
Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie
Generali, z myślą o życiu



Obowiązują od 20 marca 2020 roku

generali.pl



Spis treści

	Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie Generali, z myślą o życiu
5	Wykaz istotnych informacji zawartych w OWU (Skorowidz)
8	Postanowienia ogólne
8	Definicje
8	Przedmiot i zakres ubezpieczenia
8	Zawarcie Umowy
9	Ochrona ubezpieczeniowa
9	Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy
10	Suma ubezpieczenia
10	Składka
10	Skutki nieopłacenia Składki
10	Zmiana częstotliwości opłacania Składek
10	Wskazanie osób Uposażonych
11	Skutki podania nieprawdziwych informacji
11	Świadczenie z tytułu Umowy
11	Wypłata świadczeń
11	Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego
11	Prawa i obowiązki Towarzystwa
12	Reklamacje
13	Postanowienia końcowe
	Szczególne Warunki Ubezpieczenia
	Dział I – Zasady ogólne
14	Postanowienia ogólne
14	Definicje
	Dział II – Szczególne warunki dotyczące Umowy
14	Zawarcie Umowy
14	Ochrona ubezpieczeniowa
14	Rozwiązanie Umowy
15	Suma ubezpieczenia
15	Składka
15	Skutki nieopłacenia Składki
15	Zmiana częstotliwości opłacania Składek
	Dział III – Szczególne warunki dotyczące zawierania Pakietów
15	Zakres ubezpieczenia w ramach Pakietów
15	Zawarcie Pakietu
16	Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Pakietu
16	Rozwiązanie Pakietu
17	Rozwiązanie Umowy dodatkowej w ramach Pakietów
17	Suma ubezpieczenia i Składka za Umowę dodatkową w ramach Pakietów
	Dział IV – Zasady końcowe
18	Postanowienia końcowe
19	Załącznik nr 1 do SWU – Tabela limitów

Ogólne warunki ubezpieczeń dodatkowych

Pakiet „Ubezpiecz życie”

21 Śmierć Ubezpieczonego

Pakiet „Ubezpiecz życie – wypłata renty”

22 Wypłata renty w przypadku śmierci Ubezpieczonego

24 Załącznik nr 1 do OWUD – Tabela opłat i limitów

Pakiet „Ubezpiecz życie od nagłych zdarzeń”

25 Śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

27 Śmierć w wyniku Wypadku komunikacyjnego

Pakiet „Ubezpiecz zdrowie”

29 Poważne zachorowanie

36 Świadczenie na wypadek Poważnego zachorowania

37 Pobyt w szpitalu w wyniku Choroby

39 Druga opinia medyczna

Pakiet „Ubezpiecz zdrowie w razie wypadku”

42 Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

44 Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

46 Niezdolność do samodzielnej egzystencji

48 Assistance

Pakiet „Ubezpiecz zdrowie w razie nowotworu”

53 Wystąpienie Nowotworu złośliwego

55 Świadczenie na wypadek Nowotworu złośliwego

56 Pobyt w szpitalu w wyniku Nowotworu złośliwego

58 Druga opinia medyczna na wypadek Nowotworu złośliwego

Pakiet „Ubezpiecz zdrowie w razie zawału lub udaru”

60 Wystąpienie Zawału serca lub Udaru mózgu

62 Świadczenie na wypadek Zawału serca lub Udaru mózgu

63 Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu

65 Pobyt w szpitalu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu

Pakiet „Ubezpiecz skutki niezdolności do pracy”

67 Niezdolność do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

69 Całkowita niezdolność do pracy

Pakiet „Ubezpiecz skutki niezdolności do pracy specjalistycznej”

71 Czasowa niezdolność do pracy

73 Całkowita niezdolność do pracy

75 Załącznik nr 1 – Lista zawodów

Pakiet „Ubezpiecz zdrowie Dziecka - zakres podstawowy”

76 Poważne zachorowanie Dziecka

79 Pobyt Dziecka w szpitalu

82 Refundacja kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

84 Niezdolność Dziecka do samodzielnej egzystencji

Pakiet „Ubezpiecz zdrowie Dziecka - zakres rozszerzony”

- 86** Poważne zachorowanie Dziecka
- 89** Pobyt Dziecka w szpitalu
- 92** Refundacja kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
- 94** Niezdolność Dziecka do samodzielnej egzystencji
- 96** Poważna operacja Dziecka
- 98** Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
- 100** Uraz u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu
- 102** Druga opinia medyczna dla Dziecka

Indywidualne Konto Emerytalne (IKE)

- 105** Wykaz istotnych informacji zawartych w OWU IKE (Skorowidz)
- 106** Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, w ramach którego prowadzone jest Indywidualne Konto Emerytalne
- 113** Załącznik nr 1 – Tabela opłat i limitów
- 114** Załącznik nr 2 – Wykaz Funduszy
- 115** Załącznik nr 3 – Regulamin lokowania środków ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych

Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego (IKZE)

- 118** Wykaz istotnych informacji zawartych w OWU IKZE (Skorowidz)
- 119** Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, w ramach którego prowadzone jest Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego
- 126** Załącznik nr 1 – Tabela opłat i limitów
- 127** Załącznik nr 2 – Wykaz Funduszy
- 128** Załącznik nr 3 – Regulamin lokowania środków ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych

Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego

- 131** Tabela uszczerbków na zdrowiu
- 145** Katalog poważnych operacji

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na życie Generali, z myślą o życiu
(kod PPR_OWU_03.2020) dalej „OWU”, z uwzględnieniem definicji z OWU, SWU i OWUD
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
	Numer jednostki redakcyjnej w OWU	
Postanowienia OWU	§ 4 ust. 1; § 19	§ 18
	Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	
Postanowienia ogólnych warunków ubezpieczeń dodatkowych, dalej „OWUD”:		
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD Śmierć Ubezpieczonego	§ 4; § 6	§ 5
Wypłata renty w przypadku śmierci Ubezpieczonego	§ 4; § 6 ust. 1 i 2	§ 5; SWU - § 15 ust. 3
Śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	§ 4; § 6	§ 5; § 6
Śmierć w wyniku Wypadku komunikacyjnego	§ 4; § 6	§ 5; § 6
Poważne zachorowanie	§ 5; § 8 ust. 1-3	§ 6; § 7; § 8 ust. 4-6
Świadczenie na wypadek Poważnego zachorowania	§ 4; § 5 ust. 1	§ 5 ust. 2
Pobyt w szpitalu w wyniku Choroby	§ 4; § 6 ust. 1 i 4	§ 5; § 6 ust. 2 i 3
Druga opinia medyczna	§ 4; § 5; § 7 ust. 1-3	§ 6; § 7 ust. 1

Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	§ 4; § 6 ust. 1, 2 i 5; Załącznik nr 1 do OWUD – Tabela uszczerbków na zdrowiu	§ 5; § 6 ust. 3-9
Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	§ 4; § 6 ust. 1 i 4	§ 5; § 6 ust. 2 i 3
Niezdolność do samodzielnej egzystencji	§ 4; § 6	§ 5; § 6
Assistance	§ 4; § 5 ust. 1; § 7	§ 5 ust. 2; § 6; § 8 ust. 4; § 9 ust. 1 i 4
Wystąpienie Nowotworu złośliwego	§ 4; § 7 ust. 1-3	§ 5; § 6, § 7 ust. 4
Świadczenie na wypadek Nowotworu złośliwego	§ 4; § 5 ust. 1	§ 5 ust. 2
Pobyt w szpitalu w wyniku Nowotworu złośliwego	§ 4; § 7 ust. 1 i 4	§ 5; § 6, § 7 ust. 2 i 3
Druga opinia medyczna na wypadek Nowotworu złośliwego	§ 4; § 5; § 7 ust. 1	§ 6; § 7 ust. 1
Wystąpienie Zawału serca lub Udaru mózgu	§ 4; § 7 ust. 1 i 2	§ 5; § 6, § 7 ust. 3
Świadczenie na wypadek Zawału serca lub Udaru mózgu	§ 4; § 5 ust. 1	§ 5 ust. 2
Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu	§ 4; § 7 ust. 1 i 4; Załącznik nr 1 do OWUD – Tabela uszczerbków na zdrowiu	§ 5; § 6; § 7 ust. 2-9
Pobyt w szpitalu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu	§ 4; § 7 ust. 1 i 4	§ 5; § 6, § 7 ust. 2 i 3
Niezdolność do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	§ 4; § 6 ust. 1 i 3	§ 5; § 6 ust. 2 i 4
Całkowita niezdolność do pracy	§ 4; § 6 ust. 1	§ 5, § 6 ust. 2
Czasowa niezdolność do pracy	§ 4; § 7 ust. 1, 2 i 4	§ 5, § 6, § 7 ust. 3 i 5

Całkowita niezdolność do pracy	§ 4; § 6 ust. 1	§ 5, § 6 ust. 2
Poważne zachorowanie Dziecka	§ 4; § 7 ust. 1	§ 5; § 6 ust. 1; § 7 ust. 2
Pobyt Dziecka w szpitalu	§ 4; § 7 ust. 1, 4 i 5	§ 5; § 6 ust. 1; § 7 ust. 2 i 3
Refundacja kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	§ 4; § 6 ust. 1	§ 4 pkt 2; § 5; § 6 ust. 2
Niezdolność Dziecka do samodzielnej egzystencji	§ 4; § 7	§ 5; § 6 ust. 1; § 7 ust. 2
Poważna operacja Dziecka	§ 4; § 7 ust. 1; Załącznik nr 1 do OWUD - Katalog poważnych operacji	§ 5; § 6 ust. 1; § 7 ust. 2 i 3
Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	§ 4; § 6 ust. 1 i 2; Załącznik nr 1 do OWUD – Tabela uszczerbków na zdrowiu	§ 5; § 6 ust. 2-7
Uraz u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu	§ 4; § 6 ust. 1 i 2	§ 5, § 6 ust. 2 i 3
Druga opinia medyczna dla Dziecka	§ 4; § 6 ust. 1-3	§ 5

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE GENERALI, Z MYŚLĄ O ŻYCIU

(KOD PPR_OWU_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego, która wystąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
2. Przedmiot i zakres Umowy może zostać rozszerzony o Umowy dodatkowe na zasadach określonych w SWU.

Zawarcie Umowy

§ 5

Przed zawarciem Umowy Towarzystwo doręcza Ubezpieczającemu warunki Umowy, w tym treść OWU wraz z załącznikami, SWU oraz Skorowidzem. Jeżeli Towarzystwo posługuje się wzorcami umowy w postaci elektronicznej, doręcza wymienione w zdaniu poprzedzającym dokumenty w taki sposób, aby Ubezpieczający mógł je przechowywać i odtwarzać w zwykłym toku czynności.

§ 6

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

§ 7

1. Na podstawie dostarczonych informacji, określonych we Wniosku Towarzystwo ma prawo:
 - 1) zawrzeć Umowę na warunkach określonych we Wniosku albo
 - 2) zaproponować zawarcie Umowy na warunkach odmiennych od określonych we Wniosku albo
 - 3) odmówić zawarcia Umowy.
2. Towarzystwo jest zobowiązane do podjęcia decyzji, o której mowa w ust. 1, nie później niż w terminie 60 dni od dnia otrzymania Wniosku.

§ 8

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

Ochrona ubezpieczeniowa**§ 9**

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

Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy**§ 10**

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

§ 11

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia Umowy w każdym czasie poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia w tym względzie.
2. Umowa ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego;
 - 2) wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczającego;
 - 3) nieopłacenia przez Ubezpieczającego Składki;
 - 4) ukończenia przez Ubezpieczonego Wieków określonego w SWU;
 - 5) wpływu oświadczenia Ubezpieczającego o nieprzedłużaniu Umowy na kolejny okres ubezpieczenia;
 - 6) zaistnienia okoliczności powodujących rozwiązanie Umowy, wskazanych w SWU, w terminach określonych w SWU.
3. W przypadku wypowiedzenia Umowy przed upływem okresu na jaki została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Suma ubezpieczenia

§ 12

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

Składka

§ 13

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia pierwszej Składki w terminie określonym w SWU. W przypadku niedokonania wpłaty w podanym terminie Umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego.
2. Pierwsza i każda kolejna Składka wpłacana jest na rachunek bankowy wskazany we Wniosku/Dokumencie ubezpieczenia.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany rachunku bankowego przeznaczonego do wpłat Składek, o czym poinformuje Ubezpieczającego.

§ 14

1. Wysokość Składki oraz jej częstotliwość i sposób opłacania określone są we Wniosku oraz potwierdzone w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka płatna jest przez cały okres trwania Umowy.
3. Składka może być opłacana z częstotliwością i na zasadach określonych w SWU.
4. Składkę z tytułu Umowy Towarzystwo ustala zgodnie z aktualną taryfą składek w zależności od częstotliwości opłacania Składek z uwzględnieniem wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy.

Skutki nieopłacenia Składki

§ 15

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

Zmiana częstotliwości opłacania Składek

§ 16

Zasady zmian częstotliwości opłacania Składek zostały określone w SWU.

Wskazanie osób Uposażonych

§ 17

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

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 18

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w § 6 ust. 3 i 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 6 ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie trzech lat od zawarcia Umowy, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.

Świadczenie z tytułu Umowy

§ 19

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

Wypłata świadczeń

§ 20

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie następujące dokumenty:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia 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 § 17 ust. 5, 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.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
5. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4.

Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

§ 21

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki w wysokości i terminach określonych w Dokumencie ubezpieczenia lub innych pismach, w których Towarzystwo potwierdziło zmianę jej wysokości.
2. W razie zawarcia Umowy na cudzy rachunek (tj. na rachunek Ubezpieczonego), Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Ubezpieczonemu, na piśmie lub jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę na innym trwałym nośniku:
 - 1) warunków Umowy, w tym treści OWU wraz z załącznikami, SWU oraz Skorowidzem będących podstawą do zawarcia Umowy;
 - 2) informacji o zmianie warunków Umowy, zmianie prawa właściwego dla Umowy wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy;
 - 3) informacji o zmianie Sumy ubezpieczenia.
3. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 1, powinny być przekazywane Ubezpieczonemu przed zawarciem Umowy.
4. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 2, powinny być przekazywane Ubezpieczonemu przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy lub prawa właściwego dla Umowy.
5. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 3, powinny być przekazywane Ubezpieczonemu niezwłocznie po ich przekazaniu Ubezpieczającemu przez Towarzystwo.
6. Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia Towarzystwa o zmianach danych osobowych i teleadresowych Ubezpieczającego, 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.

Prawa i obowiązki Towarzystwa

§ 22

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, pisemnie lub w inny sposób, na który ta osoba wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia zobowiązania Towarzystwa, jeżeli jest to niezbędne do prowadzenia dalszego postępowania;
- 7) informowania pisemnie osoby występującej z roszczeniem o przyczynach niemożności jego zaspokojenia, w przypadku, gdy Towarzystwo nie wypłaci świadczenia w terminie określonym w § 20 ust. 4;
- 8) informowania pisemnie osoby występującej z roszczeniem o przyczynie odmowy wypłaty świadczenia albo o przyczynie wypłaty świadczenia w innej wysokości niż określona w zgłoszeniu roszczenia wraz ze wskazaniem podstawy prawnej uzasadniającej całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
- 9) udostępniania Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz osobie występującej z roszczeniem informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia;
- 10) pisemnego potwierdzenia, na żądanie Ubezpieczającego oraz osoby występującej z roszczeniem, udostępnionych im informacji, a także sporządzania na ich koszt 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.

Reklamacje

§ 23

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, 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 rozstrzygnięcia 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.

Postanowienia końcowe

§ 24

1. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Za zgodą stron Umowy mogą zostać wprowadzone do niej postanowienia dodatkowe lub odmienne od OWU.

3. 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 § 23.
5. Strony Umowy są zobowiązane do informowania się o każdej zmianie danych teleadresowych wykorzystywanych do kontaktu między stronami.
6. Towarzystwo udostępnia Ubezpieczającemu Konto Klienta na stronie generali.pl. Warunkiem korzystania z Konta Klienta jest akceptacja Regulaminu świadczenia usług drogą elektroniczną, który dostępny jest m.in. na stronie generali.pl w trakcie procesu rejestracji oraz po zalogowaniu się do Konta Klienta. Regulamin udostępniony jest nieodpłatnie w formie umożliwiającej jego pozyskanie, odtwarzanie, utrwalanie i drukowanie.
7. Opodatkowanie świadczeń Towarzystwa w przypadku osób fizycznych regulują przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych, a w przypadku osób prawnych oraz innych podatników podatku dochodowego od osób prawnych – przepisy ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych są wolne od podatku dochodowego, z wyjątkiem dochodu z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia w przypadku ubezpieczeń związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Kwoty otrzymane przez osoby prawne oraz innych podatników podatku dochodowego od osób prawnych z tytułu ubezpieczeń na życie stanowią ich przychód, brany pod uwagę przy obliczaniu dochodu 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, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy, a także przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczającego lub uprawnionego z Umowy.
9. Językiem obowiązującym w relacjach stron jest język polski.
10. Towarzystwo publikuje sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń na stronie generali.pl.
11. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.
12. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

(KOD PPR_SWU_03.2020)

Dział I – Zasady ogólne

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia (zwane dalej „**SWU**”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi SWU postanowień poszczególnych OWUD i OWU, zawierają szczególne warunki dotyczące Umowy oraz szczególne warunki dotyczące zawierania Pakietów i łącznie z OWU stanowią podstawę zawarcia Umowy.
2. Niniejsze SWU mają zastosowanie do umowy ubezpieczenia na życie Generali, z myślą o życiu.
3. Tabela limitów – kod PPR_TL_03.2020 (zwana dalej „**Tabela**”) stanowi załącznik nr 1 do SWU.

Definicje

§ 2

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

- 1) **Dziecko** – osoba fizyczna, która w dniu zawarcia Umowy nie ukończyła 16 roku życia, której zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia na podstawie Umów dodatkowych dostępnych w ramach Pakietów: „Ubezpiecz zdrowie Dziecka – zakres podstawowy” albo „Ubezpiecz zdrowie Dziecka – zakres rozszerzony”;
- 2) **Miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego obowiązywania Umowy (przy czym jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu kalendarzowym w ostatnim dniu takiego miesiąca) i kończący się z upływem dnia poprzedzającego najbliższy Miesiąc polisy;
- 3) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależnie od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się wylewu krwi do mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
- 4) **Pakiet** – zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmujący Umowy dodatkowe wskazane w Dokumencie ubezpieczenia;
- 5) **Rocznica polisy** – wskazana w Dokumencie ubezpieczenia każda rocznica dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, przy czym jeżeli Rocznicą polisy przypada w dniu 29 lutego, a w danym roku nie ma takiego dnia, za Rocznicę polisy uznaje się ostatni dzień lutego w danym roku kalendarzowym;
- 6) **Rok polisy** – roczny okres między kolejnymi Rocznicami polisy, pierwszy Rok polisy rozpoczyna się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, a kończy z upływem dnia poprzedzającego najbliższą Rocznicę polisy;
- 7) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej, odrębna dla każdej Umowy dodatkowej;
- 8) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia odrębna dla każdego ze zdarzeń ubezpieczeniowych.

Dział II – Szczególne warunki dotyczące Umowy

Zawarcie Umowy

§ 3

1. Umowa zawierana jest na okres jednego roku albo na okres pięciu lat (okres ubezpieczenia).
2. Wybór wariantu okresu ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1, dokonywany jest przez Ubezpieczającego w momencie składania Wniosku.
3. Wybrany przez Ubezpieczającego wariant okresu ubezpieczenia nie może być zmieniony w trakcie trwania Umowy.
4. Umowa nie może zostać wypowiedziana przez Towarzystwo, w trybie § 6 ust 1 OWU, w przypadku, gdy Ubezpieczający posiada w ramach Umowy przynajmniej jeden Pakiet zawarty na okres ubezpieczenia dłuższy niż Umowa.
5. Umowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 18 lat i nie ukończył 75 roku życia.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 4

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

Rozwiązanie Umowy

§ 5

Umowa ulega rozwiązaniu w następujących terminach:

- 1) w przypadku śmierci Ubezpieczonego – z upływem dnia, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego;
- 2) w przypadku wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczającego – z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy;

- 3) w przypadku rozwiązania ostatniego Pakietu posiadanego w ramach Umowy – z dniem rozwiązania Pakietu;
- 4) w przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego Składki na zasadach określonych w § 15 ust. 1 OWU – z upływem dnia, w którym upływa wyznaczony termin dodatkowy, o którym mowa w § 8 ust. 1 SWU, ze skutkiem na ostatni dzień Miesiąca polisy, za który została opłacona Składka;
- 5) w przypadku posiadania wyłącznie Pakietów: „Ubezpiecz życie” lub „Ubezpiecz życie – wypłata renty” i ukończenia przez Ubezpieczonego 100 roku życia – z dniem poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 100 lat;
- 6) w przypadku posiadania Pakietu, z wyłączeniem Pakietów „Ubezpiecz życie” oraz „Ubezpiecz życie – wypłata renty” i ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia – z dniem poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 65 lat;
- 7) w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o nieprzedłużaniu Umowy na kolejny okres ubezpieczenia – z upływem okresu ubezpieczenia na jaki Umowa została zawarta.

Suma ubezpieczenia

§ 6

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

Składka

§ 7

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

Skutki nieopłacenia Składki

§ 8

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

Zmiana częstotliwości opłacania Składek

§ 9

1. Ubezpieczający ma prawo do zmiany częstotliwości opłacania Składek w całym okresie obowiązywania Umowy, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Wysokość Składki po zmianie, o której mowa w ust. 1, nie może być niższa od minimalnej Składki dla wybranej częstotliwości, określonej w Tabeli.
3. Towarzystwo dokona zmian częstotliwości opłacania Składek na wniosek Ubezpieczającego pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 30 dni przed dniem, w którym zmiana jest możliwa do dokonania.

Dział III – Szczególne warunki dotyczące zawierania Pakietów

Zakres ubezpieczenia w ramach Pakietów

§ 10

Zakres ubezpieczenia w ramach poszczególnych Pakietów został określony w Tabeli.

Zawarcie Pakietu

§ 11

1. W ramach Umowy Ubezpieczający wskazuje co najmniej jeden Pakiet. Wskazanie Pakietu jest równoznaczne z rozszerzeniem zakresu ubezpieczenia o Umowy dodatkowe dostępne w ramach Pakietu.
2. Szczegółowe warunki Umów dodatkowych w ramach danego Pakietu określone są w odrębnych ogólnych warunkach ubezpieczeń dodatkowych.
3. Pakiety: „Ubezpiecz życie” lub „Ubezpiecz życie – wypłata renty” mogą zostać zawarte (a w ramach ich zakresu dane Umowy dodatkowe) na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Pakietu, jeżeli Ubezpieczony w dniu zawarcia Pakietu ukończył 18 lat i nie ukończył 75 roku życia.
4. Pakiety: „Ubezpiecz życie od nagłych zdarzeń” lub „Ubezpiecz zdrowie” lub „Ubezpiecz zdrowie w razie wypadku” lub „Ubezpiecz zdrowie w razie nowotworu” lub „Ubezpiecz zdrowie w razie zawału lub udaru” lub „Ubezpiecz skutki niezdolności do pracy” mogą zostać zawarte (a w ramach ich zakresu dane Umowy dodatkowe) 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 Pakietu, jeżeli Ubezpieczony w dniu zawarcia Pakietu ukończył 18 lat i nie ukończył 65 roku życia.
5. Pakiet „Ubezpiecz skutki niezdolności do pracy specjalistycznej” może zostać zawarty (a w ramach jego zakresu dane Umowy dodatkowe) 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 Pakietu, jeżeli Ubezpieczony w dniu zawarcia Pakietu ukończył 18 lat i nie ukończył 65 roku życia oraz jeżeli Ubezpieczony w dniu zawarcia Pakietu posiada przewidziane powszechnie obowiązującymi przepisami prawa uprawnienia do wykonywania jednego z zawodów, wskazanych w załączniku nr 1 do Pakietu „Ubezpiecz skutki niezdolności do pracy specjalistycznej”.
 6. Pakiety: „Ubezpiecz zdrowie Dziecka – zakres podstawowy” lub „Ubezpiecz zdrowie Dziecka – zakres rozszerzony” mogą zostać zawarte (a w ramach ich zakresu dane Umowy dodatkowe) 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 Pakietu, jeżeli Dziecko w dniu zawarcia Pakietu nie ukończyło 16 roku życia.
 7. Pakiety: „Ubezpiecz życie” lub „Ubezpiecz życie – wypłata renty” zawierane są zgodnie z wybranym przez Ubezpieczającego wariantem okresu ubezpieczenia dla Umowy, na okres jednego roku lub na okres pięciu lat (okres ubezpieczenia) ale nie na dłużej niż do dnia poprzedzającego Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 100 lat.
 8. Pakiety: „Ubezpiecz życie od nagłych zdarzeń”, „Ubezpiecz zdrowie”, „Ubezpiecz zdrowie w razie wypadku”, „Ubezpiecz zdrowie w razie nowotworu”, „Ubezpiecz zdrowie w razie zawału lub udaru”, „Ubezpiecz skutki niezdolności do pracy”, zawierane są zgodnie z wybranym przez Ubezpieczającego wariantem okresu ubezpieczenia dla Umowy, na okres jednego roku albo na okres pięciu lat (okres ubezpieczenia) ale nie na dłużej niż do dnia poprzedzającego Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 65 lat.
 9. Pakiet „Ubezpiecz skutki niezdolności do pracy specjalistycznej” zawierany jest wyłącznie w przypadku wyboru przez Ubezpieczającego rocznego wariantu okresu ubezpieczenia dla Umowy ale nie na dłużej niż do dnia poprzedzającego Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 65 lat.
 10. Pakiety: „Ubezpiecz zdrowie Dziecka – zakres podstawowy” lub „Ubezpiecz zdrowie Dziecka – zakres rozszerzony” zawierane są zgodnie z wybranym przez Ubezpieczającego wariantem okresu ubezpieczenia dla Umowy, na okres jednego roku lub na okres pięciu lat (okres ubezpieczenia) ale nie na dłużej niż do dnia poprzedzającego Rocznicę polisy, w której Wiek Dziecka wyniesie 26 lat.
 11. Pakiety ulegają automatycznemu przedłużeniu na kolejny okres ubezpieczenia na niezmienionych warunkach, z zastrzeżeniem ust. 7 – 10 oraz § 16 ust. 2, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem każdego okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy.
 12. W przypadku Pakietu „Ubezpiecz życie – wypłata renty” Ubezpieczający we wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej wskazuje okres wypłaty renty oraz jej miesięczną wysokość. Minimalny i maksymalny okres wypłaty renty oraz minimalna wysokość miesięcznej renty określone zostały przez Towarzystwo w Tabeli opłat i limitów stanowiącej załącznik nr 1 do OWUD Umowy dodatkowej wypłaty renty w przypadku śmierci Ubezpieczonego.
 13. W przypadku złożenia oświadczenia o nieprzedłużaniu Umowy „Ubezpiecz zdrowie Dziecka – zakres podstawowy” albo „Ubezpiecz zdrowie Dziecka – zakres rozszerzony” Ubezpieczający traci prawo do zawarcia tych Pakietów w przyszłości.
 14. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Umowy albo zawarcia go na warunkach odmiennych od wnioskowanych.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Pakietu

§ 12

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Pakietu rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Pakietów.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy, o którym mowa w § 13.
4. Ubezpieczony nie może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Pakietu „Ubezpiecz skutki niezdolności do pracy” i z tytułu Pakietu „Ubezpiecz skutki niezdolności do pracy specjalistycznej”.
5. Ubezpieczony nie może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Pakietu „Ubezpiecz zdrowie” oraz z tytułu Pakietu „Ubezpiecz zdrowie w razie zawału lub udaru” lub z tytułu Pakietu „Ubezpiecz zdrowie w razie nowotworu”.
6. Dziecko nie może być w tym samym czasie objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu Pakietu „Ubezpiecz zdrowie Dziecka – zakres podstawowy” oraz z tytułu Pakietu „Ubezpiecz zdrowie Dziecka – zakres rozszerzony”.

Rozwiązanie Pakietu

§ 13

1. Pakiet rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 100 lat w przypadku Pakietów: „Ubezpiecz życie” lub „Ubezpiecz życie – wypłata renty”;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 65 lat w przypadku Pakietów: „Ubezpiecz życie od nagłych zdarzeń” lub „Ubezpiecz zdrowie” lub „Ubezpiecz zdrowie w razie wypadku” lub „Ubezpiecz zdrowie w razie nowotworu” lub „Ubezpiecz zdrowie w razie zawału lub udaru” lub „Ubezpiecz skutki niezdolności do pracy” lub „Ubezpiecz skutki niezdolności do pracy specjalistycznej”;
 - 4) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Dziecka wyniesie 26 lat w przypadku Pakietów: „Ubezpiecz zdrowie Dziecka – zakres podstawowy” lub „Ubezpiecz zdrowie Dziecka – zakres rozszerzony”;
 - 5) końca okresu ubezpieczenia na jaki Pakiet został zawarty, w przypadku złożenia przez jedną ze stron oświadczenia o nieprzedłużeniu Umowy na kolejny okres, zgodnie z § 11 ust. 11;
 - 6) odstąpienia od Umowy;
 - 7) wypowiedzenia Umowy.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Pakietów.
3. W przypadku wypowiedzenia Umowy przed upływem okresu na jaki został on zawarty, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej w ramach Pakietów

§ 14

1. W przypadku wypłaty świadczenia w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej rozwiązaniu ulega:
 - 1) Umowa dodatkowa na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy;
 - 2) Umowa dodatkowa na wypadek wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu;
 - 3) Umowa dodatkowa na wypadek wystąpienia Nowotworu złośliwego;
 - 4) Umowa dodatkowa na wypadek Poważnego zachorowania Dziecka;
 - 5) Umowa dodatkowa na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - 6) Umowa dodatkowa na wypadek Urazu u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
 - 7) Umowa dodatkowa na wypadek Niezdolności Dziecka do samodzielnej egzystencji.
2. W przypadku wypłaty świadczenia w wysokości 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej rozwiązaniu ulega Umowa dodatkowa Poważnego zachorowania.
3. W przypadku, gdy ustalony procent Trwałego uszczerbku na zdrowiu osiągnie 100% albo gdy suma ustalonych Trwałych uszczerbków na zdrowiu, w sytuacji gdy wystąpił więcej niż jeden rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu, osiągnie 100% rozwiązaniu ulega:
 - 1) Umowa dodatkowa Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) Umowa dodatkowa Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, rozwiązaniu ulega także Umowa dodatkowa świadczenia na wypadek Zawału serca lub Udaru mózgu.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, rozwiązaniu ulega także Umowa dodatkowa świadczenia na wypadek Nowotworu złośliwego.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, rozwiązaniu ulega także Umowa dodatkowa świadczenia na wypadek Poważnego zachorowania.
7. Rozwiązanie Umów dodatkowych, o których mowa w ust.1-6, nie powoduje rozwiązania Pakietu.

