powyżej Usługi medycznego assistance bez limitu zdarzeń w Roku polisy, chyba że w opisie świadczenia w § 5 taki limit został wskazany.
- W przypadku zajścia zdarzenia uprawniającego do skorzystania z Usług medycznego assistance, wskazanych w § 5, Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance zobowiązana jest do telefonicznego skontaktowania się z Centrum Pomocy pod numerem telefonu podanym w Dokumencie ubezpieczenia. Połączenie z powyższym numerem następuje na koszt dzwoniącego.
- W trakcie kontaktu z Centrum Pomocy Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance powinna podać następujące dane:
 - imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - adres zamieszkania Ubezpieczonego;
 - numer PESEL Ubezpieczonego;

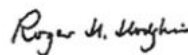
- 4) imię i nazwisko oraz numer PESEL Współmałżonka albo Partnera lub Dziecka, jeżeli tych osób dotyczy zgłoszenie;
 - 5) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - 6) numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym;
 - 7) inne informacje niezbędne pracownikowi Centrum Pomocy do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. W przypadku gdy podane telefonicznie informacje są niezgodne z danymi posiadanymi przez Centrum Pomocy i mogą nasuwać wątpliwości co do uprawnień Ubezpieczonego do korzystania z Usług medycznego assistance, Ubezpieczony na żądanie pracownika Centrum Pomocy zobowiązany jest okazać usługodawcy przybyłemu na miejsce zdarzenia dokument tożsamości ze zdjęciem pod rygorem niezrealizowania Usługi medycznego assistance.
 4. W przypadku odmowy udzielenia informacji, o których mowa w ust. 2 lub 3 lub braku współpracy z obsługą Centrum Pomocy, Centrum Pomocy może odmówić organizacji świadczeń.
-
1. Towarzystwo nie przewiduje refundacji za usługi niezorganizowane przez Centrum Pomocy, chyba że Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance przed zorganizowaniem usługi we własnym zakresie uzyskała telefonicznie taką zgodę od Centrum Pomocy.
 2. Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance powinna złożyć do Centrum Pomocy pisemny wniosek o refundację kosztów usług wraz z kopiami rachunków nie później niż w terminie 14 dni od ustania przeszkody w zawiadomieniu Centrum Pomocy.
 3. Centrum Pomocy przekazuje Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance decyzję w sprawie wniosku o refundację w terminie do 30 dni od daty jego otrzymania.
 4. Towarzystwo poprzez Centrum Pomocy refunduje koszty w wysokości, w jakiej byłyby poniesione, gdyby Usługa medycznego assistance była organizowana przez Centrum Pomocy, jednak nie wyższe niż potwierdzone przedłożonymi rachunkami.
 5. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości refundacji kosztów nie jest możliwe w terminie określonym w ust. 3, refundacja kosztów dokonywana jest w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsprawną część refundacji Centrum Pomocy wypłaca w terminie określonym w ust. 3.
-
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
 2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

Niniejszą tabelę stosuje się przy ocenie skutków Nieszczęśliwych wypadków u osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umów dodatkowych na wypadek: Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (wariant I oraz wariant II), Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu, Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku oraz Trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

1)	Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
	a. znaczne uszkodzenie powłok czaszki z rozległymi, ściągającymi bliznami – w zależności od rozmiaru	1-10
	b. oskalpowanie:	5-25
2)	Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (wgnębienia, szczeliny, fragmentacja) – zależnie od rozległości uszkodzeń	1-10
3)	Ubytek w kościach czaszki:	
	a. o średnicy poniżej 2,5 cm	1-7
	b. o średnicy powyżej 2,5 cm – w zależności od rozmiarów	8-25
Uwaga: Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), osobno oceniany jest stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości według poz. 2 lub 3, a osobno za uszkodzenia powłok czaszki według poz. 1.		
4)	Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 1, 2, 3 w postaci: nawracającego wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego, przewlekłego zapalenia kości, ropowicy podczepcowej leczonej operacyjnie, zakrzepicy powłok, przepukliny mózgowej – ocenia się dodatkowo – w zależności od rodzaju i stopnia powikłań	5-15
5)	Porażenie i niedowłady połowicze:	
	a. porażenie połowicze lub paraplegie (porażenia kończyn dolnych) uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0 – 1° wg Skali Lovette'a	100
	b. głęboki niedowład połowiczny lub parapareza 2° wg Skali Lovette'a	60-80
	c. średniego stopnia niedowład połowiczny lub parapareza kończyn dolnych 3° wg Skali Lovette'a	40-60
	d. niewielki lub dyskretny niedowład połowiczny lub niedowład kończyn dolnych 4° wg Skali Lovette'a, dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostateczności precyzji ruchów itp.	5-35
	e. monoparezy pochodzenia ośrodkowego:	
	– kończyna górna – wg skali Lovett'a	
	– prawa górna kończyna	
	0°	40
	1 – 2°	30-35
	3 – 4°	5-25
	– lewa górna kończyna	
	0°	30
	1 – 2°	20-25
	3 – 4°	5-15

A. Uszkodzenia głowy – ciąg dalszy	
– kończyna dolna (prawa i lewa) – wg skali Lovett'a	
0°	40
1 – 2°	30
3 – 4°	5-20
6) Zespoły pozapiramidowe:	
a. utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100
b. zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp.	40-80
c. zaznaczony zespół pozapiramidowy	10-30
7) Zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego:	
a. zaburzenia równowagi uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100
b. utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w stopniu znacznym	70-80
c. miernego stopnia utrudnienie chodu i sprawności ruchowej	30-60
d. dyskretnie wpływające na sposób chodu i niewielkie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	5-25
8) Padaczka:	
a. z licznymi napadami ze współistnieniem zaburzeń psychicznych, charakteropatii, otępienia wymagających opieki innej osoby	100
b. padaczka z zaburzeniami psychicznymi w zależności od ich nasilenia	30-70
c. padaczka bez zaburzeń psychicznych w zależności od częstości napadów	20-30
Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są obserwacje przez lekarza napadu, typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna bądź szpitalna.	
9) Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):	
a. otępienie lub ciężkie zaburzenia zachowania i emocji uniemożliwiające samodzielną egzystencję	100
b. encefalopatie ze zmianami charakterologicznymi w zależności od stopnia	50-70
Uwaga: Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym, zmiany w zapisie EEG. Encefalopatia powinna być potwierdzona badaniami dodatkowymi.	
10) Nerwice:	
a. utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym	2-10
b. utrwalona nerwica po ciężkim uszkodzeniu ciała – w zależności od stopnia zaburzeń	2-10
c. zespół cerebrasteniczny z utrwalonymi skargami subiektywnymi	5-30
11) Zaburzenia mowy:	
a. afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	80
b. afazja całkowita motoryczna	60
c. afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się	30-40
d. afazja nieznacznego stopnia	10-20
12) Zespoły podwzgórzowe, pourazowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego)	
a. znacznie upośledzające czynność ustroju	40-60
b. nieznacznie upośledzające czynność ustroju	20-30
13) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:	
a. nerwu okoruchowego:	
– w zakresie mięśni wewnętrznych oka – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-15
– w zakresie mięśni zewnętrznych oka – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-30
b. nerwu błoczkowego	3
c. nerwu odwodzącego – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-5
14) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20
15) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu twarzowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20
Uwaga: Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej oceniane jest według poz. 49.	
16) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowych i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego	5-50
17) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	3-15
18) Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20

19) Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki):											
a. oszpeczenia bez zaburzeń funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy											1-10
b. oszpeczenie z miernymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji											10-30
c. oszpeczenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowanie pokarmów, zaburzenia oddychania, mowy, ślinotok i zaburzenia funkcji powiek itp.) – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji											30-60
20) Uszkodzenia nosa:											
a. uszkodzenia nosa bez zaburzeń oddychania i powonienia – zależnie od rozległości uszkodzenia											1-10
b. uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania – zależnie od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania											5-20
c. uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia – w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu											10-25
d. utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszkowego											5
e. utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa)											30
Uwaga: Jeżeli uszkodzenie nosa wchodzi w zespół uszkodzeń objętych poz. 19, oceniane jest wówczas według pozycji 19.											
21) Utrata zębów:											
a. całkowita utrata zęba – za każdy ząb											1
b. częściowa utrata zęba – za każdy ząb											0,5
22) Utrata części szczęki lub żuchwy (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów) – staw rzekomy – zależnie od rozległości ubytków, stanu odżywiania i powikłań											15-30
23) Utrata szczęki (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów):											
a. szczęki											40
b. żuchwy											50
24) Złamania szczęki i/lub żuchwy wygojone z przemieszczeniem odłamów:											
a. bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zniekształcenia i rozwarcia szczęk											1-5
b. z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk											5-10
25) Ubytek podniebienia:											
a. z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń											10-30
b. z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń											25-40
26) Ubytki języka:											
a. bez zaburzeń mowy i połykania											1-3
b. z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń											5-15
c. z dużymi zaburzeniami mowy – w zależności od stopnia zaburzeń											15-40
d. całkowita utrata języka											50
27) a. Przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obojga oczu stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu określa się według następującej tabeli:											
Ostrość wzroku oka prawego	1,0 (10/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0
Ostrość wzroku oka lewego	Procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu										
1, 0 (10/10)	0	2, 5	5	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35
0, 9 (9/10)	2, 5	5	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35	40
0, 8 (8/10)	5	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35	40	45
0, 7 (7/10)	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35	40	45	50
0, 6 (6/10)	10	12, 5	15	20	25	30	35	40	45	50	55
0, 5 (5/10)	12, 5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
0, 4 (4/10)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
0, 3 (3/10)	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
0, 2 (2/10)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80
0, 1 (1/10)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90
0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100

C. Uszkodzenia narządu wzroku – ciąg dalszy

Uwaga: Ostrość wzroku określana jest po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.

b. Utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyłuszczeniem gałki ocznej	38		
28) Porażenie nastawności (akomodacji) – przy zastosowaniu szkieł poprawczych:			
a. jednego oka	15		
b. obu oczu	30		
29) Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:			
a. rozdarcie naczyńówki jednego oka			
b. zapalenie naczyńówki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego	wg tabeli z p.27a		
c. przedziurawienie plamki żółtej jednego oka			
d. zanik nerwu wzrokowego			
30) Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących:			
a. blizny rogówki lub twardówki (garbiak twardówki)			
b. zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki)	wg tabeli z p.27a		
c. ciało obce wewnątrzgałkowe, powodujące obniżenie ostrości wzroku			
31) Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.)	wg tabeli z p.27a		
32) Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się według poniżej podanej tabeli:			
Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepcie drugiego oka
60°	0	0	35%
50°	5%	15%	45%
40°	10%	25%	55%
30°	15%	50%	70%
20°	20%	80%	85%
10°	25%	90%	95%
poniżej 10°	35%	95%	100%
33) Połowicze niedowidzenia:			
a. dwuskroniowe	60		
b. dwunosowe	30		
c. jednoimienne	25		
d. jednoimienne górne	10		
e. jednoimienne dolne	40		
34) Utrata funkcji soczewki po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej, przy braku jednoczesnego pojedynczego widzenia obuocznego:			
a. w jednym oku	25		
b. w obu oczach	40		
35) Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczępieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej:			
a. w jednym oku	10		
b. w obu oczach	30		
36) Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie):			
a. w jednym oku	5-10		
b. w obu oczach	10-15		
37) Odwarstwienie siatkówki jednego oka	wg tabeli z p.27a oraz wg tabeli z p.32		
38) Jaskra – ogólny procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu	wg tabeli z p.27a oraz wg tabeli z p.32		
39) Wytrzeszcz tętniący – w zależności od stopnia	50-100		
40) Zaćma urazowa	wg tabeli z p.27a		
41) Przewlekłe zapalenie spojówek	1-10		

42) Przy upośledzeniu ostrości słuchu procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu określa się według niżej podanej tabeli: obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosena (w mod.).

Ucho prawe	0 – 25 dB	26 – 40 dB	41 – 70 dB	Pow. 70 dB
Ucho lewe	Procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu			
0 – 25 dB	0	5	10	20
26 – 40 dB	5	15	20	30
41 – 70 dB	10	20	30	40
Pow. 70 dB	20	30	40	50

Uwaga: Oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1.000 i 2.000 Hz.

43) Urazy małżowiny usznej:

a. utrata części małżowiny	1-5
b. zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia) w zależności od stopnia	5-10
c. utrata jednej małżowiny	15
d. utrata obu małżowin	25

44) Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego:

a. jednostronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu	wg tabeli z p. 42
b. obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu	

45) Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego:

a. jednostronne	1-5
b. obustronne	10

46) Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha – w zależności od stopnia powikłań:

a. jednostronne	5-15
b. obustronne	10-20

47) Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu

wg tabeli z p. 42

48) Uszkodzenie ucha wewnętrznego:

a. z uszkodzeniem części słuchowej	wg tabeli z p. 42
b. z uszkodzeniem części statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	20-50
c. z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	30-60

49) Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:

a. jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-40
b. dwustronne	20-60

50) Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji

1-10

51) Uszkodzenie lub zwężenie krtani pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej – w zależności od stopnia zwężenia

5-30

52) Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawiczej:

a. z zaburzeniami głosu – w zależności od stopnia	35-50
b. z bezgłosem	60

53) Uszkodzenie tchawicy – w zależności od stopnia jej zwężenia:

a. bez niewydolności oddechowej	1-20
b. z niewydolnością oddechową	20-45
c. z niewydolnością oddechowo–krążeniową	45-60

54) Uszkodzenie przełyku powodujące:

a. częściowe trudności w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	10-30
b. odżywianie tylko płynami	50
c. całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	80

55) Uszkodzenie tkanek miękkich (skóry i mięśni) szyi z ograniczeniem ruchomości szyi – w zależności od stopnia i ustawienia głowy:

a. niewielkiego stopnia	1-5
b. znacznego stopnia	15-30

Uwaga: Uszkodzenia tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego oceniane są według poz. 89.

56) Blizny powłok klatki piersiowej ograniczające ruchomość klatki piersiowej – w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości oddechowej klatki piersiowej:	
a. miernego stopnia	1-15
b. znacznego stopnia	15-30
57) Utrata gruczołu piersiowego (w części lub w całości):	
a. brodawki sutkowej częściowa lub całkowita	1-5
b. utrata sutka w zależności od wielkości ubytków i blizn:	
– częściowa	1-15
– całkowita	15-25
– z częścią mięśnia piersiowego	25-35
58) Uszkodzenie przynajmniej 2 żeber (złamanie itp.):	
a. z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia pojemności życiowej płuc	1-5
b. z obecnością zniekształceń i zmniejszenia pojemności życiowej płuc – w zależności od stopnia zmniejszenia pojemności życiowej	5-25
59) Złamanie mostka ze zniekształceniami	1-10
60) Zapalenie kości (przetoki) żeber lub mostka	1-20
61) Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):	
a. bez niewydolności oddechowej	5-10
b. z niewydolnością oddechową – w zależności od stopnia	20-40
Uwaga: Stopień uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej musi być potwierdzony badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim.	
62) Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc przetoki – w zależności od stopnia niewydolności oddechowej	20-80
Uwaga: Stopień uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej musi być potwierdzony badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim.	
63) Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a. z wydolnym układem krążenia	2-10
b. z objawami względnej wydolności układu krążenia	20-30
c. z objawami niewydolności krążenia – w zależności od stopnia niewydolności	40-90
Uwaga: Stopień uszkodzenia serca oceniany jest na podstawie badania radiologicznego i elektrokardiograficznego, echokardiografii, koronarografii.	
64) Przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia	20-40
65) Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, przetoki, blizny zaciągające) – w zależności od umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia powłok jamy brzusznej	1-30
Uwaga: Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). Przepukliny pachwinowe, pępkowe, itp. oraz wszystkie, które uwidoczniły się po wysiłku, dźwignięciu, gwałtownym ruchu, nie są uznawane za urazowe.	
66) Uszkodzenie żołądka, jelit i sieci:	
a. bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego i przy dostatecznym stanie odżywiania	2-10
b. z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – w zależności od stopnia zaburzeń stanu odżywiania	11-50
67) Przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny – w zależności od stopnia zanieczyszczania się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę:	
a. jelita cienkiego	30-80
b. jelita grubego	20-50
68) Przetoki okołoodbytnicze	15
69) Uszkodzenia zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
70) Wypadnięcie odbytnicy – w zależności od stopnia wypadnięcia	10-30
71) Utrata śledziony:	
a. bez większych zmian w obrazie krwi	15
b. ze zmianami w obrazie krwi lub/i ze zrostami otrzewnowymi	30