Suma ubezpieczenia i Składka za Umowę dodatkową w ramach Pakietów

§ 15

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wchodzącej w zakres ochrony ubezpieczeniowej danego Pakietu, aktualna na dzień zawarcia Pakietu potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wypłaty renty w przypadku śmierci Ubezpieczonego, wchodzącej w zakres Pakietu „Ubezpiecz życie – wypłata renty”, ustalana jest przez Towarzystwo jako iloczyn dwunastokrotności kwoty miesięcznej renty i liczby lat, przez które renta ma być wypłacana.
3. Maksymalna łączna wysokość Sum ubezpieczenia z tytułu Umów dodatkowych w ramach Pakietów: „Ubezpiecz życie” oraz „Ubezpiecz życie – wypłata renty” wynosi 550 000 zł (pięćset pięćdziesiąt tysięcy złotych).

§ 16

1. Składkę za Umowę dodatkową:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego;
 - 2) wypłaty renty w przypadku śmierci Ubezpieczonego;
 - 3) Poważnego zachorowania;
 - 4) świadczenia na wypadek Poważnego zachorowania;
 - 5) Pobytu w szpitalu w wyniku Choroby;
 - 6) wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu;
 - 7) świadczenia na wypadek Zawału serca lub Udaru mózgu;
 - 8) Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu;
 - 9) Pobytu w szpitalu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu;
 - 10) wystąpienia Nowotworu złośliwego;
 - 11) świadczenia na wypadek Nowotworu złośliwego;
 - 12) Pobytu w szpitalu w wyniku Nowotworu złośliwego,
 - 13) Całkowitej niezdolności do pracy;
 - 14) Czasowej niezdolności do pracy;
 Towarzystwo ustala zgodnie z aktualną taryfą składek w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Wzrostu Ubezpieczonego, wariantu okresu ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego oraz częstotliwości opłacania Składek.
2. W przypadku automatycznego przedłużenia na kolejny okres ubezpieczenia Umów dodatkowych, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo ustala Składkę za Umowy dodatkowe w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, wariantu okresu ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, częstotliwości opłacania Składek, z uwzględnieniem Wzrostu Ubezpieczonego obliczanego na dzień automatycznego przedłużenia Umowy dodatkowej oraz zgodnie z taryfą składek aktualną na ten dzień.
3. Składkę za Umowę dodatkową:
 - 1) śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) śmierci w wyniku Wypadku komunikacyjnego;
 - 3) Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - 5) Niezdolności do samodzielnej egzystencji,
 - 6) Niezdolności do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 Towarzystwo ustala zgodnie z aktualną taryfą składek w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego oraz częstotliwości opłacania Składek.
4. Składkę za Umowę dodatkową:
 - 1) Poważnego zachorowania Dziecka;
 - 2) Pobytu Dziecka w szpitalu;
 - 3) Refundacji kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;

- 4) Niezdolności Dziecka do samodzielnej egzystencji;
 - 5) Poważnej operacji Dziecka;
 - 6) Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - 7) Urazu u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
- Towarzystwo ustala zgodnie z aktualną taryfą składek w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz częstotliwości opłacania Składek.
5. Składkę za Umowę dodatkową Drugiej opinii medycznej, Umowę dodatkową Drugiej opinii medycznej na wypadek Nowotworu złośliwego, Umowę dodatkową Drugiej opinii medycznej dla Dziecka oraz Umowę dodatkową Assistance Towarzystwo ustala w zależności od częstotliwości opłacania Składek.
 6. Wysokość taryfy składki będącej podstawą do wyliczenia Składki za daną Umowę dodatkową ustalona jest z uwzględnieniem ryzyka ubezpieczeniowego ponoszonego przez Towarzystwo, w tym ograniczeń odpowiedzialności mających zastosowanie dla danej Umowy dodatkowej, o których mowa odpowiednio w § 7 OWUD Umowy dodatkowej na wypadek Poważnego zachorowania, § 6 OWUD Umowy dodatkowej na wypadek wystąpienia Nowotworu złośliwego, § 6 OWUD Umowy dodatkowej na wypadek wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu, § 6 OWUD Umowy dodatkowej Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu, § 5 pkt 9 OWUD Umowy dodatkowej na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy, § 6 OWUD Umowy dodatkowej na wypadek Czasowej niezdolności do pracy, § 6 OWUD Umowy dodatkowej na wypadek Poważnego zachorowania Dziecka, § 6 OWUD Umowy dodatkowej na wypadek Poważnej operacji Dziecka, § 6 OWUD Umowy dodatkowej na wypadek Pobytu Dziecka w szpitalu; § 6 OWUD Umowy dodatkowej na wypadek Niezdolności Dziecka do samodzielnej egzystencji.
 7. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
 8. Suma składek z tytułu Umów dodatkowych stanowi łączną składkę za Pakiet.

§ 17

W przypadku, o którym mowa w § 14 ust. 1-6, łączna składka za Pakiet zostanie pomniejszona o Składkę za Umowę dodatkową, która została rozwiązana.

§ 18

1. Ubezpieczający może wnioskować o zmianę:
 - 1) wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej w ramach Pakietów – zmiana wariantu Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej w ramach Pakietu jest skuteczna względem całego Pakietu; warianty Sum ubezpieczenia dostępne w ramach poszczególnych Umów dodatkowych wskazane zostały w Tabeli;
 - 2) okresu wypłacania renty lub wysokości miesięcznej renty z tytułu Umowy dodatkowej wypłaty renty w przypadku śmierci Ubezpieczonego dostępnej w ramach Pakietu „Ubezpiecz życie – wypłata renty”, z zastrzeżeniem limitów określonych przez Towarzystwo w Tabeli opłat i limitów stanowiącej załącznik nr 1 do OWUD wyżej wymienionej Umowy dodatkowej.
2. Towarzystwo dokona zmian w Umowie 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.
3. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1 pkt 1, powoduje zmianę wysokości Składki. Nowa wysokość Składki, obliczona jest na podstawie ustalonej przez Towarzystwo aktualnej taryfy składek, z uwzględnieniem Wiek Ubezpieczonego w przypadku Umów dodatkowych, o których mowa w § 16 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. Zmiana okresu wypłacania renty lub wysokości miesięcznej renty, o której mowa w ust. 1 pkt 2, powoduje zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu tej Umowy dodatkowej oraz Składki za tę Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki obliczona jest zgodnie z § 16 ust. 1.
5. Jeżeli zmiany, o których mowa w ust. 1, powodują podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej w ramach Pakietu, 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.

Dział IV – Zasady końcowe

Postanowienia końcowe

§ 19

1. W sprawach nieuregulowanych w SWU stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i OWUD.
2. Niniejsze SWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO SWU TABELA LIMITÓW

(KOD PPR_TL_03.2020)

Tabela limitów

Lp.	Rodzaj limitu	Aktualna wysokość limitu		
1)	Składka za ryzyko śmierci Ubezpieczonego z tytułu Umowy	0,24 zł w skali roku / płatna zgodnie z wybraną częstotliwością opłacania Składek		
2)	Minimalna wysokość Składki ¹⁾			
	roczna	240 zł		
	półroczna	120 zł		
	kwartalna	60 zł		
	miesięczna	20 zł		
3)	Rodzaje Pakietów	Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia	
			Wariant Mini	Wariant Standard
			Wariant VIP	
	Ubezpiecz życie	Śmierć Ubezpieczonego	wartość z przedziału pomiędzy 1 000 zł a 550 000 zł	
	Ubezpiecz życie – wypłata renty	Wypłata renty w przypadku śmierci Ubezpieczonego	wartość nie wyższa niż 550 000 zł	
	Ubezpiecz życie od nagłych zdarzeń	Śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	100 000 zł	150 000 zł
		Śmierć w wyniku Wypadku komunikacyjnego	150 000 zł	200 000 zł
	Ubezpiecz zdrowie	Poważne zachorowanie	10 000 zł	50 000 zł
		Świadczenie na wypadek Poważnego zachorowania	1 800 zł	6 000 zł
		Pobyt w szpitalu w wyniku Choroby	5 000 zł	10 000 zł
		Druga opinia medyczna	zgodnie z OWUD	
	Ubezpiecz zdrowie w razie wypadku	Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	25 000 zł	30 000 zł
		Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	15 000 zł	20 000 zł
		Niezdolność do samodzielnej egzystencji	50 000 zł	50 000 zł
		Assistance	zgodnie z OWUD	
	Ubezpiecz zdrowie w razie nowotworu	Wystąpienie Nowotworu złośliwego	10 000 zł	50 000 zł
		Świadczenie na wypadek Nowotworu złośliwego	1 800 zł	6 000 zł
		Pobyt w szpitalu w wyniku Nowotworu złośliwego	5 000 zł	10 000 zł
		Druga opinia medyczna na wypadek Nowotworu złośliwego	zgodnie z OWUD	
	Ubezpiecz zdrowie w razie zawału i udaru	Wystąpienie Zawału serca lub Udaru mózgu	10 000 zł	50 000 zł
		Świadczenie na wypadek Zawału serca lub Udaru mózgu	1 800 zł	6 000 zł
		Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu	18 750 zł	22 500 zł
		Pobyt w szpitalu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu	5 000 zł	10 000 zł
	Ubezpiecz skutki niezdolności do pracy	Niezdolność do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	1 800 zł	2 400 zł
		Całkowita Niezdolność do pracy	wartość z przedziału pomiędzy 50 000 zł a 550 000 zł	
	Ubezpiecz skutki niezdolności do pracy specjalistycznej	Czasowa niezdolność do pracy	10 000 zł	20 000 zł
		Całkowita niezdolność do pracy	wartość z przedziału pomiędzy 50 000 zł a 550 000 zł	

Ubezpiecz zdrowie Dziecka – zakres podstawowy	Poważne zachorowanie Dziecka	20 000 zł	50 000 zł	100 000 zł
	Pobyt Dziecka w szpitalu	5 000 zł	10 000 zł	20 000 zł
	Refundacja kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	4 000 zł	6 000 zł	10 000 zł
	Niezdolność Dziecka do samodzielnej egzystencji	15 000 zł	40 000 zł	80 000 zł
Ubezpiecz zdrowie Dziecka – zakres rozszerzony	Poważne zachorowanie Dziecka	20 000 zł	50 000 zł	100 000 zł
	Pobyt Dziecka w szpitalu	5 000 zł	10 000 zł	20 000 zł
	Refundacja kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	4 000 zł	6 000 zł	10 000 zł
	Niezdolność Dziecka do samodzielnej egzystencji	15 000 zł	40 000 zł	80 000 zł
	Poważna operacja Dziecka	4 000 zł	5 000 zł	10 000 zł
	Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	4 000 zł	10 000 zł	20 000 zł
	Uraz u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu	4 000 zł	10 000 zł	20 000 zł
	Dруга opinia medyczna dla Dziecka	zgodnie z OWUD		

¹⁾ Limit nie dotyczy składek opłacanych z tytułu umowy o prowadzenie Indywidualnego Konta Emerytalnego i składek z tytułu umowy o prowadzenie Indywidualnego Konta Zabezpieczenia Emerytalnego.

1. W ramach Umowy Ubezpieczający wskazuje co najmniej jeden Pakiet określony w Tabeli. Wskazanie Pakietu jest równoznaczne z rozszerzeniem zakresu ubezpieczenia o wybrane Umowy dodatkowe dostępne w ramach Pakietu.
2. Zakres ubezpieczenia w ramach Pakietu obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe określone w pkt 3 Tabeli.
3. Zakres Umowy może zostać rozszerzony o wybrany Pakiet, z zastrzeżeniem § 11 i § 12 ust. 4 – 6 SWU, a Składka nie może być niższa niż minimalna, określona w pkt 2 Tabeli.
4. W sprawach nieuregulowanych w Tabeli stosuje się odpowiednio postanowienia OWU, SWU i poszczególnych OWUD.
5. Tabela została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

(KOD PPR_TRM_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

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

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego 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 dwóch lat od daty zawarcia Umowy dodatkowej;
- 3) okoliczności, o których mowa w § 18 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 6

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

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie dokumenty wskazane w § 20 ust. 1 OWU.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia SWU i OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO WYPŁATY RENTY W PRZYPADKU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

(KOD PPR_PDB_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego wypłaty renty w przypadku śmierci Ubezpieczonego (zwanymi dalej „**OWUD**”), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU i SWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o śmierć Ubezpieczonego.
2. Tabela opłat i limitów – kod PPR_PDB_TOIL_03.2020 (zwana dalej „**Tabela**”) stanowi załącznik nr 1 do niniejszych OWUD.

Definicje

§ 2

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

- 1) **Uposażony z tytułu Umowy dodatkowej** – osoba wskazana przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, w przypadku zawarcia Umowy na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego), uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej w razie śmierci Ubezpieczonego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

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 dwóch lat od daty zawarcia Umowy dodatkowej;
- 3) okoliczności, o których mowa w § 18 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 6

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłacać będzie Uposażonemu z tytułu Umowy dodatkowej miesięczną rentę w wysokości wskazanej w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Renta, o której mowa w ust. 1, należna jest od miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, do końca wskazanego przez Ubezpieczającego okresu wypłacania renty. Renta wypłacana jest w terminie do końca miesiąca, za który jest należna, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Uposażony z tytułu Umowy dodatkowej może złożyć w Towarzystwie dyspozycję wypłaty świadczenia w formie jednorazowej. W przypadku gdy do otrzymania świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej uprawniona jest osoba małoletnia dyspozycja, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, może zostać złożona dopiero po osiągnięciu przez taką osobę pełnoletności.
4. Wypłata renty następuje, zgodnie z dyspozycją Uposażonego z tytułu Umowy dodatkowej, przelewem na rachunek bankowy albo przekazem na adres pocztowy, z tym zastrzeżeniem, że w przypadku wypłaty przekazem na adres pocztowy Towarzystwo pobiera za każdy taki przekaz opłatę w wysokości wskazanej w Tabeli.

Wypłata świadczenia

§ 7

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 Ubezpieczonego;
 - 3) kopię statystycznej karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci.
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.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Wskazanie Uposażonego z tytułu Umowy dodatkowej

§ 8

1. Ubezpieczający może wskazać jedną osobę jako Uposażonego z tytułu Umowy dodatkowej do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.
2. Jeżeli Umowa zawarta jest na cudzy rachunek (tj. na rachunek Ubezpieczonego) do wykonania uprawnienia, o którym mowa w ust. 1, konieczna jest uprzednia zgoda Ubezpieczonego.
3. Wskazanie dotyczące Uposażonego z tytułu Umowy dodatkowej może być w każdym czasie zmienione lub odwołane przez złożenie oświadczenia w Towarzystwie. Zmiana Uposażonego z tytułu Umowy dodatkowej następuje od daty otrzymania tego oświadczenia przez Towarzystwo.
4. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, gdy nie został wskazany Uposażony z tytułu Umowy dodatkowej lub wskazanie Uposażonego z tytułu Umowy dodatkowej 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.
5. Świadczenie może być wypłacone członkowi rodziny wymienionemu w dalszej kolejności wyłącznie wtedy, gdy żadna z osób wskazanych w punktach poprzedzających nie dożyła śmierci Ubezpieczonego albo nie jest uprawniona do otrzymania świadczenia z powodu okoliczności wskazanych w ust. 6. Uważa się, że osoba nie dożyła śmierci Ubezpieczonego także, gdy zmarła jednocześnie z nim.
6. Wskazanie Uposażonego z tytułu Umowy dodatkowej jest bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed Ubezpieczonym albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci.

Postanowienia końcowe

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia SWU i OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWUD
TABELA OPŁAT I LIMITÓW
(KOD PPR_PDB_TOIL_03.2020)

1. Tabela opłat

Lp.	Rodzaj opłaty	Aktualna wysokość
1)	Opłata operacyjna za przygotowanie i realizację przekazu pieniężnego	10 zł + 1% wartości przekazu / każdy przekaz

2. Tabela limitów

Lp.	Rodzaj limitu	Aktualna wysokość
1)	Minimalny okres wypłaty renty	3 lata
2)	Maksymalny okres wypłaty renty	25 lat
3)	Minimalna wysokość miesięcznej renty	500 zł

Tabela została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

(KOD PPR_ADB_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego był konsekwencją:

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
- 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, uśmierzania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
- 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- 8) okoliczności, o których mowa w § 18 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 6

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

- 1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 3) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 180 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
- 4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego.

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie dokumenty wskazane w § 20 ust. 1 OWU oraz kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Niez szczęśliwego 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. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia SWU i OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI W WYNIKU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

(KOD PPR_ATDBE_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

- 1) **Środek lokomocji** – pojazd silnikowy, którego konstrukcja umożliwia jazdę z prędkością przekraczającą 25 km/h, a także pojazd szynowy, statek wodny rozumiany jako urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, w tym również prom, wodolot i poduszkowiec oraz statek powietrzny, rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania powietrza innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem quadów, balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów osobowych. Pojęcia „pojazd”, „droga”, „pieszy” oraz „kierowca” rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym;
- 2) **Wypadek komunikacyjny** – Niestety 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.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

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

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
- 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, uśiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
- 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- 8) okoliczności, o których mowa w § 18 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 6

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

- 1) Wypadek komunikacyjny, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego miała miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 3) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego nastąpiła w ciągu 180 dni od daty wystąpienia Wypadku komunikacyjnego;
- 4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią Ubezpieczonego.

Wypłata świadczenia

§ 7

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

Postanowienia końcowe

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia SWU i OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

(KOD PPR_DD4_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

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

§ 3

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

- 1) **Anemia aplastyczna** – przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego, powodujące niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z poniżej wymienionych sposobów:
 - a. przetaczanie preparatów krwiopochodnych;
 - b. podawanie preparatów stymulujących szpik kostny;
 - c. podawanie preparatów immunosupresyjnych;
 - d. przeszczepienie szpiku kostnego.Rozpoznanie musi być oparte na wyniku badania histopatologicznego szpiku kostnego (trepanobiopsja) i potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii;
- 2) **Bakteryjne zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych** – ostre zakażenie bakteryjne ośrodkowego układu nerwowego, powodujące zaburzenia jego funkcji. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego, wskazującym na obecność infekcji bakteryjnej oraz powstaniem trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przez co najmniej 3 miesiące od zachorowania;
- 3) **Choroba Alzheimera** – ograniczenie lub utrata zdolności intelektualnych, polegająca na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych, spowodowana nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzona testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera. Rozpoznanie musi być potwierdzone klinicznie przez specjalistę w zakresie neurologii, musi być także spełnione co najmniej jedno z poniższych kryteriów:
 - a. w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego stwierdza się cechy uogólnionego zaniku kory mózgowej;
 - b. ocena podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living”) musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum trzech z listy sześciu podstawowych czynności życiowych w ciągu co najmniej 6 miesięcy:
 - a) mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;
 - b) zdolność do ubierania / rozbierania się;
 - c) używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
 - d) zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
 - e) wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
 - f) picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków.Definicja nie obejmuje demencji spowodowanej nadużywaniem alkoholu, substancji odurzających lub AIDS;
- 4) **Choroba Creutzfeldta – Jakoba** – zwyrodnieniowa choroba ośrodkowego układu nerwowego (gąbczaste zapalenie mózgu), rozpoznana klinicznie przez specjalistę w zakresie neurologii za życia Ubezpieczonego, prowadząca do demencji i wyrażająca się utratą możliwości wykonywania przez Ubezpieczonego minimum trzech z listy sześciu podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living”):
 - a. mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;
 - b. zdolność do ubierania / rozbierania się;
 - c. używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
 - d. zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
 - e. wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
 - f. picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków.Definicja nie obejmuje przypadków spowodowanych stosowaniem leków lub substancji toksycznych;
- 5) **Choroba Heinego – Medina (poliomyelitis)** – ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem polio przebiegająca z porażeniami mięśni kończyn i/lub uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez odpowiednie badania laboratoryjne. Konieczne jest utrzymywanie się objawów 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 neuronu ruchowego** – choroba o nieznanym etiologii, charakteryzująca się postępującym zwyrodnieniem szlaków korowo – rdzeniowych, komórek przednich rdzenia i/lub neuronów opuszki. Definicja obejmuje następujące jednostki chorobowe:
 - a. rdzeniowy zanik mięśni (SMA);
 - b. postępujące porażenie opuszkowe (PBP);
 - c. stwardnienie zanikowe boczne (ALS);
 - d. pierwotne stwardnienie boczne (PLS).

- Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii, konieczne jest wykluczenie innych jednostek chorobowych dających podobne objawy;
- 7) **Choroba Parkinsona** – 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) **Ciężkie oparzenia** – uszkodzenie tkanek czynnikami termicznymi, elektrycznymi lub chemicznymi, powodujące oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20 % powierzchni ciała. Jako kryterium pomiaru przyjmuje się tabelę powierzchni ciała Lunda i Browdera;
- 9) **Dystrofia mięśniowa** – genetycznie uwarunkowana choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym, charakteryzująca się postępującym osłabieniem i zanikiem mięśni, bez objawów zajęcia układu nerwowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie badania elektromiograficznego (EMG) oraz biopsji mięśnia, a ocena podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living”) musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum trzech z listy sześciu podstawowych czynności życiowych w ciągu co najmniej 6 miesięcy:
- 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) **Enderterektomia tętnicy szyjnej (CEA)** – 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) **Kardiomiopatia** – dysfunkcja mięśnia sercowego o różnej etiologii, prowadząca do jego nieodwracalnej niewydolności, spełniającej kryterium co najmniej III klasy wg NYHA (New York Heart Association), 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) **Leczenie operacyjne choroby wieńcowej** – operacja chirurgiczna przeprowadzona przy otwartej klatce piersiowej, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wszczepienie pomostu omijającego. Definicja nie obejmuje angioplastyki wieńcowej, jakichkolwiek innych zabiegów wykonywanych od strony światła naczynia, ani zabiegów wykorzystujących techniki laserowe;
- 13) **Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy** – 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) **Nieswoiste zapalenie jelita o ciężkim przebiegu** – 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) **Niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do stosowania u Ubezpieczonego przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki;
- 16) **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie zdrowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Definicja nie obejmuje:
- nowotworów o typie carcinoma in situ (łącznie z dysplazją szyjki macicy CIN-1, CIN-2 i CIN-3) lub opisanych jako nowotwory przedinwazyjne/nieinwazyjne;
 - nowotworów skóry z wyjątkiem chłoniaka skóry oraz czerniaka złośliwego o stopniu zaawansowania większym niż IA w klasyfikacji TNM (grubość > 1.0 mm, owrzodzenie) – zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC;
 - wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
- 17) **Operacja aorty** – 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 zastawek serca** – operacja na otwartym sercu, polegająca na przeszczepieniu, wszczepieniu lub naprawie jednej lub kilku zastawek serca. Definicja nie obejmuje zabiegów polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczyń krwionośnych oraz wymiany wszczepionej wcześniej zastawki. Zabieg musi wynikać ze wskazań klinicznych, potwierdzonych przez specjalistę w zakresie kardiologii, a uszkodzenie zastawek musi być potwierdzone badaniem naczyniowym lub echokardiograficznym;
- 19) **Paraliż** – całkowita utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn, spełniająca kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovetta, spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu. 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) **Pierwotne nadciśnienie płucne** – pierwotna choroba naczyń tętniczych płuc, przebiegająca z istotnym poszerzeniem jamy prawej komory serca, skutkująca stałym i nieodwracalnym pogorszeniem wydolności fizycznej, spełniająca kryteria co najmniej III klasy wg NYHA (New York Heart Association), powodująca niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania swojej zwykłej aktywności zawodowej. Do potwierdzenia rozpoznania konieczne jest stwierdzenie podczas cewnikowania tętnicy płucnej istotnego wzrostu ciśnienia (średnio 30 mmHg lub powyżej). Definicja nie obejmuje nadciśnienia płucnego rozwijającego się wtórnie do istniejących schorzeń (wtórne nadciśnienie płucne);
- 21) **Piorunujące zapalenie wątroby** – masywna martwica komórek wątrobowych spowodowana zakażeniem wirusowym, powodująca szybko postępującą niewydolność wątroby. Konieczne jest potwierdzenie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zakażeniem wirusowym, a niewydolnością wątroby oraz spełnienie wszystkich poniższych warunków:
- szybkie zmniejszanie się wielkości wątroby;
 - martwica obejmująca całe zraziki wątrobowe;
 - szybkie pogarszanie się wskaźników funkcji wątroby;
 - narastanie żółtaczki.
- Definicja nie obejmuje przypadków niewydolności wątroby spowodowanych przez alkohol, leki lub inne substancje chemiczne;
- 22) **Postępująca twardzina układowa (scleroderma)** – ogólnoukładowa choroba tkanki łącznej i naczyń, powodująca włóknienie w obrębie skóry, naczyń krwionośnych i narządów wewnętrznych. W rozumieniu niniejszych OWUD choroba musi dotyczyć serca, płuc lub nerek i muszą być spełnione co najmniej dwa z poniższych warunków:
- badanie zdolności dyfuzyjnej płuc dla tlenu węgla (DLCO) < 70% wartości prawidłowych;
 - wskaźnik filtracji kłębkowej (eGFR) < 60 ml/min;
 - występowanie objawów niewydolności serca lub zaburzeń rytmu serca, wymagających leczenia lub występowanie zapalenia osierdzia.
- Definicja nie obejmuje zlokalizowanych postaci sklerodermi, zapalenia eozynofilowego powięzi oraz przypadków rozpoznanych jako zespół CREST;
- 23) **Poważny uraz głowy** – uraz czaszkowo-mózgowy powodujący powstanie trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy od daty zdarzenia. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie badania klinicznego i wyników badań obrazowych;
- 24) **Przeszczepienie narządu** – 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) **Przewlekła niewydolność wątroby** – końcowe stadium choroby wątroby charakteryzujące się istnieniem jednego z poniższych objawów:
- trwała żółtaczka;
 - 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) **Przewlekłe nawracające zapalenie trzustki** – przewlekły proces zapalny powodujący postępujące, nieodwracalne zmiany w mięszu (zanik, włóknienie) oraz stopniowy rozwój niewydolności zewnątrzwydzielniczej i wewnątrzwydzielniczej trzustki. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie gastroenterologii w oparciu o dane kliniczne i wyniki badań obrazowych. Definicja nie obejmuje przypadków zapalenia trzustki związanych z nadużywaniem alkoholu;
- 27) **Reumatoidalne zapalenie stawów** – przewlekła choroba tkanki łącznej charakteryzująca się nieswoistym zapaleniem stawów, zmianami pozastawowymi i objawami układowymi. Konieczne jest spełnienie wszystkich poniższych warunków:
- rozpoznanie spełnia kryteria diagnostyczne Amerykańskiego Towarzystwa Reumatologicznego (American College of Rheumatology);
 - stwierdza się uszkodzenie i deformację trzech lub więcej grup stawów: rąk, nadgarstków, łokci, kolan, bioder, stawów skokowych, stóp, kręgosłupa szyjnego;
 - ocena podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living”) musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum trzech z listy sześciu podstawowych czynności życiowych w ciągu co najmniej 6 miesięcy:
 - mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;
 - zdolność do ubierania / rozbierania się;
 - używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
 - zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
 - wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
 - picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków;
- 28) **Stwardnienie rozsiane** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) charakteryzująca się powstawaniem obszarów demielinizacji. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie aktualnych kryteriów diagnostycznych McDonalda 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) **Śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin, oceniany na nie więcej niż 7 stopni w Skali Glasgow (Glasgow Coma Scale), powodujący powstanie trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Definicja nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej, a także wynikających z użycia leków, alkoholu i innych substancji odurzających;
- 30) **Toczeń rumieniowaty układowy** – ogólnoustrojowa choroba autoimmunologiczna o nieznannej 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):

- a. klasa I – minimalne zmiany mezangialne;
 - b. klasa II – zmiany mezangialne proliferacyjne;
 - c. klasa III – zmiany ogniskowe;
 - d. klasa IV – zmiany rozsiane;
 - e. klasa V – błoniaste kłębkowe zapalenie nerek;
 - f. klasa VI – zaawansowane zmiany stwardnieniowe.
- Definicja nie obejmuje innych form choroby, np. przebiegających z zajęciem skóry, stawów, czy dających jedynie zmiany w obrazie krwi;
- 31) **Udar mózgu** – nagłe, 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 potwierdzonych 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;
- 32) **Usunięcie płuca (Pneumonektomia)** – torakotomia przeprowadzona w celu usunięcia całego płuca, uszkodzonego wskutek urazu lub choroby. Definicja nie obejmuje usunięcia fragmentu tkanki płucnej (lobektomia, segmentektomia);
- 33) **Utrata kończyn** – całkowita fizyczna utrata dwóch lub więcej kończyn, spowodowana urazem. Definicja obejmuje również utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp, a także łączną utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy;
- 34) **Utrata mowy** – trwała i nieodwracalna całkowita utrata zdolności mówienia w wyniku choroby lub wypadku, powodujących uszkodzenie strun głosowych, utrzymująca się przez co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii. Definicja nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi;
- 35) **Utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie laryngologii, w oparciu o wyniki badań audiometrycznych, wykazujących średni ubytek słuchu (badany dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz) przekraczający 90 dB w każdym uchu;
- 36) **Utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach, rozumiana jako osłabienie ostrości wzroku poniżej 5/50 (0,01) lub ograniczenie pola widzenia poniżej 20%, spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym i korekcyjnym. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie okulistyki;
- 37) **Zaawansowana choroba płuc** – sphyłkowe stadium przewlekłej choroby układu oddechowego, w przebiegu której występują wszystkie z poniższych objawów:
- a. wartość FEV1 utrzymuje się poniżej 1 litra;
 - b. wymagane jest stałe leczenie tlenem z powodu hipoksemii;
 - c. ciśnienie parcjalne tlenu w gazometrii krwi tętniczej wynosi poniżej 55 mmHg;
 - d. występuje stała duszność spoczynkowa.
- Rozpoznanie musi być potwierdzone klinicznie przez specjalistę w zakresie pneumonologii;
- 38) **Zakażenie wirusem HIV**
- a. Zakażenie wirusem HIV związane z przetoczeniem krwi. Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że:
 - a) do zakażenia doszło w okresie ubezpieczenia, podczas przetaczania ze wskazań medycznych krwi lub preparatów krwiopochodnych;
 - b) Ubezpieczony nie był leczony z powodu hemofilii;
 - c) do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy po przetoczeniu;
 - d) obecność infekcji HIV została potwierdzona w autoryzowanym laboratorium.
 - b. Zakażenie wirusem HIV związane z pracą zawodową. Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że:
 - a) do zakażenia doszło w wyniku zakłucia się igłą w czasie wykonywania obowiązków zawodowych jako: lekarz/stomatolog, pielęgniarka, ratownik medyczny, strażak lub policjant;
 - b) wypadek, który mógł być przyczyną zakażenia zdarzył się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i został zgłoszony do Towarzystwa w terminie siedmiu dni wraz z ujemnym wynikiem testu w kierunku HIV, wykonanym po wypadku;
 - c) do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy od wypadku;
 - d) obecność infekcji HIV została potwierdzona w autoryzowanym laboratorium.
- Definicja nie obejmuje przypadków zakażenia, do których doszło w inny sposób, np. drogą kontaktów seksualnych lub dożylnego stosowania środków odurzających. Towarzystwo musi posiadać prawo dostępu do wyników badań krwi Ubezpieczonego i mieć prawo do zlecenia niezależnych badań kontrolnych;
- 39) **Zapalenie mózgu** – stan zapalny tkanki mózgowej (półkul mózgu, pnia mózgu lub mózdzku), spowodowany czynnikiem infekcyjnym, prowadzący do powstania trwałych ubytków neurologicznych, których istnienie może być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii po 6 miesiącach od początku zachorowania;
- 40) **Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99 centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- a. objawy kliniczne niedokrwienia serca;
 - b. zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe, znamienne zmiany odcinka ST – załamek T (ST-T), patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa);
 - c. nowy ubytek żywego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych;

- d. obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionego badaniem angiograficznym lub w autopsji.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 4

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 5

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

tabela nr 1

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

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 6

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

- wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
- 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);
- 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;
- wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
- prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- wad wrodzonych Ubezpieczonego i schorzeniami będącymi ich skutkiem;

- 9) choroby AIDS Ubezpieczonego lub zarażenia się wirusem HIV przez Ubezpieczonego (za wyjątkiem zakażenia wirusem HIV będącego przedmiotem ubezpieczenia zgodnie z § 3 pkt 38);
 a także, jeżeli Poważne zachorowanie:
 10) zostało zdiagnozowane lub było leczone u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
 11) było następstwem schorzeń lub stanów zdiagnozowanych lub leczonych u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej;
 12) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w § 18 OWU.