G. Uszkodzenie brzucha i ich następstwa – ciąg dalszy

72) Uszkodzenia wątroby, dróg żółciowych lub trzustki w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji:	
a. nieznacznego stopnia	5-10
b. znacznego stopnia	20-60
73) Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	10-25
74) Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	35
75) Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	40-75
76) Uszkodzenie moczowodu powodujące zawężenie jego światła	10-20
77) Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych	10-30
78) Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego – w zależności od stopnia stałego zanieczyszczenia się moczem	20-50
79) Zwężenie cewki moczowej:	
a. powodujące trudności w oddawaniu moczu	15
b. z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu	30-50
c. z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu z powikłaniami	50-60
80) Utrata prącia	40
81) Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia – w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzeń funkcji	1-30
82) Uszkodzenie lub utrata jednego jądra lub jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nieujętych w Tabeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji	1-20
83) Utrata obu jąder lub jajników	40
84) Wodniak jądra	10
85) Utrata macicy:	
a. w wieku do 45 lat	40
b. w wieku powyżej 45 lat	20
86) Uszkodzenie krocza powodujące całkowite wypadnięcie narządów rodnych:	
a. pochwy	10
b. pochwy i macicy	30
87) Nagłe zatrucie gazami oraz substancjami i produktami (z wyjątkiem zatruc pokarmowych):	
a. ze stwierdzoną utratą przytomności, lecz bez wtórnych powikłań	1-10
b. powodujące uszkodzenie układu krwiotwórczego i narządów wewnętrznych (rozedma, przewlekły nieżyt krtani, tchawicy i oskrzeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-25
Uwaga: Uszkodzenia układu nerwowego spowodowane nagłym zatruciem gazami oceniane są według odpowiednich pozycji dotyczących układu nerwowego.	
88) Nagłe zatrucie pokarmami powodujące trwałe uszkodzenie narządów mięszzowych przewodu pokarmowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-15
Uwaga: Uszkodzenia układu nerwowego wskutek nagłych zatruc pokarmowych oceniane są według odpowiednich pozycji dotyczących układu nerwowego.	
89) Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
a. z ograniczeniem ruchomości – bez trwałych zniekształceń kręgow	1-10
b. z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20 stopni – ze zniekształceniem miernego stopnia	10-35
c. z całkowitym zeszywnieniem z niekorzystnym ustawieniem głowy	35-50
90) Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym lub lędźwiowym:	
a. bez zniekształceń – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-10
b. ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości – w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchomości	10-25
c. znaczne ograniczenie ruchomości i zniekształcenie	25-40

J. Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa – ciąg dalszy			
91)	Izolowane uszkodzenia wyrostków poprzecznych, wyrostków ościstych – w zależności od ich liczby i zaburzeń funkcji (ograniczenie ruchomości)	1-10	
92)	Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgow, obecnością ciała obcego itp. ocenia się według poz. 89–91, zwiększając stopień uszczerbku na zdrowiu	+5-10	
93)	Uszkodzenia rdzenia kręgowego:		
a.	przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn	100	
b.	niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiając poruszanie się za pomocą dwóch lasek	60-70	
c.	niedowład kończyn dolnych umożliwiający poruszanie się o jednej lasce	30-40	
d.	porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrdzeniowym)	100	
e.	niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrdzeniowym)	60-70	
f.	niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrdzeniowym)	20-30	
g.	zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego)	20-40	
h.	zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów – w zależności od stopnia zaburzeń	5-30	
94)	Urazowe zespoły korzonkowe (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane) – w zależności od stopnia:		
a.	szyjne	1-20	
b.	piersiowe	1-10	
c.	lędźwiowo-krzyżowe	1-25	
d.	guziczne	1-5	
95)	Utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub rozerwania stawu krzyżowo-biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:		
a.	niewielkiego stopnia	1-10	
b.	dużego stopnia	10-35	
96)	Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno- lub wielomiejscowe, z obecnością zniekształceń i upośledzeniem chodu:		
a.	w odcinku przednim (kość łonowa, kulszowa)	1-15	
b.	w odcinku przednim i tylnym	15-45	
97)	Złamanie dna panewki – z obecnością upośledzenia funkcji stawu i zmianami zniekształcającymi:		
a.	zwichnięcie I° – nieznaczne zmiany	1-10	
b.	zwichnięcie II° – wyraźne zmiany	10-20	
c.	zwichnięcie III° – duże zmiany	20-35	
d.	zwichnięcie IV° – bardzo duże zmiany	35-45	
Uwaga: Uraz stawu biodrowego wygojony sztucznym stawem oceniany jest według stanu uszkodzenia przed operacją. Uszkodzenie sztucznego stawu oceniane jest według maksymalnego procentu minus uszczerbek stwierdzony przed założeniem sztucznego stawu.			
98)	Izolowane złamanie miednicy (talerz biodrowy, kolce biodrowe, guz kulszowy) – w zależności od zniekształcenia i zaburzeń funkcji	1-20	
Uwaga: Towarzyszące uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne oceniane są dodatkowo według pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.			
99)	Złamanie łopatki:		
a.	wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem z niewielkim zaburzeniem funkcji kończyny	1-5	1-5
b.	wygojone złamanie łopatki z przemieszczeniem i znacznym ograniczeniem funkcji kończyny w zależności od stopnia	5-40	5-30
Uwaga: Normy poz. 99 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.			
100)	Wadliwe wygojone złamanie obojczyka – w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchów		
a.	nieznaczne zmiany	1-10	1-5
b.	wyraźne zmiany	10-25	5-20
101)	Staw rzekomy obojczyka ograniczający ruchy kończyny		
a.	nieznaczne zmiany	1-10	1-5
b.	znaczne zmiany	10-25	5-20

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąż dalszy

102) Zwicnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego w zależności od ograniczenia ruchów i stopnia zniekształcenia:		
a. nieznaczne zmiany	1-10	1-5
b. znaczne zmiany	10-25	5-20
103) Uszkodzenie obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości i obecnością ciał obcych ocenia się według pozycji 100-102, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu		+ 5
Uwaga: Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych stosowane są oceny według pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny – w zależności od stopnia wypadnięcia funkcji.		
104) Przewlekłe zmiany stawu barkowego w zależności od stopnia ograniczenia funkcji, blizn powodujących upośledzenie funkcji kończyny, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń złamanej głowy, nasady bliższej kości ramiennej i innych zmian wtórnych:		
a. nieznacznego stopnia	1-10	1-5
b. średniego stopnia	10-20	5-15
c. dużego stopnia	20-30	15-25
105) Zastarzałe nieodprowadzone zwicnięcie stawu barkowego w zależności od upośledzenia zakresu ruchów i ustawienia kończyny	20-30	15-30
106) Nawykowe zwicnięcie barku potwierdzone zaświadczeniem lekarskim i RTG	25	20
107) Staw cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości w zależności od zaburzeń funkcji	25-40	20-35
Uwaga: Staw wiotki z powodu porażenia oceniany jest według norm neurologicznych.		
108) Zesztywnienie stawu barkowego:		
a. w ustawieniu częściowo korzystnym (w odwiedzeniu około 70°, antepozycja 35° i rotacja zewnętrzna około 25°) w zależności od ustawienia i funkcji	20-35	10-30
b. w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40	35
109) Bliznowaty przykurcz stawu barkowego w zależności od zaburzeń czynności stawu	1-15	1-10
110) Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 104-109, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji	+1-35	+1-25
111) Utrata kończyny w barku	75	70
112) Utrata kończyny wraz z łopatką	80	75
113) Złamanie kości ramiennej z obecnością zmian wtórnych i upośledzeniem funkcji kończyny:		
a. z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi	5-15	5-10
b. ze znacznym przemieszczeniem i skróceniem	15-30	10-25
c. złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi	30-55	25-50
114) Uszkodzenia mięśni, ścięgien i ich przyczepów w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:		
a. mięśnia dwugłowego	1-15	1-10
b. uszkodzenie innych mięśni ramienia	10-20	10-15
115) Utrata kończyny w obrębie ramienia:		
a. z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70	65
b. przy dłuższych kikutach	65	60
116) Przepukliny mięśniowe ramienia	1-3	1-3
117) Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej – z obecnością zaburzeń osi i ograniczeniem ruchów w stawie łokciowym:		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. średnie zmiany	5-15	5-10
c. duże zmiany	15-30	10-25
118) Zesztywnienie stawu łokciowego:		
a. w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia (75°-110°)	30	25
b. z brakiem ruchów obrotowych	35	30
c. w ustawieniu wyprostowanym lub zbliżonym (160°-180°)	50	45
119) Przykurcz w stawie łokciowym – w zależności od zakresu zgięcia, wyprostu i stopnia zachowania ruchów obrotowych przedramienia:		
a. przy niemożności zgięcia do 90°	10-30	5-25
b. przy możliwości zgięcia ponad kąt prosty	3-15	2-10
Uwaga: Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie stawu łokciowego oceniane są według pozycji 118-120.		

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąg dalszy		
120) Cepowy staw łokciowy – w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni	15-30	10-25
121) Uszkodzenie stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi itp. ocenia się według pozycji 117–120, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu	+5	+5
122) Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych:		
a. niewielkie zniekształcenia	1-5	1-4
b. średnie zniekształcenia	5-20	5-10
c. znaczne zniekształcenia, duże ograniczenia ruchów, zmiany wtórne (troficzne, krążeniowe i inne)	15-25	10-20
123) Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
a. niewielkie zniekształcenia	1-5	1-4
b. średnie zniekształcenia	5-20	5-15
c. duże zmiany, zmiany wtórne i inne	20-35	15-30
124) Uszkodzenia części miękkich przedramienia, skóry, mięśni ścięgien, naczyń – z trwałym uszkodzeniem i upośledzeniem funkcji, bliznami znacznie upośledzającymi funkcję kończyny górnej		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. znaczne zmiany	5-20	5-15
125) Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej z obecnością zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:		
a. średniego stopnia	10-20	10-15
b. dużego stopnia	20-35	15-30
126) Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia z obecnością zniekształceń, ubytkami kości, upośledzeniem funkcji i poważnych zmian wtórnych:		
a. średniego stopnia	10-25	10-20
b. dużego stopnia	25-40	20-35
127) Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, obecnością ciał obcych, ubytkiem tkanki kostnej i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 122-126, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-15	+1-15
128) Utrata kończyny w obrębie przedramienia – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprostowania	55-65	50-60
129) Utrata przedramienia w sąsiedztwie stawu nadgarstkowego	55	50
130) Ograniczenie ruchomości w obrębie nadgarstka w następstwie jego uszkodzeń (skręcenia, zwichnięcia, złamania kości nadgarstka, martwice aseptyczne tych kości) z obecnością zniekształceń, uszkodzenia funkcji, zmian troficznych, blizn powodujących upośledzenie funkcji dłoni:		
a. ograniczenie ruchomości	1-10	1-8
b. ograniczenie ruchomości dużego stopnia	10-20	8-15
c. ograniczenie ruchomości dużego stopnia z ustawieniem ręki czynnościowo niekorzystnym	20-30	15-25
131) Całkowite zeszywnienie w obrębie nadgarstka:		
a. w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców	15-30	10-25
b. w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców	25-45	20-40
132) Uszkodzenia nadgarstka powikłane głębokimi trwałymi troficznymi, przewlekłym i ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 130 i 131, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-10	+1-10
133) Utrata ręki na poziomie nadgarstka	55	50
134) Uszkodzenie śródreżca – części miękkich (skóry, mięśni, naczyń, nerwów) i kości, z obecnością blizn powodujących upośledzenie funkcji dłoni, trwałe zniekształcenia śródreżca, zaburzenia ruchomości		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. średnie zmiany	5-10	4-8
c. rozległe zmiany	10-20	8-18
135) Utraty w obrębie kciuka w zależności od rozmiaru ubytku, rodzaju blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych		
a. utrata opuszki	1-5	1-3
b. utrata paliczka paznokciowego	5-10	3-8

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąg dalszy		
c. utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego (do 2/3 długości paliczka)	10-15	8-10
d. utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródreżca	15-20	10-15
e. utrata obu paliczków z kością śródreżca	20-30	15-25
136) Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) – powodujące trwałe ograniczenie funkcji, blizny powodujące upośledzenie funkcji kciuka		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. średnie zmiany	5-15	4-13
c. znaczne zmiany	15-20	13-18
d. bardzo duże zmiany graniczące z utratą kciuka	20-25	18-23
e. rozległe zmiany graniczące z utratą pierwszej kości śródreżca	25-30	23-33
Uwaga: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka brane są pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.		
137) Utraty w obrębie palca wskazującego		
a. utrata opuszki	1-5	1-3
b. utrata paliczka paznokciowego	5-7	3-5
c. utrata paliczka paznokciowego z 1/3 dalszą paliczka środkowego	8	5
d. utrata paliczka paznokciowego i środkowego powyżej 1/3	8-12	5-10
e. utrata trzech paliczków	17	15
f. utrata palca wskazującego z kością śródreżca	17-23	15-20
138) Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego (uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne i czuciowe, blizny) powodujące nieodwracalne, istotne upośledzenie ruchomości palca		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. zmiany średniego stopnia	5-10	5-8
c. zmiany dużego stopnia	10-15	8-13
d. zmiany znacznego stopnia, graniczące z utratą wskaziciela (bezużyteczność palca)	17	15
139) Utrata całego paliczka lub części paliczka:		
a. palca trzeciego i czwartego – za każdy paliczek	3	2
b. palca piątego – za każdy paliczek	1	1
140) Utrata palców III, IV lub V z kością śródreżca	12	8
141) Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV, V powodujące uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienia, zmiany troficzne i czuciowe, blizny – w zależności od stopnia		
a. niewielkie ograniczenie funkcji palca	1-2	1
b. znaczne ograniczenie funkcji palca	2-4	1-3
c. bezużyteczność palca granicząca z utratą	7	5
Uwaga: Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena nie może być wyższa niż całkowita utrata tych palców i odpowiada stopniowi użyteczności ręki. Uszkodzenie obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie mogą przekraczać dla ręki prawej 55%, a dla lewej 50%.		
142) Utrata kończyny dolnej przy wyluszczeniu jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej		75-85
143) Przykurcze i ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich i w zależności od stopnia		
a. miernego stopnia		1-10
b. znacznego stopnia		10-25
144) Zeszywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:		
a. w ustawieniu czynnościowo korzystnym		15-35
b. w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym		30-60
145) Inne następstwa uszkodzeń stawu biodrowego (zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyki, złamania przezkrętarzowych i podkrętarzowych, złamania krętarzy itp.) – z ograniczeniem zakresu ruchów, przemieszczeniami, skróceniem, zniekształceniami i różnego rodzaju zmianami wtórnymi		

M. Uszkodzenie kończyny dolnej – ciąg dalszy	
a. ze zmianami miernego stopnia	2-20
b. ze zmianami dużego stopnia	20-40
c. z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowo-biodrowy, kolano itp.)	40-65
146) Przykurcze i zeszywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami, ciałami obcymi itp. oceniane są według pozycji 143-146, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań:	+5-15
Uwaga: Przy uszkodzeniach biodra powodujących następujące zmiany chorobowe: krwiopochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki oceniane jest istnienie związku przyczynowego między tymi schorzeniami a nieszczęśliwym wypadkiem.	
147) Złamanie kości udowej – z obecnością zniekształceń, skrócenia, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów w stawach:	
a. z nieznacznymi zmianami i skrócenie do 4 cm	1-15
b. z miernymi zmianami i skróceniem do 6 cm	15-30
c. ze skróceniem ponad 6 cm i ciężkimi zmianami	30-40
148) Staw rzekomy lub ubytki kości udowej uniemożliwiający obciążenie kończyny – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia i zaburzeń wtórnych	40-60
149) Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, przecięcia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) powodujące istotne zaburzenia funkcji:	
a. miernego stopnia	1-10
b. znacznego stopnia	10-20
150) Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe – w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych	1-30
151) Uszkodzenia uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, ciałami obcymi, skostnieniem pozaszkieletowym i zmianami neurologicznymi oceniane są według pozycji 147-150, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań	+1-10
152) Uszkodzenia uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się według pozycji 147–150, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu	+5-65
Uwaga: Łączny stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu ocenianego według pozycji 147–150 i 152 nie może przekroczyć 70%.	
153) Utrata kończyny – zależnie od długości kikuta i przydatności jego cech do oproteżowania	50-70
154) Złamanie nasad kości tworzących staw kolanowy i rzepki – z obecnością zniekształceń, szpotawości, koślawości, przykurczów, z ograniczeniem ruchomości, upośledzenia stabilności stawu, zaburzeń statyczno-dynamicznych kończyny i innych zmian:	
a. niewielkie zmiany	1-10
b. średnie zmiany	10-25
c. duże zmiany (zeszywnienia w niekorzystnym ustawieniu, brak stabilności stawu)	25-40
155) Trwałe ograniczenie ruchomości stawu kolanowego w następstwie uszkodzeń samego stawu (uszkodzenia więzadłowe, torebkowe, łąkotek, kości tworzących staw kolanowy itd.) w zależności od charakteru przykurczu i zakresu ubytku funkcji	
a. utrata ruchomości w zakresie 180°–140° za każde 2° ubytku ruchu	+1
b. utrata ruchomości w zakresie 140°–90° za każde 5° ubytku ruchu	+1
c. utrata ruchomości w zakresie 90°–30° za każde 10° ubytku ruchu	+1
Uwaga: Prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów przyjmuje się w granicach 0°-120°.	
156) Inne następstwa uszkodzeń kolana: skrócenie kończyny, zaburzenia osi, stawu (koślawość, szpotawość, ruchomość patologiczna), dolegliwości przewlekłe zapalne, zapalenia ropne, ciała obce, przetoki itp. w zależności od stopnia:	
a. niewielkie zmiany	1-10
b. duże zmiany	10-20
157) Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	65
158) Złamanie kości podudzia – w zależności od zniekształcenia, przemieszczenia, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:	
a. z nieznacznymi zmianami lub skróceniami do 4 cm	2-15
b. z dużymi wtórnymi zmianami lub ze skróceniem od 4 cm do 6 cm	15-25
c. ze skróceniem powyżej 6 cm lub bardzo rozległymi zmianami wtórnymi i z dodatkowymi powikłaniami w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	25-50