§ 7

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

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 8

1. Z tytułu wystąpienia Poważnego zachorowania Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości:
 - 1) 50% 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 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 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 następujących nowotworów (nowotwory we wczesnym stopniu zaawansowania):
 - a) rak sutka w stopniu zaawansowania T1 bez przerzutów wg klasyfikacji TNM;
 - b) rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1(a) oraz T1(b) bez przerzutów wg klasyfikacji TNM;
 - c) brodawkowaty rak tarczycy w stopniu zaawansowania T1 bez przerzutów wg klasyfikacji TNM;
 - d) przewłękła białaczka limfocytowa w stopniu zaawansowania mniejszym niż 2 wg klasyfikacji RAI;
 - e) ziarnica złośliwa w stopniu zaawansowania mniejszym niż 2 wg klasyfikacji Ann Arbor;
 - b. II stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku rozpoznania nowotworów o wyższym stopniu zaawansowania niż wskazane w pkt 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 nie przekraczającej 10% wartości wyjściowej;
 - b. II stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku, gdy w wyniku niewydolności trzustki doszło do utraty masy ciała przekraczającej 10% wartości wyjściowej i/ lub rozpoznania cukrzycy.
 Utrata masy ciała oceniana jest po czterech miesiącach od rozpoznania przewłękłego 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.

tabela nr 2

Grupa I	Grupa II	Grupa III	Grupa IV	Grupa V
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 inwazyjny 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.

Wypłata świadczenia

§ 9

- 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 potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania.
- W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
- Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
- Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 10

- W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
- Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO ŚWIADCZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

(KOD PPR_DDB_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego świadczenia na wypadek Poważnego zachorowania (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU i SWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o świadczenie dla Ubezpieczonego na wypadek Poważnego zachorowania.

Definicje

§ 2

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

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje:

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

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 5

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

Wypłata świadczenia

§ 6

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 7

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

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

(KOD PPR_DCHB_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

- 1) **Pobyt w szpitalu w wyniku Choroby** – 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 2 kolejne dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia, spowodowany Chorobą. Okres Pobytu w szpitalu w wyniku Choroby liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala. Jeżeli w czasie Pobytu w szpitalu w wyniku Choroby nastąpił zgon, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu. W rozumieniu niniejszej definicji Pobyt w szpitalu w wyniku Choroby nie jest pobyt w:
 - a. hospicjum, placówkach leczenia odwykowego, placówkach dla przewlekłe chorych;
 - b. zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności: szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach, prewentiach;
 - c. zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych;
 - d. szpitalach rehabilitacyjnych, ośrodkach rehabilitacyjnych lub oddziałach rehabilitacyjnych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

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

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku Choroby, jeżeli jego konieczność była konsekwencją:
 - 1) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 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 na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 4) wad wrodzonych Ubezpieczonego i schorzeń będących ich skutkiem;
 - 5) choroby AIDS Ubezpieczonego lub zarażenia się wirusem HIV przez Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku Choroby, jeżeli miał on na celu:
 - 1) operację plastyczną lub kosmetyczną Ubezpieczonego;
 - 2) wykonywanie przez Ubezpieczonego rutynowych badań lekarskich lub badań diagnostycznych niewynikających z zachorowania;
 - 3) wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych u Ubezpieczonego;
 - 4) leczenie lub zabiegi związane z ciążą, porodem i położeniem Ubezpieczonego (poza przypadkami, gdy zdiagnozowano komplikacje położu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiący zagrożenie dla życia Ubezpieczonego), leczenie bezpłodności, sterylizację, sztuczne zapłodnienie lub usunięcie ciąży (z wyjątkiem sytuacji, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia Ubezpieczonego), zmianę płci Ubezpieczonego;
 - 5) poddanie się leczeniu dentyścycznemu przez Ubezpieczonego;
 - 6) pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu od Ubezpieczonego;
 - 7) leczenie wszelkiego rodzaju uzależnień Ubezpieczonego;a także, jeżeli Pobyt w szpitalu w wyniku Choroby:
 - 8) został zlecony Ubezpieczonemu lub o którym postanowiono przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 9) był następstwem schorzeń lub stanów zdiagnozowanych lub leczonych u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 10) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w § 18 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 6

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

Wypłata świadczenia

§ 7

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 Choroby;
 - 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. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO DRUGIEJ OPINII MEDYCZNEJ

(KOD PPR_BD_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego Drugiej opinii medycznej (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych niezmiennych niniejszymi OWUD postanowień OWU i SWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Drugą opinię medyczną.

Definicje

§ 2

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

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje sporządzenie Drugiej opinii medycznej dla Ubezpieczonego w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, o którym mowa w § 7 ust. 2 OWUD, zgodnie z definicjami określonymi w OWUD Umowy dodatkowej na wypadek Poważnego zachorowania.

§ 5

Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- 1) Sporządzenie Drugiej opinii medycznej, w ramach której Towarzystwo za pośrednictwem Best Doctors zobowiązuje się do:
 - a. udzielenia Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie Drugiej opinii medycznej, a w razie potrzeby zobowiązuje się do zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów; w przypadku chorób nowotworowych może być przeprowadzone ponowne badanie histopatologiczne;
 - b. przetłumaczenia zebranej dokumentacji medycznej na język angielski, a następnie sporządzenia z niej streszczenia;
 - c. przesłania streszczenia do lekarza konsultanta, specjalizującego się w danym schorzeniu;
 - d. zapewnienia sporządzenia Drugiej opinii medycznej, zawierającej: potwierdzenie bądź nową diagnozę, efektywny sposób leczenia, rokowania;
 - e. przetłumaczenia Drugiej opinii medycznej na język polski oraz udostępnienia jej Ubezpieczonemu lub na wniosek Ubezpieczonego lekarzowi prowadzącemu, pod opieką którego on się znajduje;
 - f. wskazanie lekarzy kwalifikujących się do podjęcia procesu leczenia Ubezpieczonego, czyli:
 - a) wyszukanie lekarza specjalizującego się w danym schorzeniu;
 - b) dostarczenie Ubezpieczonemu raportu zawierającego informacje o dostępności lekarza, sposobie, w jaki można umówić się na wizytę, dokumentacji medycznej potrzebnej na wizytę oraz zawierającego informacje o doświadczeniu lekarza. W raporcie zawarte są opisy maksymalnie trzech rekomendowanych lekarzy;
 - g. zorganizowanie procesu leczenia Ubezpieczonego za granicą, czyli:
 - a) zorganizowanie oraz koordynację terapii medycznej;
 - b) zorganizowanie oraz koordynację transportu Ubezpieczonego do miejsca gdzie przeprowadzane jest leczenie;
 - c) zorganizowanie zakwaterowania Ubezpieczonego;
 - d) przedstawienie szacunkowego kosztu leczenia.
- 2) Prawo do usług określonych w ppkt f i g przysługuje pod warunkiem, że wcześniej została sporządzona Druga opinia medyczna dla Ubezpieczonego.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 6

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe objęte ochroną ubezpieczeniową było konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 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, 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 niebezpiecznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, 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 Drugiej opinii medycznej, jeżeli choroba lub uszkodzenie ciała powodujące trwałą, krytyczną, nieodwracalną utratę zdrowia nastąpiły wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w ust. 1, a ponadto jeśli powstały wskutek:
 - 1) poddania się leczeniu dentystrycznemu przez Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany został Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 2) operacji plastycznej lub kosmetycznej Ubezpieczonego z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) leczenia wszelkiego rodzaju uzależnień Ubezpieczonego;
 - 4) przypadków związanych z usuwaniem ciąży lub będących jego następstwem.

Świadczenie z tytułu Drugiej opinii medycznej

§ 7

1. Świadczenie obejmuje proces organizowania usług określonych w § 5 pkt 1, natomiast nie obejmuje kosztów wizyt lekarskich i badań diagnostycznych zaleconych lub niezbędnych do sporządzenia Drugiej opinii medycznej, za wyjątkiem badań histopatologicznych, nie obejmuje również kosztów terapii medycznej, transportu czy zakwaterowania.
2. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli u Ubezpieczonego rozpoznano Chorobę lub uszkodzenie ciała powodujące trwałą, krytyczną, nieodwracalną utratę zdrowia tj:
 - 1) Chorobę neuronu ruchowego;
 - 2) Ciężkie oparzenia;
 - 3) Niewydolność nerek;
 - 4) Nowotwór złośliwy inwazyjny;
 - 5) Operacja zastawek serca;
 - 6) Paraliż;
 - 7) Przeszczepienie narządu;
 - 8) Stwardnienie rozsiane;
 - 9) Śpiączkę;
 - 10) Udar mózgu;
 - 11) Utratę mowy;
 - 12) Utratę słuchu;
 - 13) Utratę wzroku;
 - 14) Zakażenie wirusem HIV.
3. Przez Chorobę lub uszkodzenie ciała wskazane w ust. 2 rozumie się ich definicje określone w OWUD Umowy dodatkowej na wypadek Poważnego zachorowania.
4. Zgłaszając się do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors Ubezpieczony powinien podać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) adres zamieszkania;
 - 3) numer telefonu do kontaktu zwrotnego.
5. W przypadku potwierdzenia ochrony ubezpieczeniowej zgłaszający otrzyma przesyłkę zawierającą zestaw formularzy niezbędnych do spełnienia świadczenia.
6. Zgłaszający zobowiązany jest dostarczyć do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors pełną dokumentację medyczną, dotyczącą przypadku medycznego w związku z którym wnioskuje o sporządzenie Drugiej opinii medycznej dla Ubezpieczonego.
7. Centrum Obsługi Klienta Best Doctors przesyła Drugą opinię medyczną w ciągu 17 dni roboczych liczonych od daty, w której spełniony został warunek określony w ust. 6.

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

Postanowienia końcowe

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD PPR_ADISB3_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

- 1) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej jego utracie lub upośledzeniu jego funkcji. Definicja obejmuje wyłącznie przypadki umieszczone w Tabeli uszczerbków na zdrowiu stanowiącej załącznik nr 1 do OWUD.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

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

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego był konsekwencją:

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
- 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 niebezpiecznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- 8) okoliczności, o których mowa w § 18 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 6

1. W przypadku Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu określony procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku.
2. Procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej określany jest zgodnie z tabelą nr 1 w zależności od stopnia (procentu) tego uszczerbku ustalonego zgodnie z Tabelą uszczerbków na zdrowiu stanowiącą załącznik nr 1 do OWUD.

tabela nr 1

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

- Procent ustalonego Trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może przekroczyć 100%.
- W przypadku, gdy wystąpi więcej niż jeden rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu, suma ustalonych uszczerbków nie może przekroczyć 100%.
- Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego wystąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - do powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego doszło przed upływem 180 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
 - z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu.
- Oceny stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonuje się po zakończeniu leczenia i zalecanej przez lekarza rehabilitacji na podstawie dokumentacji, o której mowa w § 7 ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
- Rodzaj wykonywanych przez Ubezpieczonego czynności i charakter jego pracy nie mają wpływu na ocenę stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
- 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.
- Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie stanowi podstawy do zmiany wysokości świadczenia.

Wypłata świadczenia

§ 7

- 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.
- Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 8

- W sprawach nieregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia SWU i OWU.
- Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

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

(KOD PPR_ADCHB_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

- 1) **Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku** – 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 2 kolejne dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia, spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem. Definicja obejmuje także pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym lub oddziale rehabilitacyjnym. 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. hospicjum, placówkach leczenia odwykowego, placówkach dla przewlekle chorych;
 - b. zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności: szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach, prewentoriach;
 - c. zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

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

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, 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) 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, uświelenia lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, 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 w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli miał on na celu:
 - 1) operację plastyczną lub kosmetyczną Ubezpieczonego, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

- 2) wykonywanie przez Ubezpieczonego rutynowych badań lekarskich lub badań diagnostycznych niewynikających z Nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych u Ubezpieczonego, z wyjątkiem rehabilitacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 4) poddanie się leczeniu dentystrycznemu przez Ubezpieczonego, z wyjątkiem leczenia dentystrycznego niezbędnego do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
- a także, jeżeli Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku:
- 5) został zlecony Ubezpieczonemu lub o którym postanowiono przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 6) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w § 18 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 6

1. W przypadku Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu za każdy dzień pobytu w szpitalu 0,5% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia zdarzenia.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie łącznie za nie więcej niż 200 dni Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
3. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia, ten dzień uwzględnia się jeden raz.
4. Zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku możliwe jest także w trakcie pobytu w szpitalu po 30 dniu tego pobytu. Zasadę tę stosuje się do każdego kolejnego 30-dniowego okresu pobytu w szpitalu.

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia 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 Nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) kopię zaświadczenia o trwającej hospitalizacji wydanego przez lekarza prowadzącego w przypadku gdy pobyt w szpitalu się nie zakończył;
 - 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. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

(KOD PPR_ISE_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Niezdolności do samodzielnej egzystencji (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU i SWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji.

Definicje

§ 2

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

- 1) **Niezdolność do samodzielnej egzystencji** – naruszenie sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, spowodowana chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem, stwierdzona przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub komisję lekarską Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i orzeczona na okres nie krótszy niż 24 miesiące.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Niezdolność do samodzielnej egzystencji jest konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 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 lub udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, 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 Niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, jeżeli w dniu zawarcia Umowy dodatkowej Ubezpieczony pozostawał Niezdolny do samodzielnej egzystencji lub przebywał na zwolnieniu lekarskim, związanym z późniejszym orzeczeniem, przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub komisję lekarską Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 6

W przypadku wystąpienia Niezdolności do samodzielnej egzystencji Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Niezdolności do samodzielnej egzystencji, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:

- 1) Choroba lub Nieszczęśliwy wypadek, które spowodowały Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, wystąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji wystąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 3) Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji orzeczona została przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub komisję lekarską Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na okres nie krótszy niż 24 miesiące;
- 4) orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o Niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji jest orzeczeniem pierwszorazowym.

Wypłata świadczenia

§ 7

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 orzeczenia lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o Niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej;
 - 3) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO ASSISTANCE

(KOD PPR_AST_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

- 1) **Centrum Pomocy Generali** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe czynne przez całą dobę, 365 dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej w zakresie usług pomocy medycznej (medycznego assistance) oraz niezwłocznie organizuje wykonanie wymaganej usługi (zwane dalej „Centrum”). Numer telefonu Centrum wskazany jest w Dokumencie ubezpieczenia;
- 2) **Dziecko** – osoba pozostająca pod władzą rodzicielską Ubezpieczonego, która w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie przekroczyła 18 roku życia;
- 3) **Hospitalizacja** – leczenie w Szpitalu trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny, licząc od momentu przyjęcia do Szpitala;
- 4) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi dokumentami, do udzielania świadczeń medycznych, nie będąca członkiem najbliższej rodziny Ubezpieczonego;
- 5) **Lekarz Centrum Pomocy Generali** – lekarz współpracujący z Centrum (zwany dalej „Lekarz Centrum”);
- 6) **Miejsce zamieszkania** – wskazane przez Ubezpieczonego we wniosku o zawarcie Umowy Miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 7) **Nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, wymagający natychmiastowej pomocy medycznej;
- 8) **Opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną** – opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną, polegająca na zapewnieniu niezbędnych warunków bytowych;
- 9) **Osoba niesamodzielną** – 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;
- 10) **Osoba wskazana do opieki** – osoba zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazana przez Ubezpieczonego, w momencie zgłoszenia zdarzenia do Centrum, do sprawowania opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną. Wskazanie osoby do opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad wyżej wymienionymi osobami;
- 11) **Szpital** – działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej – na terenie krajów Unii Europejskiej lub krajów Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu – o ile wynika to 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;
- 12) **Usługi medycznego assistance** – zorganizowanie przez Centrum pomocy medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej – o ile wynika to z zakresu usługi opisanego w OWUD, opieki nad ludźmi, a także świadczenie usług informacyjnych, w związku z zajściem Nieszczęśliwego wypadku, Nagłego zachorowania lub innego zdarzenia uprawniającego do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
- 13) **Zwierzęta domowe** – stanowiący własność Ubezpieczonego kot należący do ras domowych lub pies z wyłączeniem ras uznanych za agresywne zgodnie z powszechnie obowiązującymi w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przepisami prawa.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

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

§ 5

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Usługi medycznego assistance:
 - 1) Usługi realizowane w przypadku Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
 - a. wizyta pielęgniarki – Centrum organizuje i pokrywa koszty dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego oraz pokrywa jej honorarium, jeżeli Ubezpieczony był Hospitalizowany przez okres dłuższy niż 3 dni. Opieka pielęgniarska obejmuje wykonanie niezbędnych zabiegów pielęgnarskich w okresie nie dłuższym niż 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez lekarza prowadzącego;
 - b. dostawa leków – Centrum organizuje i pokrywa koszt dostarczenia leków przepisanych przez Lekarza, do miejsca pobytu Ubezpieczonego, w sytuacji gdy stan zdrowia wymaga leżenia zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego;
 - c. dostawa sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego – Centrum organizuje i pokrywa koszt dostarczenia drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego w sytuacji, gdy stan zdrowia wymaga leżenia zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego;

- d. organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem Lekarza, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum organizuje i pokrywa koszty wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego;
 - e. transport medyczny – Centrum organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego Ubezpieczonego:
 - a) z Miejsca zamieszkania do najbliższego, wyznaczonego przez Lekarza Centrum Szpitala;
 - b) ze Szpitala do Szpitala (jeżeli placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony, nie może zapewnić mu wymaganej opieki, bądź gdy skierowany on jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny);
 - c) ze Szpitala do Miejsca zamieszkania (jeżeli hospitalizacja trwała dłużej niż 5 dni);
 - f. pomoc domowa po Hospitalizacji – jeżeli Ubezpieczony był Hospitalizowany dłużej niż 5 dni, Centrum organizuje i pokrywa koszty pomocy domowej (przygotowywanie posiłków, wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych, drobne zakupy, drobne porządki) po zakończeniu Hospitalizacji. Koszty zakupu wszelkich materiałów, środków spożywczych i usług ponosi Ubezpieczony. Usługa świadczona jest w godzinach 8:00-16:00 w Miejscu zamieszkania;
 - g. organizacja procesu rehabilitacyjnego – Centrum organizuje rehabilitację oraz transport Ubezpieczonego na odpowiednie zabiegi w poradni rehabilitacyjnej najbliższej Miejscu zamieszkania lub innej wskazanej przez Ubezpieczonego. Koszt rehabilitacji oraz transportu ponosi osoba wnioskująca o świadczenie;
 - h. opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną – jeżeli Ubezpieczony jest Hospitalizowany, a w jego Miejscu zamieszkania bez opieki pozostaje Dziecko lub Osoba niesamodzielną, Centrum organizuje i pokrywa koszty tylko jednego ze świadczeń:
 - a) opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną – Centrum organizuje i pokrywa koszty opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego;
 - b) transport Ubezpieczonego lub Osoby niesamodzielnej do Osoby wskazanej do opieki – Centrum organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla Ubezpieczonego lub Osoby niesamodzielnej z jego Miejsca zamieszkania do Miejsca zamieszkania Osoby wskazanej do opieki;
 - c) transport opiekuna do opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną – Centrum organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla opiekuna z jego Miejsca zamieszkania do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego;
- 2) Usługa realizowana w przypadku Nieszczęśliwego wypadku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
 - a. Centrum organizuje i pokrywa koszty dojazdu oraz honorarium Lekarza za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego bądź organizuje i pokrywa koszty wizyty w najbliższej placówce medycznej, za maksymalnie 4 wizyty w Roku polisy;
 - b. Centrum organizuje i pokrywa koszty dojazdu oraz honorarium za opiekę nad zwierzętami jeżeli Ubezpieczony jest Hospitalizowany i z informacji otrzymanych od lekarza prowadzącego wynika, iż okres ten będzie dłuższy niż 3 dni, a w miejscu jego zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej bez opieki pozostają Zwierzęta domowe. Centrum zorganizuje świadczenie, do wyboru przez Ubezpieczonego:
 - a) opiekę nad Zwierzętami domowymi – zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki nad Zwierzętami domowymi w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego przez pierwsze 3 dni od Nieszczęśliwego wypadku polegająca na karmieniu (karmę zapewnia Ubezpieczony), wyprowadzaniu na spacer oraz utrzymaniu higieny psa lub kota lub transport do osoby wskazanej, lub transport do najbliższego schroniska dla zwierząt; opieka nie obejmuje leczenia weterynaryjnego;
 - b) transport Zwierząt domowych – zorganizowanie i pokrycie kosztów przewozu Zwierząt domowych do osoby wskazanej przez Ubezpieczonego lub do schroniska/hotelu dla zwierząt. Warunkiem wykonania świadczenia jest dostarczenie przez Ubezpieczonego lub osobę wskazaną aktualnej książeczki szczepień zwierzęcia;
 - 3) Usługa realizowana w przypadku urodzenia się Dziecka Ubezpieczonemu – Centrum organizuje i pokrywa koszty dojazdu położnej do miejsca pobytu Ubezpieczonego i pokrywa koszty jej honorarium;
 - 4) Usługa realizowana w przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek jego Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – Centrum organizuje i pokrywa koszty łóżka szpitalnego dla prawnego opiekuna Ubezpieczonego;
 - 5) Usługa realizowana w trudnych sytuacjach losowych, takich jak zgon albo ciężka choroba Ubezpieczonego, Dziecka, Rodziców albo Teściów Ubezpieczonego – Centrum organizuje i pokrywa koszt wizyty u psychologa w placówce medycznej lub koszt dojazdu do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz honorarium psychologa;
 - 6) Usługi realizowane na wniosek Ubezpieczonego:
 - a. osobisty asystent – na wniosek Ubezpieczonego Centrum organizuje wybrane świadczenie:
 - a) telefoniczna konsultacja z lekarzem – Centrum zapewni Ubezpieczonemu całodobowy dostęp do infolinii medycznej polegający na telefonicznej rozmowie z Lekarzem Centrum, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli ustnej informacji co do dalszego toku postępowania oraz telefoniczny dostęp do informacji o lekach, ich działaniu, interakcjach z innymi środkami, przeciwwskazaniach, dawkowaniu, ich zamiennikach;
 - b) organizacja wizyty u lekarza specjalisty – jeżeli Lekarz wysłany przez Centrum zaleci wizytę u lekarza specjalisty, Centrum zorganizuje wizytę w najbliższym możliwym terminie wskazanym przez Ubezpieczonego. Koszt wizyty ponosi osoba wnioskująca o świadczenie;
 - c) osoba towarzysząca przy transporcie ze Szpitala do Szpitala – jeżeli Ubezpieczony korzysta ze świadczenia transportu ze Szpitala do Szpitala, opisanego w ust. 1 pkt 1 ppkt e pppkt b, Centrum organizuje i pokrywa koszt transportu osoby towarzyszącej;
 - b. Centrum zapewni Ubezpieczonemu możliwość rozmowy z lekarzem dyżurnym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji co do dalszego postępowania. Informacje udzielone przez Lekarza Centrum nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.
Porady udzielane na infolinii medycznej, o których mowa w ust. 1 pkt 6 ppkt a oraz w ust. 1 pkt 6 ppkt b mają charakter wyłącznie informacyjny i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec uprawnionego Lekarza i Centrum. Ponadto Centrum udostępni Ubezpieczonemu następujące informacje:
 - a) baza danych aptek na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów;
 - b) baza danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia;
 - c) baza danych placówek medycznych (lekarzy ogólnych, Szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez Lekarza Centrum;
 - d) baza danych placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych);
 - e) baza danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - f) baza danych placówek opieki społecznej;

- g) baza danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
 - h) działania, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia);
 - i) informacja o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań;
 - j) informacja medyczna o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów);
 - k) informacja farmaceutyczna o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne; interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów;
 - l) informacje o zasadach zdrowego żywienia i dietach;
 - m) informacja o grupach wsparcia i telefonach zaufania w Polsce dla osób w trudnej sytuacji rodzinnej, samotnych matek, cierpiących na określone schorzenia lub dotkniętych narkomanią, alkoholizmem, nikotynizmem, przemocą domową, chorobą nowotworową, cukrzycą, otyłością, anoreksją, bulimią albo depresją;
 - n) informacja o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia;
 - o) informacja o uwarunkowaniach medycznych ciąży i innych zapytań dotyczących ciąży;
 - p) informacje dla młodych matek dotyczące pielęgnacji niemowląt;
 - q) informacje o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy;
 - r) instrukcja przygotowania do zabiegów i badań medycznych;
 - s) profilaktyka zachorowań na grypę;
- 7) Usługi realizowane w przypadku Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
- a. wizyta Lekarza – Centrum organizuje wizytę lekarską w miejscu pobytu Ubezpieczonego bądź organizuje wizytę u Lekarza w placówce medycznej, pokrywa koszty dojazdu i honorarium Lekarza;
 - b. wizyta pielęgniarki – Centrum organizuje wizytę pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego, w okresie nie dłuższym niż 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez Lekarza Centrum;
 - c. transport medyczny – Centrum organizuje transport medyczny z miejsca zdarzenia lub pobytu Ubezpieczonego do najbliższego Szpitala lub innej placówki medycznej wskazanej przez Lekarza Centrum;
 - d. transport medyczny powrotny – Centrum organizuje transport ze Szpitala lub innej placówki medycznej do miejsca pobytu Ubezpieczonego odpowiednim, zalecanym przez lekarza prowadzącego środkiem transportu;
 - e. transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi – Centrum organizuje transport ze Szpitala do Szpitala (jeśli placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony nie może zapewnić mu wymaganej opieki lub gdy skierowany on jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny) odpowiednim środkiem transportu zalecanym przez lekarza prowadzącego;
 - f. przekazywanie informacji – jeżeli Ubezpieczony jest Hospitalizowany, Centrum zapewnia usługi informacyjne polegające na przekazaniu na wyraźne życzenie Ubezpieczonego ważnych wiadomości jego rodzinie lub pracodawcy, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych 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 Ubezpieczonego, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 6

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

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 3) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 4) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
- 5) 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 przez Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- 6) poddania się eksperymentowi medycznemu przez Ubezpieczonego lub zabiegowi o charakterze medycznym; przeprowadzonemu poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych;
- 7) leczenia stomatologicznego, operacji kosmetycznych lub plastycznych Ubezpieczonego z wyjątkiem przypadków gdy ich przeprowadzenie spowodowane było koniecznością usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
- 8) operacji zmiany płci Ubezpieczonego, pozbawienia płodności, usunięcia ciąży (z wyjątkiem sytuacji, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia Ubezpieczonego), sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności u Ubezpieczonego;
- 9) pobrania narządów lub tkanek do przeszczepu od Ubezpieczonego;
- 10) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
- 11) niestosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarza prowadzącego lub Lekarza Centrum;
- 12) chorób przewlekłych Ubezpieczonego rozumianych jako schorzenie utrzymujące się długotrwale, a w trakcie jego przebiegu mogą występować okresy zaostrzenia, mniejszego lub czasowego ustąpienia objawów i które zostało zdiagnozowane lub było leczone przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej;
- 13) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę górską lub skałową, 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

§ 7

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

tabela nr 1

	Usługa medycznego assistance	Limit świadczenia na zdarzenie
Usługi realizowane w przypadku Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	Wizyta pielęgniarki	400,00 zł
	Dostawa leków	500,00 zł
	Transport medyczny z Miejsca zamieszkania do najbliższego, wyznaczonego przez Lekarza Centrum, Szpitala	2 000,00 zł
	Transport medyczny ze Szpitala do Miejsca zamieszkania	
	Transport medyczny ze Szpitala do Szpitala	
	Organizacja procesu rehabilitacyjnego	Organizacja procesu bez kosztu rehabilitacji oraz transportu
	Dostawa sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego	500,00 zł
	Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego	500,00 zł
	Pomoc domowa po Hospitalizacji	500,00 zł
	Opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną	500,00 zł
Transport opiekuna do opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną		
Usługa realizowana w przypadku Nieszczęśliwego wypadku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	Wizyta Lekarza (honorarium i koszty za wizytę)	500,00 zł
	Opieka nad Zwierzętami domowymi	Przez okres pierwszych 3 dni do wysokości kosztów
	Transport Zwierząt domowych	300,00 zł
Usługa realizowana w przypadku urodzenia Dziecka	Wizyta położnej	400,00 zł
Usługa realizowana w przypadku Hospitalizacji Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania	Organizacja i pokrycie kosztów łóżka szpitalnego	40 zł na dobę przez okres maksymalnie 7 dni
Usługa realizowana w trudnych sytuacjach losowych (zgon osoby bliskiej, poważne zachorowanie)	Wizyta psychologa	400,00 zł
Usługi realizowane w przypadku Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	Wizyta Lekarza	150 EUR raz w trakcie Roku polisy
	Wizyta pielęgniarki	Organizacja wizyty
	Transport medyczny	Organizacja transportu
	Transport medyczny powrotny	Organizacja transportu
	Transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi	Organizacja transportu
	Przekazywanie informacji	Usługa
Inne usługi	Telefoniczna konsultacja z Lekarzem	Usługa
	Organizacja wizyty u lekarza specjalisty	Usługa
	Osoba towarzysząca przy transporcie ze Szpitala do Szpitala	Do limitu dla usługi Transportu medycznego ze Szpitala do Szpitala
	Infolinia medyczna	Usługa

2. W przypadku zajścia Nieszczęśliwego wypadku, Nagłego zachorowania lub innych okoliczności uprawniających do świadczeń wymienionych w § 5 w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Ubezpieczony ma prawo do skorzystania z każdej wymienionej powyżej Usługi medycznego assistance bez limitu zdarzeń w Roku polisy, chyba, że w opisie świadczenia w § 5 taki limit został wskazany.