M. Uszkodzenie kończyny dolnej – ciąg dalszy	
159) Izolowane złamanie strzałki (oprócz kostki bocznej)	1-3
160) Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, uszkodzenia ścięgna Achillesa i innych ścięgien – z zaburzeniami czynnościowymi i zniekształceniami stopy, zależnie od rozległości uszkodzenia:	
a. niewielkie i średnie zmiany	1-10
b. znaczne zmiany	10-20
161) Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:	
a. przy długości kikuta do 8 cm mierząc od szpary stawowej	60
b. przy dłuższych kikutach	40-55
162) Trwałe ograniczenie ruchomości i zniekształcenia w stawach skokowych w następstwie skręcenia, zwknięcia, złamania kości tworzących staw, zranienia, ciał obcych, blizn powodujących trwałe upośledzenie funkcji stopy, w zależności od ich stopnia	
a. niewielkiego stopnia	1-5
b. średniego stopnia	5-10
c. dużego stopnia	10-25
d. powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami, martwicą, zmianami troficznymi i innymi	25-40
163) Zesztywnienie stawu skokowego – z obecnością zniekształceń, nieprawidłowym ustawieniem stopy, zmianami statycznie – dynamicznymi, w zależności od ustawienia stopy, zmian wtórnych i powikłań:	
a. pod kątem zbliżonym do prostego	5-20
b. w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych	20-30
c. w ustawieniach niekorzystnych z dużymi zmianami i powikłaniami	30-40
164) Złamania kości piętowej lub skokowej z przemieszczeniem, zniekształceniem i innymi zmianami wtórnymi:	
a. niewielkie zmiany	1-10
b. średnie zmiany	10-20
c. duże zmiany z częściową utratą kości	20-30
165) Utrata kości piętowej lub skokowej w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań	30-40
166) Uszkodzenia kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniami i innymi zmianami wtórnymi:	
a. miernego stopnia – zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych	1-10
b. znacznego stopnia lub innymi powikłaniami – zależnie od wielkości zaburzeń	10-20
167) Złamania kości śródstopia z przemieszczeniem, zniekształceniem stopy:	
a. złamania I lub V kości z wyraźnym przemieszczeniem – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych	1-15
b. złamania II, III lub IV kości śródstopia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych	1-10
c. złamanie trzech i więcej kości śródstopia – w zależności od zaburzeń czynnościowych	10-20
168) Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 167, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-10
169) Inne uszkodzenia stopy powodujące zniekształcenia i blizny powodujące upośledzenie funkcji stopy, w zależności od stopnia upośledzenia	
a. niewielkie zmiany	1-5
b. duże zmiany	5-15
170) Utrata stopy w całości	50
171) Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	40
172) Utrata stopy w stawie Lisfranka	35
173) Utrata stopy w obrębie kości śródstopia – zależnie od rozległości utraty przedstopia i cech kikuta	20-30
174) Utrata paliczka paznokciowego palucha	1-5
175) Utrata całego palucha	7
176) Utrata palucha wraz z kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	10-20
177) Utrata palców II–V w części lub całości – za każdy palec	2
178) Utrata V palca wraz z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia	5-10
179) Utrata palców II–IV z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia, za każdy palec	3-5
180) Inne uszkodzenia i zniekształcenia palców – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	1-5

181) Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:		
a. nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	5-15	5-15
b. nerwu piersiowego długiego	5-15	5-10
c. nerwu pachowego	10-25	10-20
d. nerwu mięśniowo-skórnego	10-25	5-20
e. nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	15-45	5-35
f. nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki od mięśnia trójgłowego ramienia	10-30	5-25
g. nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	5-25	5-15
h. nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	5-15	1-10
i. nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	10-40	5-30
j. nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka	5-25	5-15
k. nerwu łokciowego	10-30	5-20
l. splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	25-45	10-20
m. splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	25-45	20-40
n. pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1-15	1-15
o. nerwu zasłonowego	5-15	5-15
p. nerwu udowego	10-30	10-30
q. nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	10-20	10-20
r. nerwu sromowego wspólnego	5-25	5-25
s. nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	20-60	20-60
t. nerwu piszczelowego (normę w wysokości ponad 30% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	10-40	10-40
u. nerwu strzałkowego	10-20	10-20
v. splotu lędźwiowo-krzyżowego	40-70	40-70
w. pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	1-10	1-10
Uwaga: Według pozycji 181 oceniane są tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadkach współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych stosowana jest ocena według pozycji dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych.		
182) Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną – w zależności od stopnia zmian troficznych i nasilenia bólów	30-50	30-50

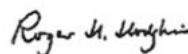
Niniejsza Tabela uszczerbków na zdrowiu została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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

1. Niniejszy katalog stosuje się dla osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Poważnej operacji oraz Umowy dodatkowej na wypadek Poważnej operacji Dziecka.
2. Wskazane w katalogu kategorie A,B,C,D i E określają % Sumy ubezpieczenia, jaki przysługuje z tytułu Poważnej operacji Ubezpieczonego i Poważnej operacji Dziecka, zgodnie z poniższym:
 - 1) kategoria A – 100% Sumy ubezpieczenia;
 - 2) kategoria B – 80% Sumy ubezpieczenia;
 - 3) kategoria C – 60% Sumy ubezpieczenia;
 - 4) kategoria D – 40% Sumy ubezpieczenia;
 - 5) kategoria E – 20% Sumy ubezpieczenia.

1)	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	A
2)	Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	B
3)	Stereotaktyczna abłacja tkanki mózgowej	D
4)	Drenaż zmiany w tkance mózgowej	B
5)	Neurostymulacja mózgu	B
6)	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	C
7)	Rewizja wentrykulostomii	C
8)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne na komorach mózgowych	C
9)	Zabiegi dotyczące przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	B
10)	Przeszczep nerwu czaszkowego (odcinek wewnątrzczaszkowy)	B
11)	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwów czaszkowych	A
12)	Pozaczaszkowe wycięcie nerwu błędnego	B
13)	Pozaczaszkowe wycięcie innego nerwu czaszkowego	B
14)	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego	C
15)	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	C
16)	Wewnątrzczaszkowe stereotaktyczne uwolnienie nerwu czaszkowego	B
17)	Neurostymulacja nerwu czaszkowego	C
18)	Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	B
19)	Operacja naprawcza opony twardej	A
20)	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	A
21)	Drenaż przestrzeni podoponowej	A
22)	Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	A
23)	Inne operacje rdzenia kręgowego	C
24)	Wycięcie zmiany opon rdzeniowych	D
25)	Operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych	C
26)	Wszczepienie neurostymulatora rdzenia kręgowego	D
27)	Wycięcie nerwu obwodowego	D
28)	Zniszczenie nerwu obwodowego	D
29)	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	D
30)	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	C
31)	Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	C
32)	Operacje naprawcze nerwu współczulnego	D

33)	Biopsja stereotaktyczna mózgu	D
34)	Kraniotomia z usunięciem krwaka śródmózgowego	B
35)	Kraniotomia z usunięciem krwaka nadwardówkowego	C
36)	Kraniotomia z usunięciem krwaka podwardówkowego	C
37)	Kraniotomia z usunięciem ciała obcego z czaszki	C
38)	Wycięcie zmiany w obrębie pnia mózgu	B
39)	Usunięcie zmiany w obrębie mózdzku	B
40)	Sympatektomia szyjna	C
41)	Sympatektomia lędźwiowa	D
42)	Całkowite wycięcie tarczycy (tyroidektomia)	D
43)	Częściowe wycięcie tarczycy (strumektomia)	E
44)	Operacje dotyczące nieprawidłowo umiejscowionej tkanki tarczycy	C
45)	Operacje dotyczące przewodu tarczowo-językowego	C
46)	Wycięcie przytarczyc(y)	D
47)	Wycięcie grasicy	D
48)	Torakoskopowe wycięcie grasicy	E
49)	Wycięcie nadnercza	C
50)	Obustronne wycięcie nadnerczy	B
51)	Operacje dotyczące nieprawidłowej tkanki nadnercza	C
52)	Inne operacje nadnercza	D
53)	Jednostronna całkowita amputacja sutka	D
54)	Obustronna całkowita amputacja sutka	C
55)	Częściowe usunięcie sutka (kwadrantektomia, BCT)	D
56)	Operacje rekonstrukcyjne sutka/sutków	D
57)	Operacje na przewodach mlekonosnych sutka	E
58)	Operacje brodawki sutkowej	E
59)	Wycięcie przysadki	C
60)	Zniszczenie przysadki	C
61)	Inne operacje przysadki	C
62)	Operacje szyszynki	B
63)	Wyopatroszenie oczodołu	B
64)	Usunięcie oka (gałki ocznej) – enukleacja	D
65)	Wycięcie zmiany w obrębie oczodołu	D
66)	Wszczepienie protezy oka	D
67)	Rewizja protezy oka	D
68)	Plastyczna operacja naprawcza oczodołu	C
69)	Dekompresja oczodołu/oczodołów	D
70)	Operacyjne zaopatrzenie pękniętej gałki ocznej	C
71)	Połączone operacje mięśni oka	C
72)	Cofnięcie mięśnia oka	D
73)	Wycięcie mięśnia oka	D
74)	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia oka	D
75)	Zeszycie rogówki	E
76)	Przeszczep rogówki	D
77)	Wycięcie zmiany w obrębie twardówki	D

78)	Operacje odklejającej się siatkówki z klamrowaniem	E
79)	Wycięcie tęczówki	D
80)	Wycięcie zmiany tęczówki	E
81)	Operacje filtrujące tęczówki	C
82)	Wycięcie ciała rzęskowego	D
83)	Wycięcie zmiany ciała rzęskowego	E
84)	Zewnątrztorebkowe wycięcie soczewki (metoda klasyczna, chirurgiczna)	D
85)	Wewnątrztorebkowe wycięcie soczewki (metoda klasyczna, chirurgiczna)	D
86)	Operacje ciała szklстого	C
87)	Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	E
88)	Zniszczenie zmiany siatkówki	D
89)	Korekta deformacji powieki	E
90)	Operacje gruczołu łzowego	E
91)	Zespolecie dróg łzowych z jamą nosową	E
92)	Wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego	B
93)	Operacja naprawcza wyrostka sutkowatego	D
94)	Całkowite wycięcie ucha zewnętrznego	D
95)	Operacje naprawcze błony bębenkowej	E
96)	Drenaż ucha środkowego	E
97)	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	B
98)	Wycięcie zmiany ucha środkowego	D
99)	Operacja aparatu przedsionkowego	C
100)	Operacja ślimaka	E
101)	Wszczepienie protezy ślimaka	D
102)	Amputacja (resekcja) nosa	C
103)	Operacje zatoki szczękowej z dostępu podwargowego (nieendoskopowe)	D
104)	Operacje (nieendoskopowe) zatoki czołowej	D
105)	Operacje (nieendoskopowe) zatoki klinowej	D
106)	Operacje (nieendoskopowe) komórek sitowych	D
107)	Operacje (nieendoskopowe) niewyszczególnionej zatoki przynosowej	E
108)	Wycięcie gardła	B
109)	Wycięcie zmiany gardła	E
110)	Operacje naprawcze gardła	C
111)	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe gardła	E
112)	Wycięcie krtani	C
113)	Wycięcie częściowe krtani	D
114)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie krtani	D
115)	Odtworzenie krtani	B
116)	Endoskopowe zabiegi mikroterapeutyczne w obrębie krtani	E
117)	Przeszczep krtani	A
118)	Wycięcie strun głosowych	C
119)	Częściowe wycięcie tchawicy	A
120)	Operacje plastyczne tchawicy	C
121)	Operacja przetoki tchawicy	C
122)	Otwarta implantacja protezy tchawicy	C

123)	Wyłonienie tchawicy (tracheostomia z wyłączeniem czasowej tracheostomii)	D
124)	Otwarte operacje ostrogi tchawicy	C
125)	Częściowe wycięcie oskrzela	C
126)	Całkowite wycięcie oskrzela	B
127)	Endofiberoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dolnych dróg oddechowych	E
128)	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w obrębie dolnych dróg oddechowych z użyciem bronchoskopu	E
129)	Przeszczep płuca	A
130)	Całkowite wycięcie płuca	B
131)	Usunięcie części płuca	D
132)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie płuca	B
133)	Otwarte operacje śródpiersia	D
134)	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu	E
135)	Wycięcie języka	C
136)	Wycięcie zmiany w obrębie języka	E
137)	Wycięcie zmiany w obrębie podniebienia miękkiego	E
138)	Wycięcie zmiany w obrębie podniebienia twardego	E
139)	Korekcja zniekształcenia podniebienia	D
140)	Wycięcie zmiany w obrębie innych części jamy ustnej	E
141)	Odtworzenie innej części jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	D
142)	Wycięcie ślinianki	D
143)	Wycięcie zmiany w obrębie ślinianki	E
144)	Przemieszczenie przewodu ślinianki (przeszczepienie ujścia przewodu ślinianki)	D
145)	Otwarte usunięcie kamienia z przewodu ślinianki	E
146)	Podwiązanie przewodu ślinianki	E
147)	Poszerzenie przewodu ślinianki	E
148)	Zamknięcie przetoki ślinowej	E
149)	Wycięcie jęczyzka	E
150)	Wycięcie przełyku i żołądka	A
151)	Całkowite wycięcie przełyku	A
152)	Częściowe wycięcie przełyku	C
153)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie przełyku	C
154)	Zespolenie omijające przełyku	B
155)	Rewizja zespolenia przełykowego	C
156)	Operacja naprawcza przełyku	C
157)	Wytworzenie przetoki przełykowej	C
158)	Nacięcie przełyku	E
159)	Otwarte operacje żylaków przełyku	C
160)	Otwarta implantacja protezy przełyku	C
161)	Wytworzenie sztucznego przełyku	C
162)	Fibroendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie przełyku	E
163)	Usunięcie zmiany w obrębie przełyku przy użyciu sztywnego endoskopu	E
164)	Operacja antyrefluksowa przełyku	D
165)	Całkowite wycięcie żołądka	A
166)	Częściowe wycięcie żołądka	B
167)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie żołądka	C

168)	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	C
169)	Zespolenie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym	C
170)	Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii)	C
171)	Operacje wrzodu żołądka	C
172)	Nacięcie odźwiernika	D
173)	Zszycie pękniętej ściany żołądka	E
174)	Fiberoendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego	E
175)	Wycięcie dwunastnicy	C
176)	Otwarte usunięcie zmiany w obrębie dwunastnicy	B
177)	Zespolenie omijające dwunastnicę	C
178)	Operacje wrzodu dwunastnicy	C
179)	Zszycie pękniętej ściany dwunastnicy	E
180)	Wagotomia choroby wrzodowej	D
181)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dwunastnicy	E
182)	Wycięcie jelita czczego	C
183)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita czczego	C
184)	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomii)	C
185)	Zespolenie omijające jelito czcze	C
186)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita czczego	E
187)	Wycięcie jelita krętego	C
188)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita krętego	C
189)	Zespolenie omijające jelito kręte	C
190)	Rewizja zespolenia jelita krętego	C
191)	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)	C
192)	Rewizja przetoki jelita krętego (ileostomii)	C
193)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita krętego	E
194)	Zszycie rozerwanego jelita cienkiego	E
195)	Operacje przepukliny przeponowej	C
196)	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	A
197)	Całkowite wycięcie okrężnicy	B
198)	Usunięcie części okrężnicy	D
199)	Wycięcie odbytnicy	B
200)	Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	D
201)	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	E
202)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie okrężnicy	C
203)	Zespolenie omijające okrężnicę	C
204)	Wyłonienie kątnicy (cekostomia)	C
205)	Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu	C
206)	Mnogie resekcje segmentalne jelita grubego	C
207)	Zszycie rozerwanego jelita grubego	E
208)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie odbytnicy	C
209)	Ufiksowanie odbytnicy z powodu jej wypadania	D
210)	Przezwieraczowe operacje odbytnicy	D
211)	Operacje z powodu wypadania odbytnicy z dostępu przez krocze	C
212)	Usunięcie odbytu	B
213)	Operacja naprawcza odbytu	E