Realizacja świadczenia

§ 8

1. W przypadku zajścia zdarzenia uprawniającego do skorzystania z Usług medycznego assistance wskazanych w § 5, Ubezpieczony zobowiązany jest do telefonicznego skontaktowania się z Centrum pod numerem telefonu podanym w Dokumencie ubezpieczenia. Połączenie z powyższym numerem następuje na koszt dzwoniącego.
2. W trakcie kontaktu z Centrum Ubezpieczony powinien podać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) adres zamieszkania Ubezpieczonego;
 - 3) numer PESEL Ubezpieczonego;
 - 4) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - 5) numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym;
 - 6) inne informacje niezbędne pracownikowi Centrum do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. W przypadku, gdy podane telefonicznie informacje są niezgodne z danymi posiadanymi przez Centrum i mogą nasuwać wątpliwości, co do uprawnień Ubezpieczonego do korzystania z Usług medycznego assistance, Ubezpieczony na żądanie pracownika Centrum zobowiązany jest okazać usługodawcy przybytemu na miejsce zdarzenia dokument tożsamości ze zdjęciem pod rygorem niezrealizowania Usługi medycznego assistance.
4. W przypadku odmowy udzielenia informacji, o których mowa w ust. 2 lub 3 lub braku współpracy z obsługą Centrum, Centrum może odmówić organizacji świadczeń.

Refundacje

§ 9

1. Towarzystwo nie przewiduje refundacji za usługi nieorganizowane przez Centrum, chyba że Ubezpieczony przed zorganizowaniem usługi we własnym zakresie uzyskał telefonicznie taką zgodę od Centrum.
2. Ubezpieczony powinien złożyć do Centrum pisemny wniosek o refundację kosztów usług wraz z kopiami rachunków niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie siedmiu dni od ustania przeszkody w zawiadomieniu Centrum.
3. Centrum przekazuje Ubezpieczonemu decyzję w sprawie wniosku o refundację w terminie do 30 dni od daty jego otrzymania.
4. Towarzystwo poprzez Centrum refunduje koszty w wysokości, w jakiej byłyby poniesione, gdyby Usługa medycznego assistance była organizowana przez Centrum, jednak nie wyższe niż potwierdzone przedłożonymi rachunkami.
5. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości refundacji kosztów nie jest możliwe w terminie określonym w ust. 3 refundacja kosztów dokonywana jest w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsprawną część refundacji Centrum wypłaca w terminie określonym w ust. 3.

Postanowienia końcowe

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK WYSTĄPIENIA NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO

(KOD PPR_DDC_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek wystąpienia Nowotworu złośliwego (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU i SWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o wystąpienie u Ubezpieczonego Nowotworu złośliwego.

Definicje

§ 2

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

- 1) **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie zdrowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Definicja nie obejmuje:
 - a. nowotworów o typie carcinoma in situ (łącznie z dysplazją szyjki macicy CIN-1, CIN-2 i CIN-3) lub opisanych jako nowotwory przedinwazyjne/nieinwazyjne;
 - b. nowotworów skóry z wyjątkiem chłoniaka skóry oraz czerniaka złośliwego o stopniu zaawansowania większym niż IA w klasyfikacji TNM (grubość > 1.0 mm, owrzodzenie) – zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC;
 - c. wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
- 2) **Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ)** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórek nowotworowych, nieprzekraczający błony podstawnej nabłonka, z którego się wywodzi i nie powodujący naciekania tkanek sąsiednich. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Definicja nie obejmuje:
 - a. nowotworów łagodnych;
 - b. hiperkeratozy, dysplazji, stanów przedrakowych;
 - c. nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania IA w klasyfikacji TNM – zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC;
 - d. wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
- 3) **Nowotwór złośliwy** – Nowotwór złośliwy inwazyjny lub Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ).

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Nowotworów złośliwych, wskazanych i zdefiniowanych w § 2.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Nowotworu złośliwego, jeżeli był on konsekwencją:

- 1) działania czynników powodujących skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie;
- 2) okoliczności, o których mowa w § 18 OWU.

§ 6

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli rozpoznanie Nowotworu złośliwego 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 przedłużania Umowy dodatkowej na kolejne okresy ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 7

1. Z tytułu wystąpienia Nowotworu złośliwego inwazyjnego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu:
 - 1) świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku rozpoznania następujących nowotworów (nowotwory we wczesnym stopniu zaawansowania):
 - a. rak sutka w stopniu zaawansowania T1 bez przerzutów wg klasyfikacji TNM;
 - b. rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1(a) oraz T1(b) bez przerzutów wg klasyfikacji TNM;

- c. brodawkowy rak tarczycy w stopniu zaawansowania T1 bez przerzutów wg klasyfikacji TNM;
 - d. przewlekła białaczka limfocytowa w stopniu zaawansowania mniejszym niż 2 wg klasyfikacji RAI;
 - e. ziarnica złośliwa w stopniu zaawansowania mniejszym niż 2 wg klasyfikacji Ann Arbor;
- 2) świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku rozpoznania nowotworów o wyższym stopniu zaawansowania niż wskazane w ust. 1 pkt 1, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Z tytułu wystąpienia Nowotworu złośliwego przedinwazyjnego Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
 3. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu Nowotworu złośliwego inwazyjnego, o którym mowa w ust. 1, we wczesnym stopniu zaawansowania choroby i dalszego pogorszenia się stanu zdrowia z tytułu tego samego Nowotworu złośliwego inwazyjnego, skutkującego wystąpieniem wyższego stopnia zaawansowania choroby, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4.
 4. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Nowotworu złośliwego dla jednego Ubezpieczonego nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu Nowotworu złośliwego 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.

Wypłata świadczenia

§ 8

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 Nowotworu złośliwego.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO ŚWIADCZENIA NA WYPADEK NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO

(KOD PPR_DDBC_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego świadczenia na wypadek Nowotworu złośliwego (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU i SWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o świadczenie dla Ubezpieczonego na wypadek Nowotworu złośliwego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU, SWU oraz OWUD na wypadek wystąpienia Nowotworu złośliwego stosuje się odpowiednio także do OWUD.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego Nowotworu złośliwego inwazyjnego w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek wystąpienia Nowotworu złośliwego, uprawniającej do uzyskania świadczenia na wypadek wystąpienia Nowotworu złośliwego.
2. Przez Nowotwór złośliwy inwazyjny wskazany w ust. 1, rozumie się jego definicję określoną w OWUD Umowy dodatkowej na wypadek wystąpienia Nowotworu złośliwego.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 5

1. W przypadku, jeżeli Towarzystwo przyznało świadczenie z tytułu wystąpienia Nowotworu złośliwego inwazyjnego na podstawie Umowy dodatkowej na wypadek wystąpienia Nowotworu złośliwego, dodatkowo wypłaci świadczenie w wysokości 1/6 Sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, za każdy pełny miesiąc (przyjęty jako 30 dni) od daty zdiagnozowania Nowotworu złośliwego inwazyjnego.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie za nie więcej niż 6 miesięcy (przyjęte jako 180 dni).

Wypłata świadczenia

§ 6

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Nowotworu złośliwego.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 7

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W WYNIKU NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO

(KOD PPR_DCHBC_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU, SWU oraz OWUD na wypadek wystąpienia Nowotworu złośliwego stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujący dodatkowy termin:

- 1) **Pobyt w szpitalu w wyniku Nowotworu złośliwego** – 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 2 kolejne dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia, spowodowany Nowotworem złośliwym. Definicja obejmuje także pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym lub oddziale rehabilitacyjnym. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala. Jeżeli w czasie Pobytu w szpitalu w wyniku Nowotworu złośliwego nastąpił zgon, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu. W rozumieniu niniejszej definicji Pobyt w szpitalu w wyniku Nowotworu złośliwego nie jest pobyt w:
 - a. hospicjum, placówkach leczenia odwykowego, placówkach dla przewlekłe chorych;
 - b. zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności: szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach, prewentiach;
 - c. zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje Pobyt w szpitalu w wyniku Nowotworu złośliwego, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i był spowodowany Nowotworem złośliwym, który wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Przez Nowotwór złośliwy wskazany w ust. 1, rozumie się jego definicje Nowotworu złośliwego inwazyjnego i Nowotworu złośliwego przedinwazyjnego określone w OWUD Umowy dodatkowej na wypadek wystąpienia Nowotworu złośliwego.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki Nowotworu złośliwego, jeżeli był on konsekwencją:

- 1) działania czynników powodujących skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie;
- 2) okoliczności, o których mowa w § 18 OWU.

§ 6

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdiagnozowanie Nowotworu złośliwego 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 przedłużania Umowy dodatkowej na kolejne okresy ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 7

1. W przypadku Pobytu w szpitalu w wyniku Nowotworu złośliwego 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 Nowotworu złośliwego.
3. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia, ten dzień uwzględnia się jeden raz.
4. Zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku Nowotworu złośliwego możliwe jest także w trakcie pobytu w szpitalu po 30 dniu tego pobytu. Zasadę tę stosuje się do każdego kolejnego 30-dniowego okresu pobytu w szpitalu.

Wypłata świadczenia

§ 8

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 Nowotworu złośliwego;
 - 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. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO DRUGIEJ OPINII MEDYCZNEJ NA WYPADEK NOWOTWORU ZŁOŚLIWEGO

(KOD PPR_BDC_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego Drugiej opinii medycznej na wypadek Nowotworu złośliwego (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU i SWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Drugą opinię medyczną na wypadek Nowotworu złośliwego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU, SWU oraz OWUD na wypadek wystąpienia Nowotworu złośliwego stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje sporządzenie Drugiej opinii medycznej dla Ubezpieczonego w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Nowotworu złośliwego inwazyjnego.
2. Przez Nowotwór złośliwy inwazyjny wskazany w ust. 1, rozumie się jego definicję określoną w OWUD Umowy dodatkowej na wypadek wystąpienia Nowotworu złośliwego.

§ 5

Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- 1) Sporządzenie Drugiej opinii medycznej, w ramach której Towarzystwo za pośrednictwem Best Doctors zobowiązuje się do:
 - a. udzielenia Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie Drugiej opinii medycznej, a w razie potrzeby zobowiązuje się do zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów; w przypadku chorób nowotworowych może być przeprowadzone ponowne badanie histopatologiczne;
 - b. przetłumaczenia zebranej dokumentacji medycznej na język angielski, a następnie sporządzenia z niej streszczenia;
 - c. przesłania streszczenia do lekarza konsultanta, specjalizującego się w danym schorzeniu;
 - d. zapewnienia sporządzenia Drugiej opinii medycznej, zawierającej: potwierdzenie bądź nową diagnozę, efektywny sposób leczenia, rokowania;
 - e. przetłumaczenia Drugiej opinii medycznej na język polski oraz udostępnienia jej Ubezpieczonemu lub na wniosek Ubezpieczonego lekarzowi prowadzącemu, pod opieką którego on się znajduje;
 - f. wskazanie lekarzy kwalifikujących się do podjęcia procesu leczenia Ubezpieczonego, czyli:
 - a) wyszukanie lekarza specjalizującego się w danym schorzeniu;
 - b) dostarczenie Ubezpieczonemu raportu zawierającego informacje o dostępności lekarza, sposobie, w jaki można umówić się na wizytę, dokumentacji medycznej potrzebnej na wizytę oraz zawierającego informacje o doświadczeniu lekarza. W raporcie zawarte są opisy maksymalnie trzech rekomendowanych lekarzy;
 - g. zorganizowanie procesu leczenia Ubezpieczonego za granicą, czyli:
 - a) zorganizowanie oraz koordynację terapii medycznej;
 - b) zorganizowanie oraz koordynację transportu Ubezpieczonego do miejsca gdzie przeprowadzane jest leczenie;
 - c) zorganizowanie zakwaterowania Ubezpieczonego;
 - d) przedstawienie szacunkowego kosztu leczenia.
- 2) Prawo do usług określonych w ppkt f i g przysługuje pod warunkiem, że wcześniej została sporządzona Druga opinia medyczna dla Ubezpieczonego.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 6

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe objęte ochroną ubezpieczeniową było konsekwencją:
 - 1) działania czynników powodujących skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne lub napromieniowanie;
 - 2) okoliczności, o których mowa w § 18 OWU.

Świadczenie z tytułu Drugiej opinii medycznej

§ 7

1. Świadczenie obejmuje proces organizowania usług określonych w § 5 pkt 1, natomiast nie obejmuje kosztów wizyt lekarskich i badań diagnostycznych zaleconych lub niezbędnych do sporządzenia Drugiej opinii medycznej, za wyjątkiem badań histopatologicznych, nie obejmuje również kosztów terapii medycznej, transportu czy zakwaterowania.
2. Zgłaszając się do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors Ubezpieczony powinien podać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) adres zamieszkania Ubezpieczonego;
 - 3) numer telefonu do kontaktu zwrotnego.
3. W przypadku potwierdzenia ochrony ubezpieczeniowej zgłaszający otrzyma przesyłkę zawierającą zestaw formularzy niezbędnych do spełnienia świadczenia.
4. Zgłaszający zobowiązany jest dostarczyć do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors pełną dokumentację medyczną, dotyczącą przypadku medycznego w związku z którym wnioskuje o sporządzenie Drugiej opinii medycznej dla Ubezpieczonego.
5. Centrum Obsługi Klienta Best Doctors przesyła Drugą opinię medyczną w ciągu 17 dni roboczych liczonych od daty, w której spełniony został warunek określony w ust. 4.
6. W przypadku, gdy sporządzenie Drugiej opinii medycznej nie może nastąpić w terminie, o którym mowa w ust. 5, Centrum Obsługi Klienta Best Doctors sporządzi Drugą opinię medyczną w ciągu 14 dni roboczych od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności sporządzenie jej było możliwe.

Postanowienia końcowe

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK WYSTĄPIENIA ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

(KOD PPR_DDHS_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu (zwanymi dalej „**OWUD**”), z zachowaniem pozostałych, niezmiennych niniejszymi OWUD postanowień OWU i SWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o wystąpienie u Ubezpieczonego Zawału serca lub Udaru mózgu.

Definicje

§ 2

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

- 1) **Udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie 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;
- 2) **Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99 centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - a. objawy kliniczne niedokrwienia serca;
 - b. zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe, znamienne zmiany odcinka ST – załamka 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 uwidocznionego badaniem angiograficznym lub w autopsji.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Zawału serca lub Udaru mózgu, wskazanych i zdefiniowanych w § 2.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Zawału serca lub Udaru mózgu, jeżeli były one 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, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie

- przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, 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 zdiagnozowanych lub leczonych u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową 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 § 18 OWU.

§ 6

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, 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 przedłużania Umowy dodatkowej na kolejne okresy ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 7

1. Z tytułu wystąpienia Zawału serca lub Udar mózgu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości:
 - 1) w przypadku wystąpienia Zawału serca: 50% albo 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu wystąpienia Zawału serca uzależnione od stopnia zaawansowania choroby:
 - 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 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%;
 - 2) w przypadku wystąpienia Udar mózgu – 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu wystąpienia Udar mózgu, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu Zawału serca, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 ppkt a, w pierwszym stopniu zaawansowania choroby i dalszego pogorszenia się stanu zdrowia z tytułu tego samego Zawału serca, skutkującego wystąpieniem drugiego stopnia zaawansowania choroby, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Zawału serca lub Udar mózgu dla jednego Ubezpieczonego nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu Zawału serca lub Udar mózgu 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.

Wypłata świadczenia

§ 8

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 Zawału serca lub Udar 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. Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO ŚWIADCZENIA NA WYPADEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

(KOD PPR_DDBHS_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego świadczenia na wypadek Zawału serca lub Udaru mózgu (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU i SWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o świadczenie dla Ubezpieczonego na wypadek Zawału serca lub Udaru mózgu.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU, SWU oraz OWUD na wypadek wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu stosuje się odpowiednio także do OWUD.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego Zawału serca lub Udaru mózgu w okresie, w którym Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu, uprawniającej do uzyskania świadczenia na wypadek wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu.
2. Przez Zawał serca lub Udar mózgu wskazane w ust. 1, rozumie się ich definicje określone w OWUD Umowy dodatkowej na wypadek wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 5

1. W przypadku, jeżeli Towarzystwo przyznało świadczenie z tytułu wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu na podstawie Umowy dodatkowej na wypadek wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu, dodatkowo wypłaci świadczenie w wysokości 1/6 Sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, za każdy pełny miesiąc (przyjęty jako 30 dni) od daty zdiagnozowania Zawału serca lub Udaru mózgu.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie za nie więcej niż 6 miesięcy (przyjęte jako 180 dni).

Wypłata świadczenia

§ 6

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie 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. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 7

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

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

(KOD PPR_ADISB4_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU i SWU, 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, SWU oraz OWUD na wypadek wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujący dodatkowy termin:

- 1) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej jego utracie lub upośledzeniu jego funkcji. Definicja obejmuje wyłącznie przypadki umieszczone w Tabeli uszczerbków na zdrowiu stanowiącej załącznik nr 1 do OWUD.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu, które miały miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej,
2. Przez Zawał serca lub Udar mózgu wskazane w ust. 1, rozumie się ich definicje określone w OWUD Umowy dodatkowej na wypadek wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki Zawału serca lub Udaru mózgu, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, 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) 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 niezależnych 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, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, 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) były następstwem schorzeń lub stanów zdiagnozowanych lub leczonych u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową 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 § 18 OWU.

§ 6

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdiagnozowanie Zawału serca lub Udaru 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 przedłużania Umowy dodatkowej na kolejne okresy ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej**§ 7**

1. W przypadku Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego powstałego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu 1% procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu, za 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 wystąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) do powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego doszło przed upływem 180 dni od daty wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu;
 - 4) z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Zawałem serca lub Udarem mózgu a Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu.
5. Oceny stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonuje się po zakończeniu leczenia i zalecanej przez lekarza rehabilitacji na podstawie dokumentacji, o której mowa w § 8 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.

Wypłata świadczenia**§ 8**

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. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe**§ 9**

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia SWU i OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski


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

Rajmund Rusiecki


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

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

(KOD PPR_DCHBHS_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU, SWU oraz OWUD na wypadek wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujący dodatkowy termin:

- 1) **Pobyt w szpitalu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu** – 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 2 kolejne dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia, spowodowany Zawałem serca lub Udarem mózgu. Definicja obejmuje także pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym lub oddziale rehabilitacyjnym. 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 do daty zgonu. W rozumieniu niniejszej definicji Pobyt w szpitalu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu nie jest pobyt w:
 - a. hospicjum, placówkach leczenia odwykowego, placówkach dla przewlekle chorych;
 - b. zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności: szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach, prewentiach;
 - c. zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje Pobyt w szpitalu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej pod warunkiem, że Zawał serca lub Udar mózgu miały miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Przez Zawał serca lub Udar mózgu wskazane w ust. 1, rozumie się ich definicje określone w OWUD Umowy dodatkowej na wypadek wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki Zawału serca lub Udaru mózgu, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego wystąpił Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego, 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, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, 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 zdiagnozowanych lub leczonych u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową 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 § 18 OWU.

§ 6

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdiagnozowanie Zawału serca lub Udaru 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 przedłużania Umowy dodatkowej na kolejne okresy ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 7

1. W przypadku Pobytu w szpitalu w wyniku Zawału serca lub Udaru 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 Udaru mózgu.
3. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia, ten dzień uwzględnia się jeden raz.
4. Zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu 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.

Wypłata świadczenia

§ 8

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 Pobyt w szpitalu w wyniku 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. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem ust. § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

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

(KOD PPR_ATIS_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

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

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Niezdolność do pracy jest konsekwencją:

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
- 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
- 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, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekką atletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- 8) choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa Ubezpieczonego, dyskopatii, zespołu korzeniowego, zespołu bólów kręgosłupa, z wyjątkiem zmian patologicznych kręgosłupa o innym charakterze, udowodnionych badaniami radiologicznymi;
- 9) okoliczności, o których mowa w § 18 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 6

1. W przypadku wystąpienia Niezdolności do pracy Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1/6 Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za każde 30 dni trwania Niezdolności do pracy.

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

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie następujące dokumenty:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię dokumentacji pozwalającej na ustalenie okoliczności oraz przyczyny powstania Niezdolności do pracy (dokumentacja medyczna, a także oświadczenie Ubezpieczonego o zajściu zdarzenia lub notatka Policji/dokumenty Prokuratury w przypadku ich posiadania);
 - 3) kopię zaświadczenia lekarskiego/zaświadczeń lekarskich o Niezdolności do pracy (druk ZUS ZLA).
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

(KOD PPR_TPDS_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU i SWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

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

- 1) **Całkowita niezdolność do pracy** – spowodowana uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia zaistniałym w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej całkowita i trwała niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy, z tytułu której mógłby otrzymywać wynagrodzenie lub która przynosiłaby dochód, lub całkowita i trwała niezdolność Ubezpieczonego do prowadzenia działalności gospodarczej lub rolniczej, która przynosiłaby dochód.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Całkowitej niezdolności do pracy powstałej na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy, jeżeli jest ona konsekwencją:

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 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, uświadania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- a także, jeżeli Całkowita niezdolność do pracy:
- 8) powstała w związku z obrażeniami ciała Ubezpieczonego doznany przed datą zawarcia Umowy dodatkowej;
 - 9) powstała w związku z chorobą zdiagnozowaną u Ubezpieczonego przed datą zawarcia Umowy dodatkowej lub której przyczyną zaistniały przed tą datą bądź zdiagnozowaną w ciągu pierwszych 180 dni od daty zawarcia Umowy dodatkowej;
 - 10) jest związana z chorobą AIDS Ubezpieczonego lub zakażeniem się wirusem HIV przez Ubezpieczonego;
 - 11) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w § 18 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 6

1. W przypadku Całkowitej niezdolności do pracy Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie równe Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy pod warunkiem, że Ubezpieczony był całkowicie niezdolny do pracy nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy, który rozpoczął się w okresie ochrony ubezpieczeniowej i przed Rocznicą polisy następującą po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 roku życia oraz pod warunkiem, że Całkowita niezdolność do pracy istnieje w chwili zgłoszenia wniosku o wypłatę świadczenia i zgodnie z wiedzą medyczną brak jest pozytywnych rokowań dotyczących odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do pracy zarobkowej.

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Całkowitej niezdolności do pracy.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

(KOD PPR_L4_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Czasowej niezdolności do pracy specjalistycznej (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU i SWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

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

- 1) **Czasowa niezdolność do pracy** – niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania osobiście pracy zarobkowej i uzyskiwania z niej przychodów, trwająca z powodu tej samej przyczyny nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni, powstała wskutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku i niezwiązana z ciężą, połogiem lub porodem, potwierdzona zaświadczeniami lekarskimi o czasowej niezdolności do pracy, wystawionymi zgodnie z ustawą o z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, uprawniająca do pobierania zasiłku chorobowego lub wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy;
- 2) **Data zajścia zdarzenia** – pierwszy dzień Czasowej niezdolności do pracy, wskazany w pierwszym zaświadczeniu lekarskim wystawionym z powodu danej Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem § 7 ust. 3 i 4;
- 3) **Okres wyczekiwania** – 30-dniowy okres, którego bieg rozpoczyna się od daty zajścia zdarzenia;
- 4) **Szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń szpitalnych w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa. W rozumieniu niniejszej definicji Szpitalem nie jest:
 - a. hospicjum, placówka leczenia odwykowego, placówka dla przewlekłe chorych;
 - b. zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności: szpital uzdrowiskowy, sanatorium, prewentorium;
 - c. zakład opiekuńczo-leczniczy i pielęgnacyjno-opiekuńczy.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Czasową niezdolność do pracy, która rozpoczęła się w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, jeżeli była ona konsekwencją:

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 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) pozostawiania 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 poczytalności;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekką atletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
 - 8) choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, dyskopatii, zespołu korzeniowego, zespołu bólów kręgosłupa, z wyjątkiem zmian patologicznych kręgosłupa o innym charakterze udowodnionych badaniami radiologicznymi;
- a także, jeżeli Czasowa niezdolność do pracy:

- 9) była następstwem schorzeń lub stanów zdiagnozowanych lub leczonych u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
- 10) jest skutkiem leczenia wszelkiego rodzaju uzależnień Ubezpieczonego;
- 11) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w § 18 OWU.

§ 6

1. W okresie pierwszych 180 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejne okresy ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 7

1. W przypadku Czasowej niezdolności do pracy Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie równe 0,5% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za każdy dzień Czasowej niezdolności do pracy przypadający po Okresie wyczekiwania, z zastrzeżeniem ust. 2-5.
2. W przypadku Czasowej niezdolności do pracy powstałej w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, świadczenie należne jest pod warunkiem pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, przez okres co najmniej 3 kolejnych dni, spowodowanego tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem, w wyniku którego powstała Czasowa niezdolność do pracy uprawniająca do otrzymania świadczenia, o którym mowa w ust. 1.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie:
 - 1) za nie więcej niż 60 dni Czasowej niezdolności do pracy spowodowanej jednym zdarzeniem ubezpieczeniowym;
 - 2) łącznie za nie więcej niż 200 dni Czasowej niezdolności do pracy;
 - 3) pod warunkiem, że w okresie Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczony nie wykonywał pracy zarobkowej w swoim zawodzie i nie uzyskiwał z niej przychodów.
4. Po upływie Okresu wyczekiwania Towarzystwo dopuszcza możliwość jednorazowego przerwania Czasowej niezdolności do pracy na okres nie dłuższy niż 30 dni. W takim wypadku świadczenie wypłacane jest za kolejny okres Czasowej niezdolności do pracy objęty zaświadczeniem lekarskim, z zastrzeżeniem, że okres przerwy nie objęty zaświadczeniem lekarskim nie jest uwzględniany do wyliczenia wysokości świadczenia (do wyliczenia kwoty należnego świadczenia uwzględnia się jedynie okres Czasowej niezdolności do pracy objęty zaświadczeniem lekarskim z powodu tej samej choroby co przed przerwą).
5. Przerwanie Czasowej niezdolności do pracy na okres dłuższy niż 30 dni jest równoznaczne z jej zakończeniem. Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego występująca po tym okresie traktowana jest jako nowe zdarzenie, niezależnie od okoliczności jej zaistnienia.

§ 8

1. Ubezpieczony zobowiązany jest do niezwłocznego, pisemnego poinformowania Towarzystwa o utracie uprawnień do wykonywania zawodu wskazanego we Wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. W przypadku wpływu oświadczenia, o którym mowa w ust. 1, Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu, z końcem okresu ubezpieczenia na jaki została zawarta.