214)	Wycięcie prawej połowy okrężnicy	B
215)	Wycięcie poprzecznicy	B
216)	Wycięcie lewej połowy okrężnicy	B
217)	Wycięcie esicy	B
218)	Przeszczep mięśnia smukłego	E
219)	Przeszczep wątroby	A
220)	Całkowite usunięcie wątroby	B
221)	Częściowe otwarte wycięcie wątroby	D
222)	Usunięcie zmiany wątroby	E
223)	Operacja naprawcza wątroby	B
224)	Zabiegi terapeutyczne w obrębie wątroby przy użyciu laparoskopu	E
225)	Transluminalne (śródnacyniowe) zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby	D
226)	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	E
227)	Cholecystostomia	E
228)	Przeziębne zabiegi terapeutyczne dotyczące pęcherzyka żółciowego	E
229)	Wycięcie przewodu żółciowego	C
230)	Wycięcie zmiany w obrębie przewodu żółciowego	C
231)	Zespolenie przewodu wątrobowego	C
232)	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	C
233)	Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego	C
234)	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	C
235)	Operacje zwieracza Oddiego metodą otwartą	E
236)	Endoskopowe wsteczne protezowanie dróg trzustkowych	E
237)	Wycięcie brodawki Vatera	D
238)	Przeziębna rewizja zespolenia dróg żółciowych	D
239)	Przeziębna implantacja protezy dróg żółciowych	D
240)	Zabiegi terapeutyczne w obrębie dróg żółciowych z dostępu przez dren T	D
241)	Przeszczep trzustki	A
242)	Całkowite wycięcie trzustki	B
243)	Jednoczasowe wycięcie trzustki i dwunastnicy (operacja Whipple'a)	A
244)	Wycięcie głowy trzustki	B
245)	Wycięcie zmiany w obrębie trzustki	D
246)	Zespolenie przewodu trzustkowego	B
247)	Otwarty drenaż zmiany w obrębie trzustki	C
248)	Przeziębne zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki	E
249)	Całkowite wycięcie śledziony	D
250)	Wycięcie zmiany w obrębie śledziony	E
251)	Przeszczep serca i płuc	A
252)	Przeszczep serca	A
253)	Zamknięcie kanału przedsionkowo-komorowego	A
254)	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej	B
255)	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzykomorowej	B
256)	Zamknięcie ubytku w nieokreślonej przegrodzie serca	C
257)	Operacje przegrody serca wykonywane bez otwierania serca	B
258)	Zabiegi terapeutyczne dotyczące przegrody serca wykonywane od strony jam serca	B

259)	Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem wstawki z zastawką	A
260)	Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem innej wstawki	A
261)	Plastyka przedsionka serca	A
262)	Walwuloplastyka mitralna	C
263)	Walwuloplastyka aortalna	C
264)	Plastyka zastawki trójdzielnej	C
265)	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	C
266)	Plastyka nieokreślonej zastawki serca	C
267)	Rewizja plastyki zastawki serca	C
268)	Otwarta walwulotomia	A
269)	Zamknięta walwulotomia	B
270)	Zabiegi terapeutyczne dotyczące zastawki serca z dostępu od strony światła serca	B
271)	Usunięcie zwężenia w obrębie struktur towarzyszących zastawce serca	B
272)	Pomostowanie aortalno-wieńcowe z użyciem własnego naczynia	C
273)	Pomostowanie aortalno-wieńcowe z użyciem obcej tkanki (allograficzne)	C
274)	Pomostowanie tętnicy wieńcowej z użyciem protezy naczyniowej	C
275)	Pomostowanie tętnicy piersiowa wewnętrzna-tętnica wieńcowa	C
276)	Operacja naprawcza tętnicy wieńcowej	C
277)	Operacja tętniaka tętnicy wieńcowej	C
278)	Przezskórna angioplastyka wieńcowa	D
279)	Otwarte zabiegi operacyjne dotyczące układu bódźcoprzewodzącego serca	A
280)	Wycięcie osierdzia	A
281)	Drenaż osierdzia	B
282)	Przecięcie osierdzia	E
283)	Operacje złożonych wad wielkich naczyń serca wykonywane przy otwartym sercu	A
284)	Operacja przetrwałego przewodu tętniczego wykonywana przy otwartym sercu	A
285)	Operacje mięśni brodawkowatych serca	C
286)	Operacje nici ścięgnistych serca	C
287)	Operacje beleczek mięśniowych serca	D
288)	Wycięcie tętniaka serca	B
289)	Wszczepienie sztucznego serca	A
290)	Wytworzenie zespolenia naczyniowego tętnicy płucnej z aortą z użyciem wstawki naczyniowej	A
291)	Wytworzenie połączenia naczyniowego tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową z użyciem protezy naczyniowej	A
292)	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	A
293)	Zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej wykonywane od strony światła naczynia	B
294)	Nieanatomiczne pomostowanie aorty	A
295)	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty wykonywana z nagłych wskazań	A
296)	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty wykonywana z innych wskazań	B
297)	Rewizja protezy aortalnej	B
298)	Plastyczna operacja naprawcza aorty	B
299)	Zabiegi operacyjne aorty wykonywane od strony światła aorty	B
300)	Operacja naprawcza tętnicy szyjnej	A
301)	Zabiegi operacyjne tętnicy szyjnej wykonywane od strony światła tętnicy szyjnej	B
302)	Operacje tętniaka tętnicy mózgowej	A
303)	Zabiegi operacyjne tętnicy mózgowej wykonywane od strony światła tętnicy mózgowej	B
304)	Odtworzenie tętnicy podobojczykowej	A

305)	Zabiegi operacyjne tętnicy podobojczykowej wykonywane od strony światła tętnicy podobojczykowej	C
306)	Endarterektomia tętnicy kończyn górnych	D
307)	Odtworzenie tętnicy nerkowej	A
308)	Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej wykonywane od strony światła tętnicy nerkowej	C
309)	Odtworzenie innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	A
310)	Zabiegi operacyjne innych gałęzi aorty brzusznej wykonywane od strony światła tych naczyń	B
311)	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z nagłych wskazań	A
312)	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z innych wskazań	B
313)	Odtworzenie tętnicy biodrowej	A
314)	Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane od strony światła tętnicy biodrowej	C
315)	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z nagłych wskazań	B
316)	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z innych wskazań	C
317)	Odtworzenie tętnicy udowej	B
318)	Zabiegi operacyjne tętnicy udowej wykonywane od strony światła tętnicy udowej	D
319)	Endarterektomia tętnicy kończyn dolnych	D
320)	Rewizja odtworzonej tętnicy	C
321)	Operacje na żyłę główną	D
322)	Operacje w układzie żyły wrotnej	D
323)	Otwarte usunięcie skrzepliny z żyły	E
324)	Przeszczep nerki	A
325)	Całkowite wycięcie nerki	B
326)	Obustronne jednoczasowe wycięcie nerek	A
327)	Częściowe wycięcie nerki	D
328)	Wycięcie zmiany w nerce	D
329)	Otwarta naprawcza operacja nerki	C
330)	Umocowanie lub podwieszenie nerki nadmiernie ruchomej	D
331)	Nacięcie nerki	E
332)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące kamieni nerkowych	E
333)	Zabiegi terapeutyczne w obrębie nerek z dostępu przez nefrostomię	E
334)	Wycięcie moczowodu	C
335)	Częściowe wycięcie moczowodu	E
336)	Odprowadzenie moczu przez przetokę	E
337)	Ponowne wszczepienie moczowodu	C
338)	Operacja naprawcza moczowodu	D
339)	Protezowanie moczowodu	E
340)	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą nefroskopii	E
341)	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	E
342)	Operacje ujścia moczowodu	D
343)	Umocowanie moczowodu	E
344)	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	B
345)	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	C
346)	Powiększenie pęcherza moczowego	B
347)	Endoskopowe powiększenie pęcherza	D
348)	Otwarty drenaż pęcherza moczowego	D
349)	Wycięcie zmiany pęcherza moczowego metodą endoskopową	E
350)	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu przezpochwowego	D

351)	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu brzuszego	D
352)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego	E
353)	Otwarte wycięcie gruczołu krokowego	C
354)	Endoskopowe wycięcie gruczołu krokowego	E
355)	Nacięcie i opróżnienie ropnia stercza	E
356)	Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego	E
357)	Wycięcie cewki moczowej	C
358)	Operacja naprawcza cewki moczowej	D
359)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	E
360)	Operacje ujścia cewki moczowej	E
361)	Wszczepienie elektronicznego stymulatora pęcherza moczowego	E
262)	Operacyjne leczenie nietrzymania moczu	D
363)	Usunięcie kamienia z układu moczowego	E
364)	Wycięcie moszny	D
365)	Obustronne wycięcie jąder	C
366)	Jednostronne wycięcie jądra	E
367)	Wycięcie zmiany w obrębie jądra	E
368)	Obustronna implantacja jąder do moszny	C
369)	Obustronne sprowadzenie jąder	E
370)	Proteza jądra	D
371)	Operacja wodniaka jądra	E
372)	Wycięcie najądrza	E
373)	Operacje najądrza	E
374)	Wycięcie nasieniowodu	E
375)	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	D
376)	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	D
377)	Operacje pęcherzyków nasiennych	D
378)	Amputacja prącia	C
379)	Usunięcie zmiany prącia	E
380)	Protezowanie prącia	D
381)	Usunięcie sromu	C
382)	Operacja naprawcza sromu	E
383)	Wycięcie zmiany w obrębie krocza	E
384)	Wycięcie pochwy	E
385)	Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych	E
386)	Wycięcie zmiany w obrębie pochwy	E
387)	Operacja plastyczna pochwy	E
388)	Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	D
389)	Operacja naprawcza sklepienia pochwy	E
390)	Operacje zatoki Douglasa	E
391)	Amputacja szyjki macicy	E
392)	Brzuszne wycięcie macicy	C
393)	Przezpochwowe wycięcie macicy	C
394)	Usunięcie mięśniaków macicy metodą otwartą	E
395)	Obustronne wycięcie przydatków macicy	C
396)	Jednostronne wycięcie przydatków macicy	E

397)	Częściowe wycięcie jajowodu	E
398)	Implantacja protezy jajowodu	E
399)	Otwarte obustronne zamknięcie światła jajowodów	E
400)	Nacięcie jajowodu	E
401)	Operacje strzępków jajowodu	E
402)	Częściowe wycięcie jajnika	E
403)	Otwarte zniszczenie zmiany w obrębie jajnika	E
404)	Operacja naprawcza jajnika	E
405)	Operacje więzadła szerokiego macicy	E
406)	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	B
407)	Odtworzenie ściany klatki piersiowej	B
408)	Otwarte wycięcie opłucnej	B
409)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	E
410)	Operacja naprawcza pęknięcia przepony	C
411)	Operacja przepukliny przeponowej	D
412)	Plikacja przepony	D
413)	Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej	E
414)	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	E
415)	Operacja przepukliny pępkowej	E
416)	Pierwotna operacja przepukliny udowej	E
417)	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	E
418)	Pierwotna operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
419)	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
420)	Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	E
421)	Otwarte wycięcie zmiany otrzewnej	D
422)	Otwarty drenaż otrzewnej	C
423)	Operacje sieci większej	C
424)	Operacje krezki jelita cienkiego	C
425)	Operacje krezki okrężnicy	C
426)	Operacje dotyczące otrzewnej ściennej tylnej ściany brzucha	D
427)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne otrzewnej	E
428)	Przeszczep powięzi	E
429)	Wycięcie powięzi brzucha	E
430)	Wycięcie innej powięzi	E
431)	Wycięcie zmiany w obrębie powięzi	E
432)	Rozdzielenie powięzi	E
433)	Uwolnienie powięzi	E
434)	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	E
435)	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	E
436)	Przemieszczenie ścięgna	E
437)	Wycięcie ścięgna	E
438)	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	E
439)	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	E
440)	Zmiana długości ścięgna	E
441)	Wycięcie pochewki ścięgna	E
442)	Przeszczep mięśni	C

443)	Wycięcie mięśnia	E
444)	Operacja naprawcza mięśnia (z wyłączeniem prostego szycia mięśnia)	E
445)	Uwolnienie przykurczu mięśnia	E
446)	Operacje kaletki maziowej	E
447)	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	E
448)	Drenaż zmiany węzła chłonnego	E
449)	Operacje przewodu limfatycznego	B
450)	Operacje kieszonki skrzelowej	D
451)	Wycięcie torbieli bocznej szyi	D
452)	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	E
453)	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	D
454)	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	E
455)	Przeszczep skóry owłosionej w obrębie czaszki	E
456)	Plastyka czaszki	D
457)	Otwarcie czaszki	C
458)	Podniesienie złamanego fragmentu czaszki	E
459)	Wycięcie kości twarzoczaszki	D
460)	Wycięcie zmiany kości twarzoczaszki	E
461)	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	C
462)	Nastawienie złamania innej kości twarzy metodą otwartą	D
463)	Rozdzielenie kości twarzy	D
464)	Stabilizacja kości twarzy	D
465)	Przeszczep kostny kości twarzy	C
466)	Całkowite wycięcie żuchwy	B
467)	Częściowe wycięcie żuchwy	E
468)	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	D
469)	Rozdzielenie żuchwy	B
470)	Stabilizacja żuchwy	C
471)	Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	C
472)	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	C
473)	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	C
474)	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	D
475)	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	D
476)	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	D
477)	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	D
478)	Odbarczenie rdzenia kręgowego w nieokreślonym odcinku (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	B
479)	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	C
480)	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	C
481)	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	D
482)	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	C
483)	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	D
484)	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	D
485)	Wycięcie krążka międzykręgowego w nieokreślonym odcinku	D
486)	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	B

487)	Pierwotne zespolenie kręgow (artrodeza) w innym odcinku	C
488)	Rewizja zespolenia kręgow (artrodezy)	C
489)	Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	C
490)	Wycięcie zmiany kręgosłupa	D
491)	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	C
492)	Stabilizacja złamania kręgosłupa metodą otwartą	C
493)	Całkowite wycięcie kości	D
494)	Usunięcie fragmentu kości	D
495)	Wycięcie kości ektopowej	E
496)	Wycięcie zmiany w obrębie kości	E
497)	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	D
498)	Rozdzielenie trzonu kości	D
499)	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	D
500)	Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości	D
501)	Drenaż kości	E
502)	Całkowita rekonstrukcja kciuka	D
503)	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	E
504)	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	E
505)	Rozdzielenie kości stopy	D
506)	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródspikową (wewnętrzną)	E
507)	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	E
508)	Pierwotne otwarte nastawienie śródstawowego złamania kości	B
509)	Wtórne otwarte nastawienie złamania kości	D
510)	Stabilizacja oddzielonej nasady kości	C
511)	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu złamania kości	D
512)	Całkowita cementowa protezoplastyka stawu biodrowego	D
513)	Całkowita bezcementowa protezoplastyka stawu biodrowego	D
514)	Całkowita cementowa protezoplastyka stawu kolanowego	C
515)	Całkowita bezcementowa protezoplastyka stawu kolanowego	C
516)	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	D
517)	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	D
518)	Przeszczep szpiku kostnego	D
519)	Replantacja kończyny górnej na wysokości ramienia	C
520)	Replantacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	D
521)	Replantacja kciuka	D
522)	Replantacja kończyny dolnej na wysokości uda	C
523)	Replantacja kończyny dolnej na wysokości podudzia	D
524)	Replantacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego	D
525)	Replantacja innego organu	E
526)	Wszczepienie protezy kończyny	C
527)	Transplantacja międzyukładowa	C
528)	Przeszczep całej twarzy	A
529)	Amputacja w zakresie ramienia	C
530)	Amputacja kończyny górnej na wysokości przedramienia	D
531)	Amputacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	D
532)	Amputacja kciuka	E

533)	Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki	B
534)	Amputacja nogi na poziomie uda	C
535)	Amputacja nogi na poziomie podudzia	D
536)	Amputacja stopy	D
537)	Amputacja palucha	E
538)	Amputacja kończyny dolnej z częścią miednicy	B
539)	Operacje w zakresie kikuta po amputacji	D

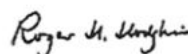
Niniejszy Katalog Poważnych operacji został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 17 grudnia 2021 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Roger Hodgkiss



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