Wypłata świadczenia

§ 9

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 dokumentacji pozwalającej na ustalenie okoliczności oraz przyczyny powstania Czasowej niezdolności do pracy (dokumentacja medyczna oraz w przypadku, gdy Czasowa niezdolność do pracy spowodowana jest Nieszczęśliwym wypadkiem oświadczenie Ubezpieczonego o zajściu zdarzenia lub notatka Policji/dokumenty Prokuratury w przypadku ich posiadania);
 - 3) kopię zaświadczenia lekarskiego/zaświadczeń lekarskich o Czasowej niezdolności do pracy (druk ZUS ZLA).
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 10

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

(KOD PPR_TPDS_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU i SWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

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

- 1) **Całkowita niezdolność do pracy** – spowodowana uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia zaistniałym w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej całkowita i trwała niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy, z tytułu której mógłby otrzymywać wynagrodzenie lub która przynosiłaby dochód, lub całkowita i trwała niezdolność Ubezpieczonego do prowadzenia działalności gospodarczej lub rolniczej, która przynosiłaby dochód.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego powstałej na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy, jeżeli jest ona konsekwencją:

- 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 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 górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- a także, jeżeli Całkowita niezdolność do pracy:
- 8) powstała w związku z obrażeniami ciała Ubezpieczonego doznany przed datą zawarcia Umowy dodatkowej;
 - 9) powstała w związku z chorobą zdiagnozowaną u Ubezpieczonego przed datą zawarcia Umowy dodatkowej lub której przyczyną zaistniała przed tą datą bądź zdiagnozowaną w ciągu pierwszych 180 dni od daty zawarcia Umowy dodatkowej;
 - 10) jest związana z chorobą AIDS Ubezpieczonego lub zakażeniem się wirusem HIV przez Ubezpieczonego;
 - 11) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w § 18 OWU.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 6

1. W przypadku Całkowitej niezdolności do pracy Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie równe Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy pod warunkiem, że Ubezpieczony był całkowicie niezdolny do pracy nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy, który rozpoczął się w okresie ochrony ubezpieczeniowej i przed Rocznicą polisy następującą po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 roku życia oraz pod warunkiem, że Całkowita niezdolność do pracy istnieje w chwili zgłoszenia wniosku o wypłatę świadczenia i zgodnie z wiedzą medyczną brak jest pozytywnych rokowań dotyczących odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do pracy zarobkowej.

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Całkowitej niezdolności do pracy.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

ZAŁĄCZNIK NR 1
DO UMÓW DODATKOWYCH DOSTĘPNYCH W RAMACH PAKIETU
„UBEZPIECZ SKUTKI NIEZDOLNOŚCI DO PRACY SPECJALISTYCZNEJ” LISTA ZAWODÓW
(KOD PPR_L4_LZ_03.2020)

1. Lista zawodów wykonywanych przez Ubezpieczonego, umożliwiających zawarcie Umowy dodatkowej na wypadek Czasowej niezdolności oraz Umowy na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy w ramach Pakietu „Ubezpiecz skutki niezdolności do pracy specjalistycznej”:

Zawód Ubezpieczonego	Oznaczenie branży i zawodu Ubezpieczonego na podstawie katalogu branżowego stosowanego w ocenie ryzyka zawodowego Klientów Generali
adwokat	01.001
radca prawny	01.011
sędzia	01.013
prokurator	01.010
notariusz	01.006
komornik	01.004
architekt, architekt wnętrz	03.001
lekarz – wszystkie specjalności	12.007

2. Niniejsza Lista zawodów została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA DZIECKA

(KOD PPR_CDD_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

- 1) **Poważne zachorowanie** – jednostka chorobowa lub zabieg operacyjny:
 - a. **Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – ostre zakażenie bakteryjne ośrodkowego układu nerwowego, powodujące zaburzenia jego funkcji. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikiem badania płynu mózgowo – rdzeniowego, wskazującym na obecność infekcji bakteryjnej oraz powstaniem trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przez co najmniej 3 miesiące od zachorowania;
 - b. **Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy** – 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;
 - c. **Niewydolność nerek** – 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;
 - d. **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – 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. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - a) nowotwory o typie carcinoma in situ (łącznie z dysplazją szyjki macicy CIN-1, CIN-2 i CIN-3) lub opisane jako nowotwory przedinwazyjne lub nieinwazyjne;
 - b) nowotwory skóry (z wyjątkiem chłoniaka skóry oraz czerniaka złośliwego o stopniu zaawansowania większym niż IA w klasyfikacji TNM: grubość > 1.0 mm, owrzodzenie – zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC);
 - c) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - e. **Operacja aorty** – 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;
 - f. **Operacja zastawek serca** – operacja na otwartym sercu, polegająca na przeszczepieniu, wszczepieniu lub naprawie jednej lub kilku zastawek serca. Definicja nie obejmuje zabiegów polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów wprowadzonych do naczyń krwionośnych oraz wymiany wszczepionej wcześniej zastawki. Zabieg musi wynikać ze wskazań klinicznych, potwierdzonych przez specjalistę w zakresie kardiologii, a uszkodzenie zastawek musi być potwierdzone badaniem naczyniowym lub echokardiograficznym;
 - g. **Przeszczepienie narządu** – przeszczepienie Dziecku, 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;
 - h. **Stwardnienie rozsiane** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) charakteryzująca się powstawaniem obszarów demielinizacji. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie aktualnych kryteriów diagnostycznych McDonald'a i potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Konieczne jest istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii najwcześniej po 6 miesiącach od daty wystąpienia zdarzenia) i jednoznaczne wykluczenie innej przyczyny stwierdzanych nieprawidłowości (np. choroby naczyniowe, zakażenia bakteryjne lub wirusowe);
 - i. **Śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin, oceniany na nie więcej niż 7 stopni w Skali Glasgow (Glasgow Coma Scale), powodujący powstanie 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. **Utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach, rozumiana jako osłabienie ostrości wzroku poniżej 5/50 (0,01) lub ograniczenie pola widzenia poniżej 20%, spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym i korekcyjnym. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.

§ 4

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

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka, jeżeli było ono 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) pozostawiania 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 górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- a także, jeżeli Poważne zachorowanie Dziecka:
- 8) zostało zdiagnozowane lub było leczone u Dziecka przed dniem zawarcia Umowy dodatkowej;
 - 9) było związane z wadami wrodzonymi Dziecka i schorzeniami będącymi ich skutkiem;
 - 10) było następstwem schorzeń lub stanów zdiagnozowanych lub leczonych u Dziecka w okresie 10 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 11) było związane z chorobą AIDS Dziecka lub zarażeniem się przez Dziecko wirusem HIV.

§ 6

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka wyłącznie, jeżeli Poważne zachorowanie spowodowane było Nieszczęśliwym wypadkiem.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejne okresy ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 7

1. W przypadku Poważnego zachorowania Dziecka Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka, aktualnej w dniu wystąpienia Poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Towarzystwo wypłaca wyłącznie jedno świadczenie za jedno Poważne zachorowanie Dziecka, jakie wystąpiło w czasie okresu ubezpieczenia, niezależnie od liczby Poważnych zachorowań Dziecka.

Wypłata świadczenia

§ 8

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.
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 § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK POBYTU DZIECKA W SZPITALU

(KOD PPR_CDCHB_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

- 1) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) będący wydzielonym oddziałem szpitalnym, prowadzony przez lekarzy specjalistów intensywnej terapii – anestezjologii, zapewniający przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt, umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia. W rozumieniu niniejszej definicji OIOM-em nie są wydzielone sale intensywnej nadzoru, istniejące w ramach innych oddziałów specjalistycznych;
- 2) **Pobyt Dziecka w szpitalu** – odbywający się na zlecenie lekarza pobyt Dziecka 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. Okres Pobytu Dziecka w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala. Jeżeli w czasie Pobytu Dziecka w szpitalu nastąpił zgon, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu. W rozumieniu niniejszej definicji Pobytem Dziecka w szpitalu nie jest pobyt w:
 - a. hospicjum, placówkach leczenia odwykowego, placówkach dla przewlekle chorych;
 - b. zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności: szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach, prewatoriach;
 - c. zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Pobyt Dziecka w szpitalu, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, które wystąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu, jeżeli był on 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) pozostawiania 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 górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, 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 Dziecka w szpitalu, jeżeli celem Pobytu Dziecka w szpitalu były:
 - 1) wady wrodzone Dziecka i schorzenia będące ich skutkiem;

- 2) choroba AIDS Dziecka lub zarażenie się wirusem HIV przez Dziecko;
 - 3) operacja plastyczna lub kosmetyczna Dziecka, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 4) wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych u Dziecka, z wyjątkiem rehabilitacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 5) leczenie lub zabiegi związane z ciążą, porodem i położeniem Dziecka (poza przypadkami, gdy zdiagnozowano komplikacje położenia bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiący zagrożenie dla życia Dziecka), leczenie bezpłodności, sterylizację, sztuczne zapłodnienie lub usunięcie ciąży (z wyjątkiem sytuacji, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia Dziecka), zmianę płci Dziecka;
 - 6) poddanie się leczeniu dentystrycznemu Dziecka, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany został Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 7) pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu od Dziecka;
 - 8) leczenie wszelkiego rodzaju uzależnień Dziecka;
- a także, jeżeli Pobyt Dziecka w szpitalu:
- 9) został zlecony lub o którym postanowiono przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 10) był następstwem schorzeń lub stanów zdiagnozowanych lub leczonych u Dziecka w okresie 10 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu, jeżeli miał on na celu wykonywanie rutynowych badań lekarskich lub badań diagnostycznych niewynikających z Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku.

§ 6

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu wyłącznie, jeżeli pobyt ten spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejne okresy ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 7

1. W przypadku Pobytu Dziecka w szpitalu, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci za każdy dzień Pobytu Dziecka w szpitalu określony w tabeli nr 1 procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu, aktualnej w dniu wystąpienia zdarzenia, z zastrzeżeniem ust. 4.

tabela nr 1

% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za Pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany Chorobą		
za każdy dzień Pobytu Dziecka w szpitalu 0,5%		
% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za Pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem		
1-14 dzień Pobytu Dziecka w szpitalu	od 15 dnia Pobytu Dziecka w szpitalu	1-5 dzień Pobytu Dziecka na OIOM
1,0%	0,5%	Dodatkowo 0,5%

2. Towarzystwo wypłaci świadczenie łącznie za nie więcej niż:
 - 1) 90 dni w związku z jednym Pobylem Dziecka w szpitalu lub Pobytami Dziecka w szpitalu spowodowanymi tą samą Chorobą lub tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 2) 180 dni w związku z więcej niż jednym Pobylem Dziecka w szpitalu.
3. Jeżeli w tym samym dniu Dziecko było pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia przyjmuje się, że był to pobyt w jednym szpitalu.
4. Jeżeli w tym samym czasie Pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany był Chorobą oraz Nieszczęśliwym wypadkiem, do ustalenia wysokości świadczenia przyjmuje się stawkę za Pobyt Dziecka w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
5. Zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu możliwe jest także w trakcie Pobytu Dziecka w szpitalu po 30 dniu tego pobytu. Zasadę tę stosuje się do każdego kolejnego 30-dniowego okresu Pobytu Dziecka w szpitalu.

Wypłata świadczenia

§ 8

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 karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej Pobyt Dziecka w szpitalu;
 - 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.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO DOTYCZĄCEGO REFUNDACJI KOSZTÓW LECZENIA DZIECKA W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD PPR_CCC_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

- 1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się wylewu krwi do mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje refundację kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, któremu Dziecko uległo w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, obejmującą koszty leczenia poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (w przypadku wariantów Mini i Standard) albo całego świata (w przypadku wariantu VIP) powstałe z tytułu:

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

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu refundacji kosztów leczenia Dziecka, jeżeli leczenie to było 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) pozostawiania 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 górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 6

1. Świadczenie polega na refundacji kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu refundacji kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku.
2. Refundacja kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku obejmuje koszty, które zostały poniesione na terytorium:
 - 1) Rzeczypospolitej Polskiej – w przypadku wyboru wariantów Mini albo Standard;
 - 2) całego świata – w przypadku wyboru wariantu VIP,w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

Wypłata świadczenia

§ 7

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 rachunku lub faktury wystawionych imiennie na Dziecko;
 - 4) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej udzielenie Dziecku pomocy medycznej, o której mowa w § 4;
 - 5) 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.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI DZIECKA DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

(KOD PPR_CISE_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Niezdolności Dziecka do samodzielnej egzystencji (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU i SWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Niezdolność Dziecka do samodzielnej egzystencji.

Definicje

§ 2

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

- 1) **Medyczna opieka stacjonarna** – stały lub okresowy pobyt Dziecka w wyspecjalizowanym zakładzie opieki podlegającym specjalnym regulacjom prawnym (hospicjum, zakład opiekuńczo – leczniczy, zakład pielęgnacyjno – opiekuńczy) lub realizowanie podobnego zakresu opieki w warunkach domowych;
- 2) **Niezdolność do samodzielnej egzystencji** – spowodowane Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem naruszenie sprawności organizmu spełniające łącznie poniższe warunki:
 - a. trwa dłużej niż 6 miesięcy;
 - b. ma nieodwracalny i trwały charakter;
 - c. powoduje całkowitą zależność Dziecka od otoczenia w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku, polegającą na pielęgnacji w zakresie higieny osobistej i karmienia lub w wykonywaniu czynności samoobsługowych oraz w pełnieniu ról społecznych właściwych dla danego wieku i płci;
 - d. powoduje konieczność Medycznej opieki stacjonarnej.Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji medycznej i/lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Niezdolność Dziecka do samodzielnej egzystencji powstałą w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Niezdolności Dziecka do samodzielnej egzystencji, jeżeli Choroba lub Nieszczęśliwy wypadek, będące przyczyną wystąpienia Niezdolności Dziecka do samodzielnej egzystencji, były 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) pozostawiania 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 górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;

a także, jeżeli powodem pogorszenia sprawności fizycznej lub psychicznej Dziecka była wada wrodzona lub choroba wrodzona.

§ 6

1. W okresie pierwszych 180 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Niezdolności Dziecka do samodzielnej egzystencji Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu Niezdolności Dziecka do samodzielnej egzystencji wyłącznie, jeżeli niezdolność ta spowodowana była Nieszczęśliwym wypadkiem.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejne okresy ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 7

1. W przypadku wystąpienia Niezdolności Dziecka do samodzielnej egzystencji Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Niezdolności Dziecka do samodzielnej egzystencji aktualnej w dniu powstania Niezdolności Dziecka do samodzielnej egzystencji.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z Niezdolnością Dziecka do samodzielnej egzystencji, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) Choroba lub Nieszczęśliwy wypadek, które spowodowały Niezdolność Dziecka do samodzielnej egzystencji, wystąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) Niezdolność Dziecka do samodzielnej egzystencji wystąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Wypłata świadczenia

§ 8

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 lub innej dokumentacji potwierdzającej Niezdolność Dziecka do samodzielnej egzystencji.
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.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 9

3. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
4. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA DZIECKA

(KOD PPR_CDD_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

- 1) **Poważne zachorowanie** – jednostka chorobowa lub zabieg operacyjny:
 - a. **Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – ostre zakażenie bakteryjne ośrodkowego układu nerwowego, powodujące zaburzenia jego funkcji. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikiem badania płynu mózgowo – rdzeniowego, wskazującym na obecność infekcji bakteryjnej oraz powstaniem trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przez co najmniej 3 miesiące od zachorowania;
 - b. **Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy** – 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;
 - c. **Niewydolność nerek** – 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;
 - d. **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – 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. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - a) nowotwory o typie carcinoma in situ (łącznie z dysplazją szyjki macicy CIN-1, CIN-2 i CIN-3) lub opisane jako nowotwory przedinwazyjne lub nieinwazyjne;
 - b) nowotwory skóry (z wyjątkiem chłoniaka skóry oraz czerniaka złośliwego o stopniu zaawansowania większym niż IA w klasyfikacji TNM: grubość > 1.0 mm, owrzodzenie – zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC);
 - c) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - e. **Operacja aorty** – 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;
 - f. **Operacja zastawek serca** – operacja na otwartym sercu, polegająca na przeszczepieniu, wszczepieniu lub naprawie jednej lub kilku zastawek serca. Definicja nie obejmuje zabiegów polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów wprowadzonych do naczyń krwionośnych oraz wymiany wszczepionej wcześniej zastawki. Zabieg musi wynikać ze wskazań klinicznych, potwierdzonych przez specjalistę w zakresie kardiologii, a uszkodzenie zastawek musi być potwierdzone badaniem naczyniowym lub echokardiograficznym;
 - g. **Przeszczepienie narządu** – przeszczepienie Dziecku, 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;
 - h. **Stwardnienie rozsiane** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) charakteryzująca się powstawaniem obszarów demielinizacji. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie aktualnych kryteriów diagnostycznych McDonald'a i potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Konieczne jest istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii najwcześniej po 6 miesiącach od daty wystąpienia zdarzenia) i jednoznaczne wykluczenie innej przyczyny stwierdzanych nieprawidłowości (np. choroby naczyniowe, zakażenia bakteryjne lub wirusowe);
 - i. **Śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin, oceniany na nie więcej niż 7 stopni w Skali Glasgow (Glasgow Coma Scale), powodujący powstanie 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. **Utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach, rozumiana jako osłabienie ostrości wzroku poniżej 5/50 (0,01) lub ograniczenie pola widzenia poniżej 20%, spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym i korekcyjnym. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.

§ 4

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

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka, jeżeli było ono 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) pozostawiania 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 górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- a także, jeżeli Poważne zachorowanie Dziecka:
- 8) zostało zdiagnozowane lub było leczone u Dziecka przed dniem zawarcia Umowy dodatkowej;
 - 9) było związane z wadami wrodzonymi Dziecka i schorzeniami będącymi ich skutkiem;
 - 10) było następstwem schorzeń lub stanów zdiagnozowanych lub leczonych u Dziecka w okresie 10 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 11) było związane z chorobą AIDS Dziecka lub zarażeniem się przez Dziecko wirusem HIV.

§ 6

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka wyłącznie, jeżeli Poważne zachorowanie spowodowane było Nieszczęśliwym wypadkiem.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejne okresy ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 7

1. W przypadku Poważnego zachorowania Dziecka Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka, aktualnej w dniu wystąpienia Poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Towarzystwo wypłaca wyłącznie jedno świadczenie za jedno Poważne zachorowanie Dziecka, jakie wystąpiło w czasie okresu ubezpieczenia niezależnie od liczby Poważnych zachorowań Dziecka.

Wypłata świadczenia

§ 8

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.
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 § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK POBYTU DZIECKA W SZPITALU

(KOD PPR_CDCHB_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

- 1) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) będący wydziałem oddziałem szpitalnym, prowadzony przez lekarzy specjalistów intensywnej terapii – anesteziologii, zapewniający przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt, umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia. W rozumieniu niniejszej definicji OIOM-em nie są wydzielone sale intensywnej nadzoru, istniejące w ramach innych oddziałów specjalistycznych;
- 2) **Pobyt Dziecka w szpitalu** – odbywający się na zlecenie lekarza pobyt Dziecka 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. Okres Pobytu Dziecka w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala. Jeżeli w czasie Pobytu Dziecka w szpitalu nastąpił zgon, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu. W rozumieniu niniejszej definicji Pobyt Dziecka w szpitalu nie jest pobyt w:
 - a. hospicjum, placówkach leczenia odwykowego, placówkach dla przewlekle chorych;
 - b. zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności: szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach, prewentiach;
 - c. zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Pobyt Dziecka w szpitalu, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, które wystąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu, jeżeli był on 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) pozostawiania przez Dziecko pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezależnych 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 górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, 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 Dziecka w szpitalu, jeżeli celem Pobytu Dziecka w szpitalu były:
 - 1) wady wrodzone Dziecka i schorzenia będące ich skutkiem;

- 2) choroba AIDS Dziecka lub zarażenie się wirusem HIV przez Dziecko;
 - 3) operacja plastyczna lub kosmetyczna Dziecka, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 4) wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych u Dziecka, z wyjątkiem rehabilitacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 5) leczenie lub zabiegi związane z ciążą, porodem i położeniem Dziecka (poza przypadkami, gdy zdiagnozowano komplikacje położu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiący zagrożenie dla życia Dziecka), leczenie bezpłodności, sterylizację, sztuczne zapłodnienie lub usunięcie ciąży (z wyjątkiem sytuacji, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia Dziecka), zmianę płci Dziecka;
 - 6) poddanie się leczeniu dentystrycznemu Dziecka, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany został Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 7) pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu od Dziecka;
 - 8) leczenie wszelkiego rodzaju uzależnień Dziecka;
- a także, jeżeli Pobyt Dziecka w szpitalu:
- 9) został zlecony lub o których postanowiono przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 10) był następstwem schorzeń lub stanów zdiagnozowanych lub leczonych u Dziecka w okresie 10 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu, jeżeli miał on na celu wykonywanie rutynowych badań lekarskich lub badań diagnostycznych niewynikających z Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku.

§ 6

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu wyłącznie, jeżeli pobyt ten spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejne okresy ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 7

1. W przypadku Pobytu Dziecka w szpitalu, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci za każdy dzień Pobytu Dziecka w szpitalu określony w tabeli nr 1 procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu, aktualnej w dniu wystąpienia zdarzenia, z zastrzeżeniem ust. 4.

tabela nr 1

% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za Pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany Chorobą		
za każdy dzień Pobytu Dziecka w szpitalu 0,5%		
% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za Pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem		
1-14 dzień Pobytu Dziecka w szpitalu	od 15 dnia Pobytu Dziecka w szpitalu	1-5 dzień Pobytu Dziecka na OIOM
1,0%	0,5%	Dodatkowo 0,5%

2. Towarzystwo wypłaci świadczenie łącznie za nie więcej niż:
 - 1) 90 dni w związku z jednym Pobylem Dziecka w szpitalu lub Pobytami Dziecka w szpitalu spowodowanymi tą samą Chorobą lub tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 2) 180 dni w związku z więcej niż jednym Pobylem Dziecka w szpitalu.
3. Jeżeli w tym samym dniu Dziecko było pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia przyjmuje się, że był to pobyt w jednym szpitalu.
4. Jeżeli w tym samym czasie Pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany był Chorobą oraz Nieszczęśliwym wypadkiem, do ustalenia wysokości świadczenia przyjmuje się stawkę za Pobyt Dziecka w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
5. Zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu możliwe jest także w trakcie Pobytu Dziecka w szpitalu po 30 dniu tego pobytu. Zasadę tę stosuje się do każdego kolejnego 30-dniowego okresu Pobytu Dziecka w szpitalu.

Wypłata świadczenia

§ 8

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 karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej Pobyt Dziecka w szpitalu;
 - 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.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO DOTYCZĄCEGO REFUNDACJI KOSZTÓW LECZENIA DZIECKA W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

(KOD PPR_CCC_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

- 1) **Nieszczęśliwy wypadek** – 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 wylewu krwi do mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje refundację kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, któremu Dziecko uległo w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, obejmującą koszty leczenia poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (w przypadku wariantów Mini i Standard) albo całego świata (w przypadku wariantu VIP) powstałe z tytułu:

- a. udzielenia pomocy ambulatoryjnej;
- b. pobytu w szpitalu, badań, zabiegów (z wyłączeniem zabiegów rehabilitacyjnych w przypadku wyboru wariantu Mini) i operacji (z wyłączeniem operacji plastycznych);
- c. nabycia lekarstw i środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza;
- d. przewozu Dziecka do szpitala lub ambulatorium.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu refundacji kosztów leczenia, jeżeli leczenie to było 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 górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 6

1. Świadczenie polega na refundacji kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu refundacji kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku.
2. Refundacja kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku obejmuje koszty, które zostały poniesione na terytorium:
 - 1) Rzeczypospolitej Polskiej – w przypadku wyboru wariantów Mini albo Standard;
 - 2) całego świata – w przypadku wyboru wariantu VIP,w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

Wypłata świadczenia

§ 7

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 rachunku lub faktury wystawionych imiennie na Dziecko;
 - 4) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej udzielenie Dziecku pomocy medycznej, o której mowa w § 4;
 - 5) 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.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI DZIECKA DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

(KOD PPR_CISE_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Niezdolności Dziecka do samodzielnej egzystencji (zwanych dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU i SWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Niezdolność Dziecka do samodzielnej egzystencji.

Definicje

§ 2

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

- 1) **Medyczna opieka stacjonarna** – stały lub okresowy pobyt Dziecka w wyspecjalizowanym zakładzie opieki podlegającym specjalnym regulacjom prawnym (hospicjum, zakład opiekuńczo – leczniczy, zakład pielęgnacyjno – opiekuńczy) lub realizowanie podobnego zakresu opieki w warunkach domowych;
- 2) **Niezdolność do samodzielnej egzystencji** – spowodowane Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem naruszenie sprawności organizmu spełniające łącznie poniższe warunki:
 - a. trwa dłużej niż 6 miesięcy;
 - b. ma nieodwracalny i trwały charakter;
 - c. powoduje całkowitą zależność Dziecka od otoczenia w sposób przewyższający wsparcie potrzebne osobie w danym wieku, polegającą na pielęgnacji w zakresie higieny osobistej i karmienia lub w wykonywaniu czynności samoobsługowych oraz w pełnieniu ról społecznych właściwych dla danego wieku i płci;
 - d. powoduje konieczność Medycznej opieki stacjonarnej.

Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji medycznej i/lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Niezdolność Dziecka do samodzielnej egzystencji powstałą w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Niezdolności Dziecka do samodzielnej egzystencji, jeżeli Choroba lub Nieszczęśliwy wypadek, będące przyczyną wystąpienia Niezdolności Dziecka do samodzielnej egzystencji, były 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) pozostawiania 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 górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;

a także, jeżeli powodem pogorszenia sprawności fizycznej lub psychicznej Dziecka była wada wrodzona lub choroba wrodzona.

§ 6

1. W okresie pierwszych 180 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Niezdolności Dziecka do samodzielnej egzystencji Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu Niezdolności Dziecka do samodzielnej egzystencji wyłącznie, jeżeli niezdolność ta spowodowana była Nieszczęśliwym wypadkiem.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejne okresy ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 7

1. W przypadku wystąpienia Niezdolności Dziecka do samodzielnej egzystencji Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Niezdolności Dziecka do samodzielnej egzystencji aktualnej w dniu powstania Niezdolności Dziecka do samodzielnej egzystencji.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z Niezdolnością Dziecka do samodzielnej egzystencji, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) Choroba lub Nieszczęśliwy wypadek, które spowodowały Niezdolność Dziecka do samodzielnej egzystencji, wystąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) Niezdolność Dziecka do samodzielnej egzystencji wystąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Wypłata świadczenia

§ 8

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 lub innej dokumentacji potwierdzającej Niezdolność Dziecka do samodzielnej egzystencji.
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.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK POWAŻNEJ OPERACJI DZIECKA

(KOD PPR_CMMO_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnej operacji Dziecka (zwanych dalej „**OWUD**”), z zachowaniem pozostałych niezmiennych niniejszymi OWUD postanowień OWU i SWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Poważną operację Dziecka.

Definicje

§ 2

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

- 1) **Poważna operacja** – inwazyjny zabieg chirurgiczny wykonywany w Szpitalu w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym przez uprawnionego lekarza o specjalności zabiegowej, 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;
- 2) **Szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń szpitalnych w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa. W rozumieniu niniejszej definicji Szpitalem nie jest:
 - 1) hospicjum, placówka leczenia odwykowego, placówka dla przewlekle chorych;
 - 2) zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności: szpital uzdrowiskowy, sanatorium, prewentorium;
 - 3) zakład opiekuńczo-leczniczy i pielęgnacyjno-opiekuńczy.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Poważne operacje Dziecka wykonane w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnej operacji Dziecka, jeżeli była ona 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) pozostawiania 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 górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, 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 Poważnej operacji Dziecka, jeżeli celem lub powodem Poważnej operacji Dziecka były:
 - 1) wady wrodzone Dziecka i schorzenia będące ich skutkiem;
 - 2) choroba AIDS Dziecka lub zarażenie się wirusem HIV przez Dziecko;
 - 3) operacja plastyczna lub kosmetyczna Dziecka, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

- 4) wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych u Dziecka, z wyjątkiem rehabilitacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 5) leczenie lub zabiegi związane z ciążą, porodem i położeniem Dziecka (poza przypadkami, gdy zdiagnozowano komplikacje porodu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiący zagrożenie dla życia Dziecka), leczenie bezpłodności, sterylizację, sztuczne zapłodnienie lub usunięcie ciąży (z wyjątkiem sytuacji, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia Dziecka), zmianę płci Dziecka;
 - 6) poddanie się leczeniu dentystrycznemu Dziecka, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany został Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 7) pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu od Dziecka;
 - 8) leczenie wszelkiego rodzaju uzależnień Dziecka;
- a także, jeżeli Poważna operacja Dziecka:
- 9) została zlecona lub o której postanowiono przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 10) była następstwem schorzeń lub stanów zdiagnozowanych lub leczonych u Dziecka w okresie 10 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.

§ 6

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

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 7

1. W przypadku Poważnej operacji Dziecka Towarzystwo wypłaci procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnej operacji Dziecka aktualnej w dniu wykonania operacji, określony w Katalogu Poważnych operacji stanowiącym załącznik nr 1 do OWUD, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Poważnej operacji Dziecka w danym Roku polisy nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnej operacji Dziecka.
3. W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu Poważnej operacji Dziecka przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnej operacji Dziecka, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 100% tej Sumy ubezpieczenia.

Wypłata świadczenia

§ 8

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 karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej przeprowadzenie operacji u 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.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

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

(KOD PPR_CADISB3_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (zwanego dalej „**OWUD**”), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU i SWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Definicje

§ 2

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

- 1) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. Definicja obejmuje wyłącznie przypadki wymienione w Tabeli uszczerbków na zdrowiu stanowiącej załącznik nr 1 do OWUD.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli był on 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 górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;a także, jeżeli Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka powstał w związku z obrażeniami ciała doznanymi przed datą zawarcia Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 6

1. W przypadku Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z Tabelą uszczerbków na zdrowiu stanowiącą załącznik nr 1 do OWUD.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:

- 1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) do powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka doszło przed upływem 180 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a powstałym Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu.
3. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
 4. W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
 5. 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 ustalenie aktualnego stopnia 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.
 6. Rodzaj wykonywanych przez Dziecko czynności nie ma wpływu na ocenę stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
 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.

Wypłata świadczenia

§ 7

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 określającej rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
 - 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.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK URAZU U DZIECKA W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NIEPOWODUJĄCEGO TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU

(KOD PPR_CADISB3P_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

- 1) **Skręcenie** – uraz polegający na przekroczeniu fizjologicznego zakresu ruchu w stawie. Na skutek skręcenia może dojść do uszkodzenia torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien;
- 2) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. Definicja obejmuje wyłącznie przypadki wymienione w Tabeli uszczerbków na zdrowiu stanowiącej załącznik nr 1 do OWUD;
- 3) **Uraz w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu** – uraz powodujący Złamanie, Zwichnięcie lub Skręcenie i niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
- 4) **Złamanie** – 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);
- 5) **Zwichnięcie** – spowodowane urazem uszkodzenie stawu, skutkujące przemieszczeniem powierzchni stawowych względem siebie, a w konsekwencji naciągnięcie lub naderwanie torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Uraz u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu, który miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Urazu u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli był on 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) pozostawiania 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 górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 6

1. W przypadku Urazu u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia z tytułu Urazu u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu, aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, który nie spowodował u Dziecka Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z Urazem u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującym Trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpił Uraz u Dziecka niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) Uraz u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) do powstania Urazu u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu doszło przed upływem 180 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a powstałym Urazem u Dziecka niepowodującym Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
 - 5) leczenie urazu wymagało interwencji lekarskiej w placówce medycznej i było połączone z dalszym leczeniem oraz wymagało co najmniej jednej wizyty kontrolnej u lekarza, a w przypadku urazu narządu ruchu na zlecenie lekarza narząd ten został trwale unieruchomiony (gips, gips syntetyczny, szyny, stabilizator, kołnierż ortopedyczny, gorset, opatrunek dessaulta, longeta) na co najmniej 7 dni lub leczenie urazu narządu ruchu trwało powyżej 21 dni.
3. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Urazu u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Urazu u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Wypłata świadczenia

§ 7

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 Urazu u Dziecka niepowodującego 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.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie wskazanym w § 20 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem § 20 ust. 5 OWU.

Postanowienia końcowe

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO DRUGIEJ OPINII MEDYCZNEJ DLA DZIECKA

(KOD PPR_CBD_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego Drugiej opinii medycznej dla Dziecka (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU i SWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Drugą opinię medyczną dla Dziecka.

Definicje

§ 2

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

- 1) **Best Doctors** – Best Doctors Inc., która mieści się pod adresem: One Boston Place, 32nd Floor Boston, Massachusetts, USA 02108, firma współpracująca z Towarzystwem w ramach Drugiej opinii medycznej;
- 2) **Centrum Obsługi Klienta Best Doctors** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe prowadzone przez Best Doctors, czynne przez całą dobę 365 dni w roku pod numerem telefonu +48 800 365 867, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej oraz koordynuje realizację świadczenia z tytułu Drugiej opinii medycznej;
- 3) **Choroba neuronu ruchowego** – choroba o nieznannej etiologii, charakteryzująca się postępującym zwyrodnieniem szlaków korowo – rdzeniowych, komórek przednich rdzenia i/lub neuronów opuszki. Definicja obejmuje następujące jednostki chorobowe:
 - a. rdzeniowy zanik mięśni (SMA);
 - b. postępujące porażenie opuszkowe (PBP);
 - c. stwardnienie zanikowe boczne (ALS);
 - d. pierwotne stwardnienie boczne (PLS).Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii, konieczne jest wykluczenie innych jednostek chorobowych, dających podobne objawy;
- 4) **Ciężkie oparzenia** – uszkodzenie tkanek czynnikami termicznymi, elektrycznymi lub chemicznymi, powodujące oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała. Jako kryterium pomiaru przyjmuje się tabelę powierzchni ciała Lunda i Browdera;
- 5) **Druga opinia medyczna** – opinia dotycząca diagnozy, stanu zdrowia i leczenia Dziecka sporządzana przez Lekarza konsultanta na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej;
- 6) **Lekarz konsultant** – lekarz praktykujący poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, uznany za wybitnego specjalistę w środowisku medycznym w danej specjalności. Wybór Lekarza konsultanta będzie dokonywany przez Best Doctors, z uwzględnieniem specyfiki choroby Dziecka;
- 7) **Lekarz uprawniony** – lekarz współpracujący z organizatorem usług objętych Drugą opinią medyczną;
- 8) **Paraliż** – całkowita utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn, spełniająca kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovetta, spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu. Kończyna rozumiana jest jako anatomiczna całość: ramię, przedramię, dłoń w przypadku kończyny górnej i udo, podudzie i stopa w przypadku kończyny dolnej. Utrata funkcji musi być trwała, istnieć przez ponad 6 miesięcy od daty zdarzenia i być potwierdzona przez specjalistę neurologa;
- 9) **Udar mózgu** – nagłe, 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;
- 10) **Utrata mowy** – trwała i nieodwracalna całkowita utrata zdolności mówienia w wyniku choroby lub wypadku, powodujących uszkodzenie strun głosowych, utrzymująca się przez co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii. Definicja nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi;
- 11) **Utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie laryngologii, w oparciu o wyniki badań audiometrycznych, wykazujących średni ubytek słuchu (badany dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz) przekraczający 90 dB w każdym uchu;
- 12) **Zakażenie wirusem HIV** – zdiagnozowanie u Dziecka zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że:
 - a. do zakażenia doszło w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, podczas przetwarzania ze wskazań medycznych krwi lub preparatów krwiopochodnych;
 - b. Dziecko nie było leczone z powodu hemofilii;
 - c. do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy po przetoczeniu;
 - d. obecność infekcji HIV została potwierdzona w autoryzowanym laboratorium.

Definicja nie obejmuje przypadków zakażenia, do których doszło w inny sposób, np. drogą kontaktów seksualnych lub dożylnego stosowania środków odurzających. Towarzystwo musi posiadać prawo dostępu do wyników badań krwi Dziecka i mieć prawo do zlecenia niezależnych badań kontrolnych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje sporządzenie Drugiej opinii medycznej, w ramach której Towarzystwo za pośrednictwem Best Doctors zobowiązuje się do:

- a. udzielenia Dziecku informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie Drugiej opinii medycznej, a w razie potrzeby zobowiązuje się do zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów; w przypadku chorób nowotworowych może być przeprowadzone ponowne badanie histopatologiczne;
- b. przetłumaczenia zebranej dokumentacji medycznej na język angielski, a następnie sporządzenia z niej streszczenia;
- c. przesłania streszczenia do Lekarza konsultanta specjalizującego się w danym schorzeniu;
- d. zapewnienia sporządzenia Drugiej opinii medycznej zawierającej: potwierdzenie bądź nową diagnozę, efektywny sposób leczenia, rokowania;
- e. przetłumaczenia Drugiej opinii medycznej na język polski oraz udostępnienia jej Dziecku lub na wniosek Dziecka lekarzowi prowadzącemu, pod opieką którego Dziecko się znajduje;
- f. wskazanie lekarzy kwalifikujących się do podjęcia procesu leczenia Dziecka, czyli:
 - a) wyszukanie lekarza specjalizującego się w danym schorzeniu;
 - b) dostarczenie Dziecku raportu zawierającego informacje o dostępności lekarza, sposobie, w jaki można umówić się na wizytę, dokumentacji medycznej potrzebnej na wizytę oraz zawierającego informacje o doświadczeniu lekarza. W raporcie zawarte są opisy maksymalnie trzech rekomendowanych lekarzy.
- g. zorganizowanie procesu leczenia Dziecka za granicą, czyli:
 - a) zorganizowanie oraz koordynację terapii medycznej;
 - b) zorganizowanie oraz koordynację transportu Dziecka do miejsca gdzie przeprowadzane jest leczenie;
 - c) zorganizowanie zakwaterowania Dziecka;
 - d) przedstawienie szacunkowego kosztu leczenia.

Prawo do usług określonych w pkt f i g przysługuje pod warunkiem, że wcześniej została sporządzona Druga opinia medyczna dla Dziecka.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 5

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Drugiej opinii medycznej, jeżeli choroba lub uszkodzenie ciała powodujące trwałą, krytyczną, nieodwracalną utratę zdrowia były 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) pozostawiania 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 lub 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 górską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- a także jeżeli choroba lub uszkodzenie ciała powodujące trwałą, krytyczną, nieodwracalną utratę zdrowia powstały wskutek:
- 8) poddania się leczeniu dentyścicznemu przez Dziecko, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany został Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 9) operacji plastycznej lub kosmetycznej Dziecka, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 10) leczenia wszelkiego rodzaju uzależnień Dziecka;
 - 11) przypadków związanych z usuwaniem ciąży lub będących jego następstwem.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 6

1. Świadczenie obejmuje proces organizowania usług określonych w § 4, natomiast nie obejmuje kosztów wizyt lekarskich i badań diagnostycznych zaleconych lub niezbędnych do sporządzenia Drugiej opinii medycznej, za wyjątkiem badań histopatologicznych, nie obejmuje również kosztów terapii medycznej, transportu czy zakwaterowania.
2. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli u Dziecka rozpoznano chorobę lub uszkodzenie ciała powodujące trwałą, krytyczną, nieodwracalną utratę zdrowia tj:
 - 1) Chorobę neuronu ruchowego;
 - 2) Ciężkie oparzenia;
 - 3) Niewydolność nerek;
 - 4) Nowotwór złośliwy inwazyjny;
 - 5) Operacja zastawek serca;
 - 6) Paraliż;
 - 7) Przeszczepienie narządu;
 - 8) Stwardnienie rozsiane;
 - 9) Śpiączkę;
 - 10) Udar mózgu;
 - 11) Utratę mowy;
 - 12) Utratę słuchu;
 - 13) Utratę wzroku;
 - 14) Zakażenie wirusem HIV.
3. Przez Chorobę lub uszkodzenie ciała wskazane w ust. 2 pkt 3, 4, 5, 7, 8, 9 oraz 13 rozumie się jej definicję określoną w § 2 OWUD na wypadek Poważnego zachorowania Dziecka.
4. Zgłaszający się do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors powinien podać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko Dziecka;
 - 2) adres zamieszkania;
 - 3) numer telefonu do kontaktu zwrotnego.
5. W przypadku potwierdzenia ochrony ubezpieczeniowej zgłaszający otrzyma przesyłkę zawierającą zestaw formularzy niezbędnych do spełnienia świadczenia.
6. Zgłaszający zobowiązany jest dostarczyć do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors pełną dokumentację medyczną, dotyczącą przypadku medycznego, w związku z którym wnioskuje o sporządzenie Drugiej opinii medycznej dla Dziecka.
7. Centrum Obsługi Klienta Best Doctors przesyła Drugą opinię medyczną w ciągu 17 dni roboczych liczonych od daty, w której spełniony został warunek określony w ust. 6.
8. W przypadku, gdy sporządzenie Drugiej opinii medycznej nie może nastąpić w terminie, o którym mowa w ust. 7, Centrum Obsługi Klienta Best Doctors sporządzi Drugą opinię medyczną w ciągu 14 dni roboczych od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności sporządzenie jej było możliwe.

Postanowienia końcowe

§ 7

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU i SWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

Wykaz istotnych informacji

zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi w ramach, którego prowadzone jest Indywidualne Konto Emerytalne (kod PPR_IKE1_03.2020) dalej „OWU”, z uwzględnieniem definicji z OWU (Skorowidz)

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej w OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia*	§ 4; § 12 ust. 1; § 13 ust. 1; § 14 ust. 1, 2 i 7
2. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 14 ust. 3; § 16; Załącznik nr 1 do OWU – Tabela opłat; Załącznik nr 3 do OWU - § 5 ust. 7 i 8; Załącznik nr 3 do OWU - § 6
3. Wartość wykupu ubezpieczenia* w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 6 ust. 6 i 7; § 12 ust. 4; § 13 ust. 5; § 14 ust. 8 i 9

* W związku z terminologią stosowaną w Umowie o prowadzenie Indywidualnego Konta Emerytalnego zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 roku o indywidualnych kontach emerytalnych i indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego, na potrzeby niniejszego wykazu wartość wykupu ubezpieczenia rozumiana jest jako Wypłata, Wypłata transferowa lub Zwrot zgodnie z definicjami nadanymi im przez OWU.

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

(KOD PPR_IKE1_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (zwane dalej „**OWU**”) stanowią podstawę zawarcia Umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, w ramach której prowadzone jest Indywidualne Konto Emerytalne, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 roku o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego.
2. Tabela opłat i limitów – kod PPR_IKE1_TOIL_03.2020 (zwana dalej „**Tabelą IKE**”) stanowi załącznik nr 1 do OWU.
3. Wykaz Funduszy – kod PPR_IKE1_WUFG_03.2020 (zwany dalej „**Wykazem Funduszy IKE**”) stanowi załącznik nr 2 do OWU.
4. Regulamin lokowania środków ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych – kod PPR_IKE1_RL_03.2020 (zwany dalej „**Regulaminem lokowania IKE**”) stanowi załącznik nr 3 do OWU.

Definicje

§ 2

1. Użyte w Umowie, OWU oraz Dokumentie ubezpieczenia wymienione poniżej terminy oznaczają:
 - 1) **Alokacja składki IKE** – określony procentowo przez Oszczędzającego podział Składki IKE pomiędzy Fundusze oferowane przez Towarzystwo;
 - 2) **Cena jednostki** – wartość Jednostki uczestnictwa, po której jest ona dopisywana do Rachunku IKE i odliczana z Rachunku IKE;
 - 3) **Częściowy zwrot** – wycofanie części Środków zgromadzonych na Rachunku IKE, jeżeli nie zachodzą przesłanki do Wypłaty bądź Wypłaty transferowej;
 - 4) **Dokument ubezpieczenia** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy pomiędzy Oszczędzającym a Towarzystwem, oraz warunki tej Umowy (polisa), a także inny dokument potwierdzający zmianę warunków Umowy;
 - 5) **Dzień nabycia** – każdy dzień roboczy, w którym Towarzystwo nabywa Jednostki uczestnictwa, przypadający nie później niż w terminie pięciu Dni roboczych od:
 - a. dnia opłacenia Składki IKE lub przyjęcia wypłaty transferowej, z zastrzeżeniem § 8 ust. 6 albo
 - b. dnia wymagalności Składki regularnej IKE, o ile została opłacona przed datą jej wymagalności;
 - 6) **Dzień roboczy** – każdy dzień z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy;
 - 7) **Dzień wyceny** – każdy Dzień roboczy oraz każdy ostatni dzień kalendarzowy miesiąca;
 - 8) **Gromadzenie oszczędności** – dokonywanie Wpłat, Wypłat transferowych oraz przyjmowanie wypłat transferowych, a także inwestowanie środków znajdujących się na Rachunku IKE;
 - 9) **Jednostka uczestnictwa** – część aktywów Funduszu uzyskana poprzez podzielenie ich na równe części, dająca Oszczędzającemu prawo do udziału w aktywach Funduszu;
 - 10) **Konto Klienta** – serwis informacyjno-transakcyjny udostępniony przez Towarzystwo Oszczędzającemu za pośrednictwem Internetu;
 - 11) **Oszczędzający** – osoba fizyczna, która zawarła z Towarzystwem Umowę, gromadząca środki na Rachunku IKE;
 - 12) **Portfel modelowy** – Fundusz, którego aktywa inwestowane są w szczególności w Jednostki uczestnictwa więcej niż jednego funduszu inwestycyjnego w rozumieniu ustawy z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych albo więcej niż jednego funduszu inwestycyjnego mającego siedzibę za granicą;
 - 13) **Rachunek IKE** – wyodrębniony dla danej Umowy rachunek, do którego dopisywane są Jednostki uczestnictwa zakupione za Składki IKE oraz za przyjętą wypłatę transferową w przypadku jej dokonania – prowadzony na zasadach określonych Ustawą, a w zakresie w niej nieuregulowanym – na zasadach określonych w przepisach właściwych dla tych rachunków;
 - 14) **Składka IKE** – Składka regularna IKE lub Składka nieregularna IKE, która po potrąceniu opłaty alokacyjnej stanowi Wpłatę na Rachunek IKE (suma wpłat Składek IKE w roku kalendarzowym nie może przekroczyć limitu określonego w § 7 ust. 8);
 - 15) **Składka nieregularna IKE** – składka płatna na Rachunek IKE wskazany przez Towarzystwo w dowolnym czasie trwania Umowy;
 - 16) **Składka regularna IKE** – składka płatna na Rachunek IKE wskazany przez Towarzystwo z częstotliwością oraz w terminach wskazanych w Dokumentie ubezpieczenia;
 - 17) **Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego** – kwota określona w Tabeli IKE, wypłacana Uprawnionemu w przypadku śmierci Oszczędzającego;
 - 18) **Środki zgromadzone na Rachunku IKE** – Jednostki uczestnictwa zapisane na Rachunku IKE zakupione za Składki IKE oraz przyjętą wypłatę transferową w przypadku jej dokonania;
 - 19) **Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (UFK)** – wyodrębniona część aktywów Towarzystwa, podzielona na równe części (zwany dalej „**Funduszem**”);
 - 20) **Umowa** – umowa indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi w ramach, której prowadzone jest Indywidualne Konto Emerytalne, zawarta pomiędzy Towarzystwem a Oszczędzającym;
 - 21) **Uposażony** – osoba wskazana przez Oszczędzającego, uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Oszczędzającego;
 - 22) **Uposażony zastępczy** – osoba wskazana przez Oszczędzającego, uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Oszczędzającego, jeżeli wskazanie jedyne Uposażonego stało się bezskuteczne;
 - 23) **Uprawniony** – osoba wskazana przez Oszczędzającego, która w przypadku jego śmierci otrzyma środki z IKE oraz świadczenie w postaci Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego, a w przypadku gdy osoba taka nie została wskazana lub została wskazana bezskutecznie – spadkobiercy Oszczędzającego oraz osoby, o których mowa w § 9 ust. 5;
 - 24) **Ustawa** – ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego;

- 25) **Wartość Rachunku IKE** – kwota stanowiąca iloczyn liczby Jednostek uczestnictwa znajdujących się na Rachunku IKE nabytych za Składki IKE oraz przyjętą wypłatę transferową w przypadku jej dokonania i Ceny jednostki;
- 26) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy do daty, w której Wiek jest obliczany;
- 27) **Wniosek o zawarcie umowy** – formularz Towarzystwa, na którym Oszczędzający składa ofertę zawarcia Umowy (zwany dalej „**Wnioskiem**”);
- 28) **Wpłata** – wpłata środków pieniężnych w formie Składki IKE lub wypłaty transferowej, dokonywana przez Oszczędzającego na Rachunek IKE;
- 29) **Wypłata** – wypłata środków zgromadzonych na Rachunku IKE, realizowana jednorazowo lub w ratach, na rzecz:
- Oszczędzającego, po spełnieniu warunków określonych w Umowie oraz Ustawie albo
 - osób Uprawnionych, w przypadku śmierci Oszczędzającego;
- 30) **Wypłata transferowa** – przeniesienie środków zgromadzonych przez Oszczędzającego na IKE do innej instytucji finansowej prowadzącej IKE lub przeniesienie środków zgromadzonych na IKE z IKE zmarłego na IKE osoby Uprawnionej lub do programu emerytalnego, do którego Uprawniony przystąpił, lub przeniesienie środków zgromadzonych przez Oszczędzającego na IKE do programu emerytalnego, do którego przystąpił Oszczędzający, lub przeniesienie środków z programu emerytalnego na IKE, w przypadkach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o pracowniczych programach emerytalnych;
- 31) **Zwrot** – wycofanie całości środków zgromadzonych na Rachunku IKE, jeżeli nie zachodzą przesłanki do Wypłaty bądź Wypłaty transferowej.
2. Definicje określone w ust. 1 należy rozumieć także w odpowiednim przypadku i liczbie.

Przedmiot i zakres Umowy

§ 3

- Przedmiotem Umowy jest życie Oszczędzającego.
- Ubezpieczenie prowadzone jest z Funduszami, w ramach których gromadzone i inwestowane są Składki IKE.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia:

- zaistnienie okoliczności umożliwiających dokonanie wypłaty z Rachunku IKE, o których mowa w § 12 ust. 1;
- śmierć Oszczędzającego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.

Zawarcie Umowy

§ 5

- Umowę może zawrzeć osoba fizyczna, która w dniu zawarcia Umowy ukończyła 18 lat.
- Umowa zawierana jest na podstawie kompletnie i poprawnie wypełnionego i złożonego przez Oszczędzającego Wniosku.
- W przypadku, gdy stosowne przepisy prawa tego wymagają, Towarzystwo przed zawarciem Umowy uzyskuje od Oszczędzającego, w formie ankiety, informacje dotyczące jego potrzeb, wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie oraz jego sytuacji finansowej, tak aby Towarzystwo mogło dokonać oceny, czy Umowa jest odpowiednia do potrzeb Oszczędzającego.
- Przed zawarciem Umowy Towarzystwo doręcza Oszczędzającemu warunki Umowy, w tym treść OWU wraz z załącznikami oraz Skorowidzem albo udostępnia je Oszczędzającemu w taki sposób, aby mógł je przechowywać i odtwarzać w zwykłym toku czynności.
- Przed zawarciem Umowy Oszczędzający składa oświadczenia zawarte na Wniosku.
- Towarzystwo potwierdza zawarcie Umowy Dokumentem ubezpieczenia (polisą).

Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy

§ 6

- Oszczędzającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia w tym względzie:
 - w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy albo
 - w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji, o której mowa w § 18 ust. 2 pkt 3.
- Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy Towarzystwo nie poinformowało Oszczędzającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy, termin 30 dni, o którym mowa w ust 1 pkt 1, biegnie od dnia, w którym Oszczędzający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
- Złożenie oświadczenia o odstąpieniu od Umowy, w terminie o którym mowa w ust. 1 pkt 1 albo ust. 2, możliwe jest również za pośrednictwem infolinii Towarzystwa.
- Umowa może być w każdym czasie wypowiedziana przez Oszczędzającego pisemnie, z zachowaniem 14-dniowego okresu wypowiedzenia.
- Umowa ulega rozwiązaniu w przypadku dokonania Wypłaty, Wypłaty transferowej albo Zwrotu.
- W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, Towarzystwo zwróci Oszczędzającemu wpłaconą Składkę IKE w całości, a przyjętą wypłatę transferową zwróci w formie Zwrotu, bez pobrania opłaty, o której mowa w § 16 ust. 2.
- W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 albo ust. 2, Środki zgromadzone na Rachunku IKE Towarzystwo wypłaci w formie Zwrotu, jeśli nie zachodzą przesłanki do Wypłaty bądź Wypłaty transferowej.

Wpłaty

§ 7

- Towarzystwo określa minimalną wysokość Składki IKE w Tabeli IKE.
- Wysokość Składki regularnej IKE oraz częstotliwość jej opłacania określone są przez Oszczędzającego we Wniosku.

3. Składki regularne IKE mogą być opłacane z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną lub miesięczną. Wysokość Składki regularnej IKE, częstotliwość oraz terminy jej opłacania potwierdzone są w Dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 14.
4. Oszczędzający ma prawo do zmiany:
 - 1) wysokości Składki regularnej IKE w każdą Rocznicę polisy;
 - 2) częstotliwości opłacania Składek regularnych IKE w całym okresie obowiązywania Umowy, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Wysokość Składki regularnej IKE po zmianach, o których mowa w ust. 4, nie może być niższa od minimalnej Składki IKE dla wybranej częstotliwości, określonej w Tabeli IKE.
6. Składki nieregularne IKE mogą być wpłacane w dowolnym czasie trwania Umowy z zastrzeżeniem § 8 ust. 6.
7. Składka IKE pomniejszona o pobraną opłatę alokacyjną, o której mowa w Tabeli IKE, stanowi Wpłatę na Rachunek IKE.
8. Łączna wysokość wpłat na IKE w roku kalendarzowym nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej trzykrotności przeciętnego prognozowanego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok, określonego w ustawie budżetowej lub ustawie o prowizorium budżetowym, lub w ich projektach, jeżeli odpowiednie ustawy nie zostały uchwalone.
9. W przypadku, gdy kwota ustalona zgodnie z ust. 8, będzie niższa od kwoty ogłoszonej w poprzednim roku kalendarzowym, obowiązuje kwota wpłat dokonywanych na IKE ogłoszona w poprzednim roku kalendarzowym.
10. Jeżeli do końca roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym będą dokonywane wpłaty na IKE brak jest podstaw, o których mowa w ust. 8, do ustalenia przeciętnego prognozowanego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej, jako podstawę do ustalenia kwoty, o której mowa w ust. 8, przyjmuje się przeciętne miesięczne wynagrodzenie z trzeciego kwartału roku poprzedniego.
11. Zapisy ust. 8 nie mają zastosowania do przyjmowanych wypłat transferowych.
12. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego ogłasza w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” do końca roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym będą dokonywane wpłaty na IKE, w drodze obwieszczenia, wysokość kwoty, o której mowa w ust. 8.
13. Wpłata Składki nieregularnej IKE nie zwalnia Oszczędzającego z obowiązku opłacenia Składki regularnej IKE. Towarzystwo ma prawo zaliczyć Składkę nieregularną IKE, za którą nie zostały zakupione Jednostki uczestnictwa na poczet zaległych Składek regularnych IKE.
14. W przypadku, gdy Oszczędzający zadeklarował wypłatę transferową, Składki regularne IKE opłacane są począwszy od pierwszej Rocznic polisy Umowy następującej po przyjęciu wypłaty transferowej.

Rachunek IKE i Alokacja składek IKE

§ 8

1. Z dniem przyjęcia pierwszej Wpłaty z tytułu Umowy Towarzystwo otwiera Rachunek IKE, na którym ewidencjonuje Jednostki uczestnictwa zakupione za opłacone Składki IKE i przyjętą wypłatę transferową.
2. Po opłaceniu Składki IKE Towarzystwo dopisuje Jednostki uczestnictwa do Rachunku IKE, z zastrzeżeniem ust. 6, zgodnie ze wskazaną przez Oszczędzającego dyspozycją Alokacji składki IKE. Liczba dopisanych Jednostek uczestnictwa wynika z podzielenia części Składki IKE określonej w dyspozycji Alokacji przez Cenę jednostki danego Funduszu, obowiązującą w Dniu nabycia.
3. Jeżeli Składka regularna IKE została opłacona przed datą jej wymagalności, Jednostki uczestnictwa zostaną nabyte po Cenie jednostki obowiązującej w Dniu nabycia, nie wcześniej jednak niż w dniu zawarcia Umowy.
4. Po przyjęciu wypłaty transferowej Towarzystwo dopisuje Jednostki uczestnictwa do Rachunku IKE. Liczba Jednostek uczestnictwa równa jest wartości przyjętej wypłaty transferowej, podzielonej przez Cenę jednostki obowiązującą w Dniu nabycia, przypadającym nie wcześniej jednak niż po otrzymaniu kompletu dokumentów z instytucji finansowej, z której dokonano wypłaty transferowej.
5. Za Składkę nieregularną IKE i środki pochodzące z przyjętej wypłaty transferowej Towarzystwo nabywa Jednostki uczestnictwa Funduszy zgodnie z Alokacją składki IKE ustaloną przez Oszczędzającego dla Składki regularnej IKE.
6. W przypadku, gdy we Wniosku Oszczędzający zadeklarował wypłatę transferową, Składki nieregularne IKE opłacone przed przyjęciem przez Towarzystwo wypłaty transferowej zostaną przekazane na nieoprocentowany rachunek. W takim przypadku nabycie Jednostek uczestnictwa za Składki nieregularne IKE nastąpi w terminie pięciu Dni roboczych od dnia przyjęcia wypłaty transferowej.

Wskazanie osób Uposażonych

§ 9

1. Oszczędzający może wskazać jedną lub więcej osób Uposażonych do otrzymania świadczenia w razie jego śmierci.
2. Wskazanie dotyczące Uposażonego może zostać w dowolnym czasie zmienione lub odwołane przez złożenie oświadczenia w Towarzystwie. Zmiana Uposażonego następuje od daty otrzymania tego oświadczenia przez Towarzystwo.
3. Jeżeli wskazano kilku Uposażonych, winny zostać określone ich udziały procentowe w kwocie świadczenia.
4. Jeżeli udziały procentowe Uposażonych w kwocie świadczenia nie zostaną określone, przyjmuje się, iż są one równe.
5. W przypadku śmierci Oszczędzającego, gdy nie wskazał on żadnego Uposażonego lub wskazanie jedyne Uposażonego okazało się bezskuteczne, a nie został wskazany Uposażony zastępczy, świadczenie przysługuje członkom rodziny Oszczędzającego w następującej kolejności:
 - 1) małżonek;
 - 2) dzieci – w częściach równych;
 - 3) rodzice – w częściach równych;
 - 4) rodzeństwo – w częściach równych;
 - 5) pozostałe osoby będące spadkobiercami ustawowymi Oszczędzającego, z wyłączeniem gminy właściwej dla ostatniego miejsca zamieszkania Oszczędzającego oraz Skarbu Państwa – w częściach równych.
6. Świadczenie może być wypłacone członkowi rodziny wymienionemu w dalszej kolejności wyłącznie wtedy, gdy żadna z osób wskazanych w punktach poprzedzających nie dożyła śmierci Oszczędzającego albo nie jest uprawniona do otrzymania świadczenia z powodu okoliczności wskazanych w ust. 7. Uważa się, że osoba nie dożyła śmierci Oszczędzającego także, gdy zmarła jednocześnie z nim.
7. Wskazanie Uposażonego jest bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed Oszczędzającym albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. W takim przypadku udział bezskutecznie wskazanego Uposażonego w kwocie świadczenia dolicza się proporcjonalnie do udziałów pozostałych Uposażonych.

8. Jeżeli wskazanie jedyne Uposażonego stało się bezskuteczne, prawo do świadczenia nabywa Uposażony zastępczy.
9. Postanowienia ust. 1-4 oraz ust. 7 stosuje się odpowiednio do Uposażonego zastępczego.

Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego

§ 10

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego określona jest kwotowo w Dokumentie ubezpieczenia i wynosi 100 zł.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego jest niezmienna w całym okresie trwania Umowy.

Wyplata świadczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego

§ 11

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie następujące dokumenty:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię odpisu skróconego aktu zgonu Oszczędzającego;
 - 3) kopię statystycznej karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci;
 - 4) w przypadku, o którym mowa w § 9 ust. 5, 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.
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.

Wyplata

§ 12

1. Wypłata Środków zgromadzonych na Rachunku IKE następuje wyłącznie:
 - 1) na wniosek Oszczędzającego, po osiągnięciu przez niego 60 roku życia lub nabyciu uprawnień emerytalnych i ukończeniu 55 roku życia oraz spełnieniu warunku:
 - a. dokonywania wpłat na IKE co najmniej w pięciu dowolnych latach kalendarzowych albo
 - b. dokonania ponad połowy wartości wpłat nie później niż na pięć lat przed dniem złożenia przez Oszczędzającego wniosku o dokonanie Wypłaty;
 - 2) w przypadku śmierci Oszczędzającego – na wniosek osoby Uprawnionej.
2. Oszczędzający przed dokonaniem Wypłaty zobowiązany jest do poinformowania Towarzystwa o właściwym dla Oszczędzającego w sprawach podatku dochodowego od osób fizycznych naczelniku urzędu skarbowego oraz do przedstawienia decyzji organu rentowego o przyznaniu prawa do emerytury, jeżeli Oszczędzający nie ukończył 60 roku życia.
3. Wypłata może być dokonywana jednorazowo albo w ratach, w zależności od wniosku Oszczędzającego albo osoby Uprawnionej.
4. W przypadku złożenia przez Oszczędzającego lub osobę Uprawnioną wniosku o Wypłatę jednorazową do obliczenia wartości wypłaty przyjmuje się Cenę jednostki obowiązującą w Dniu wyceny, w którym Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa. Umorzenie Jednostek uczestnictwa następuje nie później niż w terminie pięciu Dni roboczych od dnia otrzymania przez Towarzystwo dokumentów, o których mowa w ust. 11.
5. W przypadku złożenia przez Oszczędzającego lub osobę Uprawnioną wniosku o Wypłatę w ratach, wnioskujący określa:
 - 1) częstotliwość wypłacania rat;
 - 2) liczbę rat.
6. Wypłata w ratach realizowana jest z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną.
7. Wysokość rat określona jest w liczbie Jednostek uczestnictwa poprzez podzielenie ilości Jednostek zgromadzonych na Rachunku IKE przez wnioskowaną liczbę rat i pomnożenie ich przez Cenę jednostki obowiązującą w Dniu wyceny, w którym Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa, z zastrzeżeniem ust. 9.
8. W przypadku pierwszej raty umorzenie Jednostek uczestnictwa następuje nie później niż w terminie pięciu Dni roboczych od dnia otrzymania przez Towarzystwo dokumentów, o których mowa w ust. 11.
9. Wysokość pierwszej raty obliczona w sposób, o którym mowa w ust. 7 i 8, nie może być niższa niż 500 zł.
10. Jeżeli wysokość pierwszej raty jest niższa niż 500 zł, Oszczędzającemu zaproponowana zostanie wypłata ratalna w krótszym okresie lub z mniejszą częstotliwością rat.
11. Towarzystwo dokonuje Wypłaty jednorazowej lub Wypłaty pierwszej raty w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia:
 - 1) złożenia przez Oszczędzającego wniosku o dokonanie Wypłaty;
 - 2) złożenia przez osobę, o której mowa w ust. 1 pkt 2, wniosku o dokonanie Wypłaty oraz przedłożenia:
 - a. aktu zgonu Oszczędzającego i dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby Uprawnionej albo
 - b. prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku albo notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia oraz zgodnego oświadczenia wszystkich spadkobierców o sposobie podziału środków zgromadzonych przez Oszczędzającego albo prawomocnego postanowienia sądu o dziale spadku, a także dokumentów stwierdzających tożsamość spadkobierców;
 chyba, że Oszczędzający lub osoby Uprawnione żądają Wypłaty w terminie późniejszym.

12. Wysokość kolejnych rat jest zmienna i zależy od Ceny jednostki obowiązującej w dniu umorzenia Jednostek uczestnictwa na potrzeby naliczenia kolejnej raty.
13. Wyплаты kolejnych rat realizowane są w terminach wynikających odpowiednio z terminu Wyплаты pierwszej raty w kolejnym miesiącu, kwartale, półroczu lub roku, w zależności od wybranej częstotliwości wypłat rat.
14. Oszczędzający nie może dokonywać Wpłat na Rachunek IKE, z którego dokonał Wyплаты pierwszej raty.
15. Oszczędzający, który dokonał Wyплаты jednorazowej albo Wyплаты pierwszej raty, nie może ponownie założyć IKE.
16. W przypadku śmierci Oszczędzającego, który rozpoczął Wypłatę w formie rat, Towarzystwo na pisemny wniosek osoby Uprawnionej dokona Wyплаты zgodnie z jej dyspozycją i jej udziałem procentowym w kwocie świadczenia, w ratach lub jednorazowo.
17. Oszczędzający, który rozpoczął Wypłatę w formie rat, może w dowolnej chwili na pisemny wniosek złożony w Towarzystwie dokonać Wyплаты jednorazowej pozostałej Wartości Rachunku IKE.
18. W dniu umorzenia Jednostek uczestnictwa na ostatnią ratę Rachunek IKE zostaje zamknięty a Umowa ulega rozwiązaniu.

Wyплата transferowa

§ 13

1. Wyплата transferowa dokonywana jest przez Towarzystwo na podstawie dyspozycji Oszczędzającego lub osoby Uprawnionej po uprzednim zawarciu umowy o prowadzenie IKE z inną instytucją albo po przystąpieniu do programu emerytalnego i okazaniu Towarzystwu odpowiednio: potwierdzenia zawarcia umowy o prowadzenie IKE albo potwierdzenia przystąpienia do programu emerytalnego.
2. W przypadku Wyплаты transferowej do programu emerytalnego Wyплата transferowa dokonywana jest na rachunek programu emerytalnego.
3. Wyплата transferowa jest dokonywana:
 - 1) z Towarzystwa do instytucji finansowej, z którą Oszczędzający zawarł umowę o prowadzenie IKE;
 - 2) z Towarzystwa do programu emerytalnego, do którego Oszczędzający przystąpił, w myśl przepisów ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o pracowniczych programach emerytalnych;
 - 3) w przypadku śmierci Oszczędzającego – z Towarzystwa na IKE osoby Uprawnionej albo do programu emerytalnego, do którego osoba Uprawniona przystąpiła.
4. Towarzystwo dokonuje Wyплаты transferowej w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia:
 - 1) złożenia przez Oszczędzającego dyspozycji o dokonanie Wyплаты transferowej;
 - 2) złożenia przez osobę, o której mowa w ust. 3 pkt 3, dyspozycji o dokonanie Wyплаты transferowej oraz przedłożenia:
 - a. aktu zgonu Oszczędzającego i dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby Uprawnionej albo
 - b. prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku albo notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia oraz zgodnego oświadczenia wszystkich spadkobierców o sposobie podziału środków zgromadzonych przez Oszczędzającego albo prawomocnego postanowienia sądu o dziale spadku, a także dokumentów stwierdzających tożsamość spadkobierców.
5. Do obliczenia wartości Wyплаты transferowej przyjmuje się Cenę jednostki obowiązującą w Dniu wyceny, w którym Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa. Umorzenie Jednostek uczestnictwa następuje nie później niż w terminie pięciu Dni roboczych od dnia otrzymania przez Towarzystwo dokumentów, o których mowa w ust. 4.
6. Przedmiotem Wyплаты transferowej może być wyłącznie całość Środków zgromadzonych na Rachunku IKE.

Zwrot i Częściowy zwrot

§ 14

1. W przypadku wypowiedzenia Umowy, jeżeli nie zachodzą przesłanki do Wyплаты bądź Wyплаты transferowej, Towarzystwo dokonuje Zwrotu Środków zgromadzonych na Rachunku IKE, obliczonego zgodnie z ust. 8.
2. W przypadku odstąpienia od Umowy, o którym mowa w § 6 ust. 1 pkt 2, jeżeli nie zachodzą przesłanki do Wyплаты bądź Wyплаты transferowej, Towarzystwo dokonuje Zwrotu Środków zgromadzonych na Rachunku IKE, obliczonego zgodnie z ust. 9.
3. W przypadku, gdy na Rachunek IKE została przyjęta wypłata transferowa z programu emerytalnego, Towarzystwo przed dokonaniem Zwrotu, w ciągu siedmiu dni licząc od dnia złożenia przez Oszczędzającego wypowiedzenia, przekazuje na rachunek bankowy wskazany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych kwotę w wysokości 30% sumy składek podstawowych wpłaconych do programu emerytalnego.
4. Towarzystwo przed dokonaniem Zwrotu pouczy Oszczędzającego o konsekwencjach dokonania Zwrotu oraz poinformuje Oszczędzającego o możliwości dokonania Wyплаты transferowej.
5. Zwrotowi podlegają Środki zgromadzone na Rachunku IKE pomniejszone o należny podatek i kwoty, o których mowa w ust. 2 i § 16 ust. 2.
6. Zwrot Środków zgromadzonych na Rachunku IKE następuje przed upływem terminu wypowiedzenia Umowy.
7. Oszczędzający w każdym czasie trwania Umowy może wystąpić z wnioskiem o Częściowy zwrot pod warunkiem, że środki pochodzą z wpłat na IKE.
8. Do obliczenia wartości Zwrotu, o którym mowa w ust. 1 lub Częściowego zwrotu przyjmuje się Cenę jednostki obowiązującą w Dniu wyceny, w którym Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa. Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa w terminie pięciu Dni roboczych licząc od dnia otrzymania przez Towarzystwo wniosku o Zwrot lub Częściowy zwrot.
9. Do obliczenia wartości Zwrotu, o którym mowa w ust. 2, przyjmuje się Cenę jednostki obowiązującą w dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu.
10. Oszczędzający we wniosku o Częściowy zwrot określa wartość Częściowego zwrotu.
11. Częściowy zwrot realizowany jest w terminie 30 dni licząc od dnia złożenia dyspozycji w Towarzystwie przez Oszczędzającego.
12. Kwota Częściowego zwrotu i Zwrotu pomniejszana jest o należny podatek.

Zmiany Funduszy

§ 15

1. Oszczędzający ma prawo w każdym czasie:
 - 1) zmienić Alokację składki IKE pomiędzy poszczególne Fundusze;

- 2) przenieść do wybranego Funduszu wszystkie lub część Jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunku wskazanego Funduszu.
2. Towarzystwo dokona przeniesienia Jednostek uczestnictwa nie później niż w terminie ośmiu Dni roboczych od daty otrzymania oświadczenia Oszczędzającego w tym zakresie, poprzez sprzedaż i nabycie Jednostek uczestnictwa, w tym za pośrednictwem Konta Klienta udostępnionego mu przez Towarzystwo.
3. Towarzystwo dokona podziału Składek regularnych IKE pomiędzy poszczególne Fundusze po otrzymaniu oświadczenia Oszczędzającego, w tym za pośrednictwem Konta Klienta udostępnionego mu przez Towarzystwo.
4. Minimalna Alokacja składki IKE w wybrany Fundusz nie może być niższa niż 10%.

Oplaty

§ 16

1. Oplaty obciążające Oszczędzającego, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3, określone są we Wniosku lub w Umowie i potwierdzone w Dokumentie ubezpieczenia.
2. W przypadku, gdy Oszczędzający dokonuje Wyплаты, Wyплаты transferowej lub Zwrotu przed upływem 12 miesięcy od dnia zawarcia Umowy, Towarzystwo potrąci dodatkową opłatę w wysokości 4% wypłacanych, transferowanych lub zwracanych środków zgromadzonych na IKE Oszczędzającego, lecz nie więcej niż 200 zł.
3. Z tytułu zarządzania Funduszami Towarzystwo pobiera opłatę za zarządzanie w wysokości wskazanej w Tabeli IKE.

Prawa i obowiązki Oszczędzającego

§ 17

1. Oszczędzający jest zobowiązany do opłacania Składek IKE w wysokości i terminach wskazanych w Dokumentie ubezpieczenia.
2. Zmiana Umowy na niekorzyść Oszczędzającego lub Uprawnionego wymaga zgody Oszczędzającego.
3. Oszczędzający zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia Towarzystwa o zmianach swoich danych osobowych i teleadresowych, a także danych osobowych i teleadresowych Uposażonego i Uposażonego zastępczego.
4. Oszczędzający może żądać od Towarzystwa udzielenia mu informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.

Prawa i obowiązki Towarzystwa

§ 18

1. Towarzystwo ma prawo do pobierania opłat określonych w OWU, Regulaminie lokowania IKE oraz Tabeli IKE.
2. Towarzystwo zobowiązane jest do:
 - 1) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych Umową;
 - 2) sporządzania i publikowania rocznych i półrocznych sprawozdań Funduszu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 3) przekazywania Oszczędzającemu, nie rzadziej niż raz w roku, z zastrzeżeniem pkt 4, w trybie uzgodnionym z Oszczędzającym, informacji o środkach znajdujących się na Rachunku IKE oraz informacji o wysokości środków znajdujących się na nieoprocentowanym rachunku;
 - 4) informowania Oszczędzającego w zakresie, o którym mowa w pkt 3 po raz pierwszy nie wcześniej niż w terminie 10 miesięcy i nie później niż w terminie 14 miesięcy od dnia zawarcia Umowy;
 - 5) przekazywania Oszczędzającemu informacji dotyczących zmian warunków Umowy lub zmiany prawa właściwego dla zawartej Umowy przed wyrażeniem przez Oszczędzającego zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy;
 - 6) informowania Oszczędzającego o zmianie Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego;
 - 7) informowania Oszczędzającego o zajściu zdarzeń objętych odpowiedzialnością, jeżeli zdarzenie zostało zgłoszone do Towarzystwa, a Oszczędzający nie jest osobą występującą z tym zgłoszeniem;
 - 8) informowania osoby występującej z roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia zobowiązań Towarzystwa, jeżeli jest to niezbędne do prowadzenia dalszego postępowania;
 - 9) informowania osoby występującej z roszczeniem o przyczynach niemożności jego zaspokojenia, w przypadku gdy Towarzystwo nie wypłaci świadczenia w terminie określonym w § 11 ust. 4 i 5;
 - 10) informowania osoby występującej z roszczeniem o przyczynie odmowy wypłaty świadczenia albo o przyczynie wypłaty świadczenia w innej wysokości niż określona w zgłoszeniu roszczenia wraz ze wskazaniem podstawy prawnej uzasadniającej całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
 - 11) udostępniania Oszczędzającemu oraz osobie występującej z roszczeniem informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokość świadczenia;
 - 12) potwierdzania, na żądanie Oszczędzającego oraz osoby występującej z roszczeniem, udostępnionych im informacji, a także sporządzania na ich koszt kopii dokumentów i potwierdzania ich za zgodność z oryginałem;
 - 13) udzielania Oszczędzającemu, na jego wniosek, informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Oszczędzającego.
3. Towarzystwo zamieszcza informacje o wartości Jednostki uczestnictwa na stronie internetowej Towarzystwa generali.pl.

Reklamacje

§ 19

1. Będący osobą fizyczną Oszczędzający, 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, 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 rozstrzygania sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z internetowych umów sprzedaży lub umów o świadczenie usług zawieranych między konsumentami mieszkającymi w Unii Europejskiej a przedsiębiorcami mającymi siedzibę w Unii Europejskiej. 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.

Postanowienia końcowe

§ 20

1. Do spraw nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego, ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o indywidualnych kontaktach emerytalnych oraz indywidualnych kontaktach zabezpieczenia emerytalnego oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.
2. W zakresie opodatkowania świadczeń należnych z tytułu Umowy zastosowanie mają obowiązujące przepisy prawa dotyczące podatku dochodowego, w szczególności przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.
3. Towarzystwo udostępni Oszczędzającemu Konto Klienta na stronie generali.pl. Warunkiem korzystania z Konta Klienta jest akceptacja Regulaminu świadczenia usług drogą elektroniczną, który dostępny jest m.in. na stronie generali.pl w trakcie procesu rejestracji oraz po zalogowaniu się do Konta Klienta. Regulamin udostępniony jest nieodpłatnie w formie umożliwiającej jego pozyskanie, odtwarzanie, utrwalanie i drukowanie.
4. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWU
TABELA IKE
(KOD PPR_IKE1_TOIL_03.2020)

1. Tabela opłat

Lp.	Rodzaj opłaty	Aktualna wysokość	
1)	Opłata za Wypłatę, Wypłatę transferową lub Zwrot w okresie pierwszych 12 miesięcy od dnia zawarcia Umowy	4% Wartości Rachunku IKE ale nie więcej niż 200 zł	
2)	Fundusz Emerytalny Generali Agresywny	3,10%	
	Fundusz Emerytalny Generali Mieszany	2,50%	
	Fundusz Emerytalny Generali Obligacji	1,60%	
	Opłata za zarządzanie Funduszami (procent wartości całego Funduszu rocznie) – opłata uwzględniona w Cenie jednostki, nie pobierana poprzez umorzenie Jednostek uczestnictwa z Rachunku IKE	UFK Generali Gwarantowany PLUS	1,50%
	Portfel Cyklu Koniunkturalnego	2,45%	
	Portfel Polski Akcyjny	1,90%	
	Portfel Zagraniczny Nieruchomości	1,90%	
	Portfel Zagraniczny Surowcowy	1,90%	
3)	Opłata alokacyjna	Portfel Zagraniczny „Cztery strony świata” Akcyjny	1,90%
		określona we Wniosku	

2. Tabela limitów

Lp.	Rodzaj limitu	Aktualna wysokość
1)	Minimalna wysokość Składki regularnej IKE	
	– roczna	240 zł
	– półroczna	120 zł
	– kwartalna	60 zł
	– miesięczna	20 zł
	Minimalna wysokość Składki nieregularnej IKE	9 zł
2)	Maksymalna suma Składek IKE w roku kalendarzowym	limit określony w Ustawie oraz § 7 ust. 8-11 OWU
3)	% wypłaty transferowej przeznaczony na nabycie Jednostek uczestnictwa	100%
4)	Minimalna Alokacja składki IKE w wybrany Fundusz	10%
5)	Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego	100 zł

Niniejsza Tabela IKE przyjęta została Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

**ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OWU
WYKAZ FUNDUSZY IKE
(KOD PPR_IKE1_WUFK_03.2020)**

1. Towarzystwo tworzy następujące Fundusze:

Lp. Nazwa Funduszu

Fundusze niskiego ryzyka

- 1) UFK Generali Gwarantowany PLUS
- 2) Fundusz Emerytalny Generali Mieszany
- 3) Fundusz Emerytalny Generali Obligacji

Fundusze średniego ryzyka

- 4) Fundusz Emerytalny Generali Agresywny

2. Towarzystwo tworzy następujące Portfele modelowe:

Lp. Nazwa Funduszu

Fundusze średniego ryzyka

- 1) Portfel Cyklu Koniunkturalnego
- 2) Portfel Polski Akcyjny
- 3) Portfel Zagraniczny „Cztery strony świata” Akcyjny
- 4) Portfel Zagraniczny Nieruchomości

Fundusze wysokiego ryzyka

- 5) Portfel Zagraniczny Surowcowy

3. Poziom ryzyka Funduszy wyznaczony został na podstawie wskaźnika ryzyka określanego zgodnie z metodyką opisaną w Rozporządzeniu Delegowanym Komisji (UE) 2017/653 z dnia 8 marca 2017 r. uzupełniającym Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1286/2014 w sprawie dokumentów zawierających kluczowe informacje, dotyczących detalicznych produktów zbiorowego inwestowania i ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych (PRIIP) przez ustanowienie regulacyjnych standardów technicznych w zakresie prezentacji, treści, przeglądu i zmiany dokumentów zawierających kluczowe informacje oraz warunków spełnienia wymogu przekazania takich dokumentów. Szczegółowe informacje na temat ryzyka każdego z Funduszy dostępne są w karcie produktu IKE, doręczanej przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz udostępnianej przez Towarzystwo na stronie generali.pl.
4. Niniejszy Wykaz Funduszy IKE został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

ZAŁĄCZNIK NR 3 DO OWU REGULAMIN LOKOWANIA IKE

(KOD PPR_IKE1_RL_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejszy Regulamin lokowania IKE określa zasady funkcjonowania Funduszy oferowanych przez Towarzystwo, w ramach Umowy, zawieranej na podstawie OWU.
2. Terminy, które zostały zdefiniowane w OWU, używane są w Regulaminie lokowania IKE w takim samym znaczeniu.

Charakterystyka aktywów wchodzących w skład Funduszy

§ 2

Aktywa Funduszy mogą być inwestowane w następujące instrumenty finansowe:

- 1) papiery wartościowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez Skarb Państwa oraz organizacje międzynarodowe, których członkiem jest Rzeczpospolita Polska;
- 2) obligacje emitowane lub poręczone przez jednostki samorządu terytorialnego lub związki jednostek samorządu terytorialnego;
- 3) inne dłużne papiery wartościowe o stałej stopie dochodu;
- 4) akcje, prawo do akcji, warranty subskrypcyjne, prawa poboru spółek notowanych na rynku regulowanym, a także akcje spółek będące przedmiotem oferty publicznej, jeśli warunki emisji lub pierwszej oferty publicznej zakładają złożenie wniosku o dopuszczenie do obrotu na rynku regulowanym;
- 5) akcje, prawo do akcji, warranty subskrypcyjne, prawa poboru spółek notowanych w alternatywnym systemie obrotu oraz akcje spółek nienotowanych;
- 6) jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych, certyfikaty inwestycyjne lub tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne oraz tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą;
- 7) tytuły uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych notowanych na rynkach regulowanych – ETF (ang. Exchange Traded Funds);
- 8) inne dłużne papiery wartościowe o zmiennej stopie dochodu;
- 9) instrumenty rynku pieniężnego i inne prawa majątkowe inkorporujące wierzytelności pieniężne;
- 10) listy zastawne;
- 11) depozyty bankowe;
- 12) instrumenty pochodne, takie jak: opcje, transakcje terminowe, transakcje wymiany.

Kryteria doboru aktywów

§ 3

1. Proporcje między różnymi kategoriami aktywów Funduszy są uzależnione od rodzaju Funduszu oraz podejmowanych decyzji inwestycyjnych.
2. Portfel Polski Akcyjny oferuje możliwości potencjalnie wysokich stóp zwrotu dostępnych na rynkach akcji. Alokacja środków ma na celu dywersyfikację lokat pomiędzy te polskie fundusze inwestycyjne, które w długim terminie osiągają na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
3. Portfel Cyklu Koniunkturalnego alokuje środki na podstawie scenariusza makroekonomicznego opartego na metodologii cyklu koniunkturalnego. W zależności od prognozowanej fazy cyklu koniunkturalnego alokacja środków odbywa się w te fundusze inwestycyjne, które w danej fazie osiągają na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
4. Portfel Zagraniczny „Cztery strony świata” Akcyjny oferuje możliwości potencjalnie wysokich stóp zwrotu dostępnych na zagranicznych rynkach akcji. Alokacja środków ma na celu dywersyfikację lokat pomiędzy te zagraniczne fundusze inwestycyjne, które w długim terminie osiągają na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
5. Portfel Zagraniczny Nieruchomości alokuje środki pomiędzy zagraniczne fundusze inwestycyjne inwestujące w sektor nieruchomości. Alokacja środków ma na celu dywersyfikację lokat pomiędzy te fundusze inwestycyjne, które w długim terminie osiągają na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
6. Portfel Zagraniczny Surowcowy alokuje środki pomiędzy zagraniczne fundusze inwestycyjne inwestujące w surowce i spółki związane z rynkiem surowcowym. Alokacja środków ma na celu dywersyfikację lokat pomiędzy te fundusze inwestycyjne, które w długim terminie osiągają na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
7. Przy ocenie bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji służącej podjęciu decyzji o alokacji środków oraz doborze akcji do portfela uwzględniane będą m.in. analiza sprawozdań finansowych spółek, prognozy finansowe, ocena kadry zarządzającej, ocena pozycji rynkowej i perspektyw rozwoju spółek, poziom cen oraz ryzyko płynności poszczególnych akcji.
8. Przy doborze jednostek uczestnictwa, certyfikatów inwestycyjnych do Funduszy oraz wielkości zaangażowania aktywów w jednostki uczestnictwa lub certyfikaty inwestycyjne w poszczególnych funduszach inwestycyjnych uwzględniane są m.in. aktualna sytuacja rynkowa i jej perspektywy, ocena jakościowa funduszy inwestycyjnych, ocena procesu zarządzania aktywami oraz stabilność zespołu zarządzających.
9. Przy doborze instrumentów dłużnych do Funduszy uwzględniane są m.in. bieżący i prognozowany poziom stóp procentowych, aktualna i prognozowana krzywa dochodowości, bieżący i oczekiwany poziom inflacji, kryterium płynności instrumentów dłużnych i wiarygodność kredytowa emitenta.

Zasady dywersyfikacji aktywów i ograniczenia inwestycyjne

§ 4

1. Fundusz Emerytalny Generali Agresywny:
 - 1) Aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2, z wyłączeniem pkt 6 i 7;

- 2) Suma wartości lokat, wymienionych w § 2 pkt 4 i 5 może stanowić od 60% do 90% wartości aktywów Funduszu.
2. Fundusz Emerytalny Generali Mieszany:
 - 1) Aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2, z wyłączeniem pkt 6 i 7;
 - 2) Suma wartości lokat, wymienionych w § 2 pkt 4 i 5 może stanowić od 20% do 50% wartości aktywów Funduszu.
3. Fundusz Emerytalny Generali Obligacji – aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2, z wyłączeniem pkt 4, 5, 6 i 7.
4. Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy Generali Gwarantowany PLUS – aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2, z wyłączeniem pkt 4, 5, 6 i 7.
5. Portfel Cyklu Koniunkturalnego:
 - 1) Aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2;
 - 2) Fundusz, realizując cel inwestycyjny, alokuje do 100% wartości aktywów Funduszu w instrumenty finansowe z najlepszym potencjałem wzrostu w poszczególnych fazach cyklu koniunkturalnego;
 - 3) Fundusz charakteryzuje się brakiem sztywnych zasad dywersyfikacji kategorii lokat oraz brakiem określenia minimalnego zaangażowania w poszczególne kategorie lokat.
6. Portfel Polski Akcyjny:
 - 1) Aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2;
 - 2) Suma wartości lokat wymienionych w § 2 pkt 4, 5, 6 i 7 stanowi co najmniej 90% wartości aktywów Funduszu;
 - 3) Lokaty wymienione w § 2 pkt 4 i 5 odwzorowują portfel UFK Emerytalny Generali Agresywny;
 - 4) Lokaty, o których mowa w § 2 pkt 6, dokonywane są jedynie w Jednostki uczestnictwa lub certyfikaty inwestycyjne w polskich akcyjnych funduszach inwestycyjnych, tzn. takich, których minimalne zaangażowanie w akcje jest nie niższe niż 60% wartości aktywów funduszu.
7. Portfel Zagraniczny „Cztery strony świata” Akcyjny:
 - 1) Aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2;
 - 2) Suma wartości lokat wymienionych w § 2 pkt 6 stanowi co najmniej 90% wartości aktywów Funduszu;
 - 3) Lokaty, o których mowa w § 2 pkt 6, dokonywane są jedynie w tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne oraz tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, których polityka inwestycyjna zakłada minimalne zaangażowanie w akcje nie niższe niż 60% wartości aktywów funduszu.
8. Portfel Zagraniczny Nieruchomości:
 - 1) Aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2;
 - 2) Suma wartości lokat wymienionych w § 2 pkt 6 stanowi co najmniej 90% wartości aktywów Funduszu;
 - 3) Lokaty, o których mowa w § 2 pkt 6, dokonywane są jedynie w tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne oraz tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, których polityka inwestycyjna zakłada inwestowanie w nieruchomości bądź spółki związane z rynkiem nieruchomości.
9. Portfel Zagraniczny Surowcowy:
 - 1) Aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2;
 - 2) Suma wartości lokat wymienionych w § 2 pkt 6 stanowi co najmniej 90% wartości aktywów Funduszu;
 - 3) Lokaty, o których mowa w § 2 pkt 6, dokonywane są jedynie w tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne oraz tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, których polityka inwestycyjna zakłada inwestowanie w surowce bądź spółki związane z sektorem surowcowym.

Zasady i terminy wyceny Jednostek uczestnictwa

§ 5

1. Towarzystwo wyodrębnia aktywa w formie Funduszy. Fundusz jest podzielony na Jednostki uczestnictwa. Jednostki uczestnictwa dają Oszczędzającemu udział w aktywach Funduszu bez prawa dysponowania poszczególnymi składnikami tych aktywów. Prawo do własności aktywów przysługuje wyłącznie Towarzystwu. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do podzielenia lub połączenia Jednostek uczestnictwa.
2. Wartość aktywów i zobowiązań Funduszu oraz wartość Jednostki uczestnictwa ustala się na każdy Dzień wyceny.
3. Aktywa i zobowiązania Funduszu wyceniane są w wartości godziwej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 września 1994 roku o rachunkowości i aktów wykonawczych do przywołanej ustawy.
4. Do wyceny składników aktywów Funduszu na dany Dzień wyceny przyjmuje się ceny tych składników z Dnia wyceny. W przypadku, gdy do godziny 12.00 w następnym Dniu roboczym po Dniu wyceny cena danego składnika aktywów Funduszu z Dnia wyceny nie jest podana do publicznej wiadomości, wówczas do wyceny tego składnika aktywów przyjmuje się jego ostatnią podaną do publicznej wiadomości cenę.
5. Wartość Jednostki uczestnictwa ustala się z dokładnością do czterech miejsc po przecinku, dzieląc wartość aktywów netto Funduszu przez zarejestrowaną w księgach na Dzień wyceny ilość Jednostek uczestnictwa.
6. Wartość aktywów netto Funduszu na dany Dzień wyceny ustala się, pomniejszając wartość aktywów Funduszu o jego zobowiązania (w tym rezerwy na wynagrodzenie Towarzystwa oraz rezerwy na koszty i opłaty związane z aktywami Funduszu).
7. Z aktywów Funduszu pokrywane jest wynagrodzenie dla Towarzystwa z tytułu opłaty za zarządzanie Funduszami pobieranej z aktywów Funduszu oraz następujące koszty i opłaty:
 - 1) koszty z tytułu usług pośrednictwa związanego z nabywaniem i zbywaniem składników aktywów Funduszu – w wysokości określonej w umowie z pośrednikiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat pośrednika;
 - 2) koszty opłat transakcyjnych związanych z nabywaniem i zbywaniem składników aktywów Funduszu ponoszone na rzecz instytucji rozliczeniowych, z pośrednictwa, których Fundusz jest obowiązany korzystać – zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat instytucji rozliczeniowych – oraz koszty opłat transakcyjnych związanych z nabywaniem i zbywaniem składników aktywów Funduszu ponoszone na rzecz banku depozytariusza – w wysokości określonej w umowie z tym bankiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat banku;
 - 3) koszty prowizji bankowych związanych z przekazywaniem środków pieniężnych i obsługą rachunków bankowych w związku z zarządzaniem aktywami Funduszu – w wysokości określonej w umowie z bankiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat banku;
 - 4) koszty i opłaty związane z przechowywaniem oraz weryfikacją wyceny aktywów Funduszu: koszty na rzecz instytucji rozliczeniowych za przechowywanie aktywów – w wysokości określonej w obowiązującej tabeli prowizji i opłat – oraz koszty na rzecz banku depozytariusza za przechowywanie i weryfikację aktywów Funduszu – w wysokości określonej w umowie z tym bankiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat banku;

- 5) podatki i inne obciążenia nałożone przez właściwe organy państwowe związane z aktywami Funduszu – w wysokości obowiązujących stawek podatkowych.
8. Opłata za zarządzanie Funduszami pobierana przez Towarzystwo z aktywów Funduszu naliczana jest za każdy dzień kalendarzowy według stawki określonej w Tabeli IKE. Rezerwa na tę opłatę tworzona jest w każdym Dniu wyceny jako iloczyn rocznej stawki określonej w Tabeli IKE, wartości aktywów Funduszu z Dnia wyceny oraz ilorazu ilości dni kalendarzowych od poprzedniego Dnia wyceny i ilości dni kalendarzowych w roku (przyjętych jako 365). Opłata jest naliczana w całym okresie obowiązywania Umowy.

Opłaty za zarządzanie Funduszami

§ 6

1. Towarzystwo z tytułu zarządzania Funduszami pobiera opłatę za zarządzanie Funduszami.
2. Wysokość opłaty, o której mowa w ust. 1, została określona w Tabeli IKE.
3. Opłata, o której mowa w ust. 1, naliczana jest przy ustalaniu wartości Jednostki uczestnictwa zgodnie z zasadami określonymi w § 5 ust. 8.

Likwidacja i utworzenie nowego Funduszu

§ 7

1. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do rozpoczęcia sprzedaży Jednostek uczestnictwa nowych Funduszy, zaprzestania sprzedaży oraz likwidacji Jednostek uczestnictwa dotychczas oferowanych Funduszy.
2. O likwidacji Funduszu Towarzystwo poinformuje Oszczędzającego, który posiada środki w likwidowanym Funduszu, w terminie co najmniej trzech miesięcy poprzedzających datę likwidacji Funduszu.
3. Oszczędzający przed datą likwidacji Funduszu powinien złożyć oświadczenie zawierające dyspozycję przeniesienia Jednostek uczestnictwa z likwidowanego Funduszu lub dyspozycję zmiany Alokacji składki IKE.
4. Jeżeli Oszczędzający złożył dyspozycję, o których mowa w ust. 3, Towarzystwo nie później niż w terminie ośmiu Dni roboczych od daty otrzymania oświadczenia Oszczędzającego w tym zakresie dokona przeniesienia Jednostek uczestnictwa, poprzez sprzedaż Jednostek uczestnictwa Funduszu likwidowanego i nabycie Jednostek uczestnictwa Funduszu wybranego przez Oszczędzającego lub odpowiednio dokona zmiany Alokacji składki IKE.
5. Jeżeli Oszczędzający nie złożył w Towarzystwie dyspozycji, o których mowa w ust. 3, Towarzystwo dokona przeniesienia Jednostek uczestnictwa likwidowanego Funduszu nie później niż w terminie ośmiu Dni roboczych od daty likwidacji Funduszu, poprzez sprzedaż Jednostek uczestnictwa Funduszu likwidowanego z zastosowaniem Ceny jednostki obowiązującej w dniu likwidacji Funduszu i nabycie Jednostek uczestnictwa Funduszu UFK Generali Gwarantowany PLUS lub odpowiednio dokona zmiany Alokacji składki IKE.
6. W przypadku likwidacji UFK Generali Gwarantowany PLUS, Towarzystwo dokona zmian, o których mowa w ust. 5, z uwzględnieniem Funduszu o strategii inwestycyjnej najbardziej zbliżonej do UFK Generali Gwarantowany PLUS. Zasada opisana w zdaniu poprzedzającym będzie stosowana analogicznie w przypadku likwidacji funduszu o najbardziej zbliżonej strategii inwestycyjnej.
7. Oszczędzający, który nie posiada środków w likwidowanym Funduszu, a złoży oświadczenie zawierające dyspozycję przeniesienia Jednostek uczestnictwa do likwidowanego Funduszu lub dyspozycję zmiany Alokacji składki IKE uwzględniającą likwidowany Fundusz, jest informowany o likwidacji Funduszu niezwłocznie po złożeniu dyspozycji do Towarzystwa.
8. W przypadku, gdy odpowiednio:
 - 1) Towarzystwo rozpoczyna sprzedaż Jednostek uczestnictwa nowego Funduszu albo
 - 2) zmienia się nazwa oferowanego Funduszu bez zmiany jego strategii inwestycyjnej,
 Towarzystwo udostępni zmieniony wykaz, o którym mowa w § 1 ust. 2, 3 i 4 OWU, na stronie generali.pl.
9. W przypadku, gdy zmiana dotyczy odpowiednio:
 - 1) nazwy wraz ze zmianą strategii inwestycyjnej oferowanego Funduszu albo
 - 2) strategii inwestycyjnej oferowanego Funduszu,
 Towarzystwo poinformuje Oszczędzającego o zmianach określonych w pkt 1 lub 2.

Ryzyko inwestycyjne

§ 8

1. Celem inwestycyjnym Towarzystwa jest długookresowy wzrost wartości aktywów Funduszy w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszy.
2. Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe nie gwarantują osiągnięcia założonego celu inwestycyjnego ani określonego wyniku inwestycyjnego. Oszczędzający powinien mieć świadomość ryzyk związanych z inwestycją w Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe, w tym braku ochrony wpłaconego kapitału lub ryzyka utraty części wpłaconych środków.

Postanowienia końcowe

§ 9

Niniejszy Regulamin lokowania IKE został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi w ramach, którego prowadzone jest Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego (kod PPR_IKZE1_03.2020) dalej „OWU”, z uwzględnieniem definicji z OWU (Skorowidz)

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej w OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia*	§ 4; § 12 ust. 1; § 13 ust. 1; § 14 ust. 1 i 2
2. Koszty oraz inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 16; Załącznik nr 1 do OWU – Tabela opłat; Załącznik nr 3 do OWU – § 5 ust. 7 i 8; Załącznik nr 3 do OWU – § 6
3. Wartość wykupu ubezpieczenia* w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 6 ust. 6 i 7; § 12 ust. 4; § 13 ust. 5; § 14 ust. 3 i 4

* W związku z terminologią stosowaną w Umowie o prowadzenie Indywidualnego Konta Zabezpieczenia Emerytalnego zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 roku o indywidualnych kontach emerytalnych i indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego, na potrzeby niniejszego wykazu wartość wykupu ubezpieczenia rozumiana jest jako Wypłata, Wypłata transferowa lub Zwrot zgodnie z definicjami nadanymi im przez OWU.

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

(KOD PPR_IKZE1_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie (zwane dalej „OWU”) stanowią podstawę zawarcia Umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, w ramach której prowadzone jest Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 roku o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego.
2. Tabela opłat i limitów – kod PPR_IKZE1_TOIL_03.2020 (zwana dalej „Tabelą IKZE”) stanowi załącznik nr 1 do OWU.
3. Wykaz Funduszy – kod PPR_IKZE1_WUFK_03.2020 (zwany dalej „Wykazem Funduszy IKZE”) stanowi załącznik nr 2 do OWU.
4. Regulamin lokowania środków ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych – kod PPR_IKZE1_RL_03.2020 (zwany dalej „Regulaminem lokowania IKZE”) stanowi załącznik nr 3 do OWU.

Definicje

§ 2

1. Użyte w Umowie, OWU oraz Dokumentie ubezpieczenia wymienione poniżej terminy oznaczają:
 - 1) **Alokacja składki IKZE** – określony procentowo przez Oszczędzającego podział Składki IKZE pomiędzy Fundusze oferowane przez Towarzystwo;
 - 2) **Cena jednostki** – wartość Jednostki uczestnictwa, po której jest ona dopisywana do Rachunku IKZE i odliczana z Rachunku IKZE;
 - 3) **Dokument ubezpieczenia** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy pomiędzy Oszczędzającym a Towarzystwem, oraz warunki tej Umowy (polisa), a także inny dokument potwierdzający zmianę warunków Umowy;
 - 4) **Dzień nabycia** – każdy dzień roboczy, w którym Towarzystwo nabywa Jednostki uczestnictwa, przypadający nie później niż w terminie pięciu Dni roboczych od:
 - a. dnia opłacenia Składki IKZE lub przyjęcia wypłaty transferowej, z zastrzeżeniem § 8 ust. 6 albo
 - b. dnia wymagalności Składki regularnej IKZE, o ile została opłacona przed datą jej wymagalności;
 - 5) **Dzień roboczy** – każdy dzień z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy;
 - 6) **Dzień wyceny** – każdy Dzień roboczy oraz każdy ostatni dzień kalendarzowy miesiąca;
 - 7) **Gromadzenie oszczędności** – dokonywanie Wpłat, Wypłat transferowych oraz przyjmowanie wypłat transferowych, a także inwestowanie środków znajdujących się na Rachunku IKZE;
 - 8) **Jednostka uczestnictwa** – część aktywów Funduszu uzyskana poprzez podzielenie ich na równe części, dająca Oszczędzającemu prawo do udziału w aktywach Funduszu;
 - 9) **Konto Klienta** – serwis informacyjno-transakcyjny udostępniony przez Towarzystwo Oszczędzającemu za pośrednictwem Internetu;
 - 10) **Oszczędzający** – osoba fizyczna, która zawarła z Towarzystwem Umowę, gromadząca środki na Rachunku IKZE;
 - 11) **Portfel modelowy** – Fundusz, którego aktywa inwestowane są w szczególności w Jednostki uczestnictwa więcej niż jednego funduszu inwestycyjnego w rozumieniu ustawy z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych albo więcej niż jednego funduszu inwestycyjnego mającego siedzibę za granicą;
 - 12) **Rachunek IKZE** – wyodrębniony dla danej Umowy rachunek, do którego dopisywane są Jednostki uczestnictwa zakupione za Składki IKZE oraz za przyjętą wypłatę transferową w przypadku jej dokonania – prowadzony na zasadach określonych Ustawą, a w zakresie w niej nieuregulowanym – na zasadach określonych w przepisach właściwych dla tych rachunków;
 - 13) **Składka IKZE** – Składka regularna IKZE lub Składka nieregularna IKZE, która po potrąceniu opłaty alokacyjnej stanowi Wpłatę na Rachunek IKZE (suma wpłat Składek IKZE w roku kalendarzowym nie może przekroczyć limitu określonego w § 7 ust. 8);
 - 14) **Składka nieregularna IKZE** – składka płatna na Rachunek IKZE wskazany przez Towarzystwo w dowolnym czasie trwania Umowy;
 - 14) **Składka regularna IKZE** – składka płatna na Rachunek IKZE wskazany przez Towarzystwo z częstotliwością oraz w terminach wskazanych w Dokumentie ubezpieczenia;
 - 15) **Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego** – kwota określona w Tabeli IKZE, wypłacana Uprawnionemu w przypadku śmierci Oszczędzającego;
 - 17) **Środki zgromadzone na Rachunku IKZE** – Jednostki uczestnictwa zapisane na Rachunku IKZE zakupione za Składki IKZE oraz przyjętą wypłatę transferową w przypadku jej dokonania;
 - 18) **Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (UFK)** – wyodrębniona część aktywów Towarzystwa, podzielona na równe części (zwany dalej „Funduszem”);
 - 19) **Umowa** – umowa indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi w ramach, której prowadzone jest Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego, zawarta pomiędzy Towarzystwem a Oszczędzającym;
 - 20) **Uposażony** – osoba wskazana przez Oszczędzającego, uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Oszczędzającego;
 - 21) **Uposażony zastępczy** – osoba wskazana przez Oszczędzającego, uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Oszczędzającego, jeżeli wskazanie jedynego Uposażonego stało się bezskuteczne;
 - 22) **Uprawniony** – osoba wskazana przez Oszczędzającego, która w przypadku jego śmierci otrzyma środki z IKZE oraz świadczenie w postaci Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego, a w przypadku gdy osoba taka nie została wskazana lub została wskazana bezskutecznie – spadkobiercy Oszczędzającego oraz osoby, o których mowa w § 9 ust. 5;
 - 23) **Ustawa** – ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego;
 - 24) **Wartość Rachunku IKZE** – kwota stanowiąca iloczyn liczby Jednostek uczestnictwa znajdujących się na Rachunku IKZE nabytych za Składki IKZE oraz przyjętą wypłatę transferową w przypadku jej dokonania i Ceny jednostki;

- 25) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy do daty, w której Wiek jest obliczany;
 - 26) **Wniosek o zawarcie umowy** – formularz Towarzystwa, na którym Oszczędzający składa ofertę zawarcia Umowy (zwany dalej „**Wnioskiem**”);
 - 27) **Wpłata** – wpłata środków pieniężnych w formie Składki IKZE lub wypłaty transferowej, dokonywana przez Oszczędzającego na Rachunek IKZE;
 - 28) **Wypłata** – wypłata środków zgromadzonych na Rachunku IKZE, realizowana jednorazowo lub w ratach, na rzecz:
 - a. Oszczędzającego, po spełnieniu warunków określonych w Umowie oraz Ustawie albo
 - b. osób Uprawnionych, w przypadku śmierci Oszczędzającego;
 - 29) **Wypłata transferowa** – przeniesienie środków zgromadzonych przez Oszczędzającego na IKZE do innej instytucji finansowej prowadzącej IKZE lub przeniesienie środków zgromadzonych na IKZE z IKZE zmarłego na IKZE osoby Uprawnionej;
 - 30) **Zwrot** – wycofanie całości środków zgromadzonych na Rachunku IKZE, jeżeli nie zachodzą przesłanki do Wypłaty bądź Wypłaty transferowej.
2. Definicje określone w ust. 1 należy rozumieć także w odpowiednim przypadku i liczbie.

Przedmiot i zakres Umowy

§ 3

1. Przedmiotem Umowy jest życie Oszczędzającego.
2. Ubezpieczenie prowadzone jest z Funduszami, w ramach których gromadzone i inwestowane są Składki IKZE.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia:

- 1) zaistnienie okoliczności umożliwiających dokonanie wypłaty z Rachunku IKZE, o których mowa w § 12 ust. 1;
- 2) śmierć Oszczędzającego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.

Zawarcie Umowy

§ 5

1. Umowę może zawrzeć osoba fizyczna, która w dniu zawarcia Umowy ukończyła 18 lat.
2. Umowa zawierana jest na podstawie kompletnie i poprawnie wypełnionego i złożonego przez Oszczędzającego Wniosku.
3. W przypadku, gdy stosowne przepisy prawa tego wymagają, Towarzystwo przed zawarciem Umowy uzyskuje od Oszczędzającego, w formie ankiety, informacje dotyczące jego potrzeb, wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie oraz jego sytuacji finansowej, tak aby Towarzystwo mogło dokonać oceny, czy Umowa jest odpowiednia do potrzeb Oszczędzającego.
4. Przed zawarciem Umowy Towarzystwo doręcza Oszczędzającemu warunki Umowy, w tym treść OWU wraz z załącznikami oraz Skorowidzem albo udostępnia je Oszczędzającemu w taki sposób, aby mógł je przechowywać i odtwarzać w zwykłym toku czynności.
5. Przed zawarciem Umowy Oszczędzający składa oświadczenia zawarte Wniosku.
6. Towarzystwo potwierdza zawarcie Umowy Dokumentem ubezpieczenia (polisą).

Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy

§ 6

1. Oszczędzającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia w tym względzie:
 - 1) w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy albo
 - 2) w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji, o której mowa w § 18 ust. 2 pkt 3.
2. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy Towarzystwo nie poinformowało Oszczędzającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy, termin 30 dni, o którym mowa w ust 1 pkt 1, biegnie od dnia, w którym Oszczędzający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
3. Złożenie oświadczenia o odstąpieniu od Umowy, w terminie o którym mowa w ust. 1 pkt 1 albo ust. 2, możliwe jest również za pośrednictwem infolinii Towarzystwa.
4. Umowa może być w każdym czasie wypowiedziana przez Oszczędzającego pisemnie, z zachowaniem 14-dniowego okresu wypowiedzenia.
5. Umowa ulega rozwiązaniu w przypadku dokonania Wypłaty, Wypłaty transferowej albo Zwrotu.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, Towarzystwo zwróci Oszczędzającemu wpłaconą Składkę IKZE w całości, a przyjętą wypłatę transferową zwróci w formie Zwrotu, bez pobrania opłaty, o której mowa w § 16 ust. 2.
7. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 albo ust. 2, Środki zgromadzone na Rachunku IKZE Towarzystwo wypłaci w formie Zwrotu, jeśli nie zachodzą przesłanki do Wypłaty bądź Wypłaty transferowej.

Wpłaty

§ 7

1. Towarzystwo określa minimalną wysokość Składki IKZE w Tabeli IKZE.
2. Wysokość Składki regularnej IKZE oraz częstotliwość jej opłacania określone są przez Oszczędzającego we Wniosku.
3. Składki regularne IKZE mogą być opłacane z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną lub miesięczną. Wysokość Składki regularnej IKZE, częstotliwość oraz terminy jej opłacania potwierdzone są w Dokumentie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 14.
4. Oszczędzający ma prawo do zmiany:
 - 1) wysokości Składki regularnej IKZE w każdą Rocznicę polisy;
 - 2) częstotliwości opłacania Składek regularnych IKZE w całym okresie obowiązywania Umowy, z zastrzeżeniem ust. 5.

5. Wysokość Składki regularnej IKZE po zmianach, o których mowa w ust. 4, nie może być niższa od minimalnej Składki IKZE dla wybranej częstotliwości, określonej w Tabeli IKZE.
6. Składki nieregularne IKZE mogą być wpłacane w dowolnym czasie trwania Umowy, z zastrzeżeniem § 8 ust. 6.
7. Składka IKZE pomniejszona o pobraną opłatę alokacyjną, o której mowa w Tabeli IKZE, stanowi Wpłatę na Rachunek IKZE.
8. Wpłaty dokonywane na IKZE w roku kalendarzowym nie mogą przekroczyć kwoty odpowiadającej 1,2-krotności przeciętnego prognozowanego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok określonego w ustawie budżetowej lub ustawie o przewidywanym budżetowym lub w ich projektach, jeżeli odpowiednie ustawy nie zostały uchwalone.
9. W przypadku, gdy kwota ustalona w sposób określony w ust. 8 będzie niższa od kwoty ogłoszonej w poprzednim roku kalendarzowym, obowiązuje kwota wpłat dokonywanych na IKZE ogłoszona w poprzednim roku kalendarzowym.
10. Jeżeli do końca roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym będą dokonywane wpłaty na IKZE, brak jest podstaw, o których mowa w ust. 8, do ustalenia przeciętnego prognozowanego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej, jako podstawę do ustalenia kwoty, o której mowa w ust. 8, przyjmuje się przeciętne miesięczne wynagrodzenie z trzeciego kwartału roku poprzedniego.
11. Zapisy ust. 8 nie mają zastosowania do przyjmowanych wypłat transferowych.
12. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego ogłasza w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” do końca roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym będą dokonywane wpłaty na IKZE, w drodze obwieszczenia, wysokość kwoty, o której mowa w ust. 8.
13. Wpłata Składki nieregularnej IKZE nie zwalnia Oszczędzającego z obowiązku opłacenia Składki regularnej IKZE. Towarzystwo ma prawo zaliczyć Składkę nieregularną IKZE, za którą nie zostały zakupione Jednostki uczestnictwa na poczet zaległych Składek regularnych IKZE.
14. W przypadku, gdy Oszczędzający zadeklarował wypłatę transferową, Składki regularne IKZE opłacane są począwszy od pierwszej Rocznicy polisy Umowy następującej po przyjęciu wypłaty transferowej.

Rachunek IKZE i Alokacja składek IKZE

§ 8

1. Z dniem przyjęcia pierwszej Wpłaty z tytułu Umowy Towarzystwo otwiera Rachunek IKZE, na którym ewidencjonuje Jednostki uczestnictwa zakupione za opłacone Składki IKZE i przyjętą wypłatę transferową.
2. Po opłaceniu Składki IKZE Towarzystwo dopisuje Jednostki uczestnictwa do Rachunku IKZE, z zastrzeżeniem ust. 6, zgodnie ze wskazaną przez Oszczędzającego dyspozycją Alokacji składki IKZE. Liczba dopisanych Jednostek uczestnictwa wynika z podzielenia części Składki IKZE określonej w dyspozycji Alokacji przez Cenę jednostki danego Funduszu, obowiązującą w Dniu nabycia.
3. Jeżeli Składka regularna IKZE została opłacona przed datą jej wymagalności, Jednostki uczestnictwa zostaną nabyte po Cenie jednostki obowiązującej w Dniu nabycia, nie wcześniej jednak niż w dniu zawarcia Umowy.
4. Po przyjęciu wypłaty transferowej Towarzystwo dopisuje Jednostki uczestnictwa do Rachunku IKZE. Liczba Jednostek uczestnictwa równa jest wartości przyjętej wypłaty transferowej, podzielonej przez Cenę jednostki obowiązującą w Dniu nabycia, przypadającym nie wcześniej jednak niż po otrzymaniu kompletu dokumentów z instytucji finansowej, z której dokonano wypłaty transferowej.
5. Za Składkę nieregularną IKZE i środki pochodzące z przyjętej wypłaty transferowej Towarzystwo nabywa Jednostki uczestnictwa Funduszy zgodnie z Alokacją składki IKZE ustaloną przez Oszczędzającego dla Składki regularnej IKZE.
6. W przypadku, gdy we Wniosku Oszczędzający zadeklarował wypłatę transferową, Składki nieregularne IKZE opłacone przed przyjęciem przez Towarzystwo wypłaty transferowej zostaną przekazane na nieoprocentowany rachunek. W takim przypadku nabycie Jednostek uczestnictwa za Składki nieregularne IKZE nastąpi w terminie pięciu Dni roboczych od dnia przyjęcia wypłaty transferowej.

Wskazanie osób Uposażonych

§ 9

1. Oszczędzający może wskazać jedną lub więcej osób Uposażonych do otrzymania świadczenia w razie jego śmierci.
2. Wskazanie dotyczące Uposażonego może zostać w dowolnym czasie zmienione lub odwołane przez złożenie oświadczenia w Towarzystwie. Zmiana Uposażonego następuje od daty otrzymania tego oświadczenia przez Towarzystwo.
3. Jeżeli wskazano kilku Uposażonych, winny zostać określone ich udziały procentowe w kwocie świadczenia.
4. Jeżeli udziały procentowe Uposażonych w kwocie świadczenia nie zostaną określone, przyjmuje się, iż są one równe.
5. W przypadku śmierci Oszczędzającego, gdy nie wskazał on żadnego Uposażonego lub wskazanie jedyne Uposażonego okazało się bezskuteczne, a nie został wskazany Uposażony zastępczy, świadczenie przysługuje członkom rodziny Oszczędzającego w następującej kolejności:
 - 1) małżonek;
 - 2) dzieci – w częściach równych;
 - 3) rodzice – w częściach równych;
 - 4) rodzeństwo – w częściach równych;
 - 5) pozostałe osoby będące spadkobiercami ustawowymi Oszczędzającego, z wyłączeniem gminy właściwej dla ostatniego miejsca zamieszkania Oszczędzającego oraz Skarbu Państwa – w częściach równych.
6. Świadczenie może być wypłacone członkowi rodziny wymienionemu w dalszej kolejności wyłącznie wtedy, gdy żadna z osób wskazanych w punktach poprzedzających nie dożyła śmierci Oszczędzającego albo nie jest uprawniona do otrzymania świadczenia z powodu okoliczności wskazanych w ust. 7. Uważa się, że osoba nie dożyła śmierci Oszczędzającego także, gdy zmarła jednocześnie z nim.
7. Wskazanie Uposażonego jest bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed Oszczędzającym albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. W takim przypadku udział bezskutecznie wskazanego Uposażonego w kwocie świadczenia dolicza się proporcjonalnie do udziałów pozostałych Uposażonych.
8. Jeżeli wskazanie jedyne Uposażonego stało się bezskuteczne, prawo do świadczenia nabywa Uposażony zastępczy.
9. Postanowienia ust. 1-4 oraz ust. 7 stosuje się odpowiednio do Uposażonego zastępczego.

Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego

§ 10

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego określona jest kwotowo w Dokumencie ubezpieczenia i wynosi 100 zł.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego jest niezmienna w całym okresie trwania Umowy.

Wyплата świadczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego

§ 11

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie następujące dokumenty:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię odpisu skróconego aktu zgonu Oszczędzającego;
 - 3) kopię statystycznej karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci;
 - 4) w przypadku, o którym mowa w § 9 ust. 5, 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 dostarczone w języku polskim.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
5. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4.

Wypłata

§ 12

1. Wypłata Środków zgromadzonych na Rachunku IKZE następuje wyłącznie:
 - 1) na wniosek Oszczędzającego, po osiągnięciu przez niego 65 roku życia oraz pod warunkiem dokonywania wpłat na IKZE co najmniej w pięciu latach kalendarzowych;
 - 2) w przypadku śmierci Oszczędzającego – na wniosek osoby Uprawnionej. Oszczędzający przed dokonaniem Wypłaty zobowiązany jest do poinformowania Towarzystwa o właściwym dla Oszczędzającego w sprawach podatku dochodowego od osób fizycznych naczelniku urzędu skarbowego.
3. Wypłata może być dokonywana jednorazowo albo w ratach, w zależności od wniosku Oszczędzającego albo osoby Uprawnionej.
4. W przypadku złożenia przez Oszczędzającego lub osobę Uprawnioną wniosku o Wypłatę jednorazową do obliczenia wartości wypłaty przyjmuje się Cenę jednostki obowiązującą w Dniu wyceny, w którym Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa. Umorzenie Jednostek uczestnictwa następuje nie później niż w terminie pięciu Dni roboczych od dnia otrzymania przez Towarzystwo dokumentów, o których mowa w ust. 10.
5. W przypadku złożenia przez Oszczędzającego lub osobę Uprawnioną wniosku o Wypłatę w ratach, wnioskujący określa:
 - 1) częstotliwość wypłacania rat;
 - 2) liczbę rat.
6. Wypłata w ratach realizowana jest z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną.
7. Wypłata w ratach następuje przez co najmniej 10 lat. Jeżeli wpłaty na IKZE były dokonywane przez mniej niż 10 lat, Wypłata w ratach może być rozłożona na okres równy okresowi, w jakim dokonywane były wpłaty.
8. Wysokość rat określona jest w liczbie Jednostek uczestnictwa poprzez podzielenie ilości Jednostek uczestnictwa zgromadzonych na Rachunku IKZE przez wnioskowaną liczbę rat i pomnożenie przez Cenę jednostki obowiązującą w Dniu wyceny, w którym Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa.
9. W przypadku pierwszej raty umorzenie Jednostek uczestnictwa następuje nie później niż w terminie pięciu Dni roboczych od dnia otrzymania przez Towarzystwo dokumentów, o których mowa w ust. 10.
10. Towarzystwo dokonuje Wypłaty jednorazowej lub Wypłaty pierwszej raty w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia:
 - 1) złożenia przez Oszczędzającego wniosku o dokonanie Wypłaty;
 - 2) złożenia przez osobę, o której mowa w ust. 1 pkt 2, wniosku o dokonanie Wypłaty oraz przedłożenia:
 - a. aktu zgonu Oszczędzającego i dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby Uprawnionej albo
 - b. prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku albo notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia oraz zgodnego oświadczenia wszystkich spadkobierców o sposobie podziału środków zgromadzonych przez Oszczędzającego albo prawomocnego postanowienia sądu o dziale spadku, a także dokumentów stwierdzających tożsamość spadkobierców, chyba, że Oszczędzający lub osoby Uprawnione żądają Wypłaty w terminie późniejszym.
11. Wysokość kolejnych rat jest zmienna i zależy od Ceny jednostki obowiązującej w dniu umorzenia Jednostek uczestnictwa na potrzeby naliczenia kolejnej raty.
12. Wypłaty kolejnych rat realizowane są w terminach wynikających odpowiednio z terminu Wypłaty pierwszej raty w kolejnym miesiącu, kwartale, półroczu lub roku, w zależności od wybranej częstotliwości wypłat rat.
13. Oszczędzający nie może dokonywać Wpłat na Rachunek IKZE, z którego dokonał Wypłaty pierwszej raty.
14. Oszczędzający, który dokonał Wypłaty jednorazowej lub pierwszej raty Wypłaty, nie może ponownie rozpocząć Gromadzenia oszczędności na IKZE.
15. W przypadku śmierci Oszczędzającego, który rozpoczął Wypłatę w formie rat, Towarzystwo na pisemny wniosek osoby Uprawnionej dokona Wypłaty zgodnie z jej dyspozycją i jej udziałem procentowym w kwocie świadczenia, w ratach lub jednorazowo.

16. W dniu umorzenia Jednostek uczestnictwa na ostatnią ratę Rachunek IKZE zostaje zamknięty a Umowa ulega rozwiązaniu.

Wyplata transferowa

§ 13

1. Wyplata transferowa dokonywana jest przez Towarzystwo na podstawie dyspozycji Oszczędzającego lub osoby Uprawnionej po uprzednim zawarciu umowy o prowadzenie IKZE z inną instytucją i okazaniu Towarzystwu potwierdzenia zawarcia umowy o prowadzenie IKZE.
2. Wyplata transferowa jest dokonywana:
 - 1) z Towarzystwa do instytucji finansowej, z którą Oszczędzający zawarł umowę o prowadzenie IKZE;
 - 2) w przypadku śmierci Oszczędzającego – z Towarzystwa na IKZE osoby Uprawnionej.
3. Towarzystwo dokonuje Wyplaty transferowej w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia:
 - 1) złożenia przez Oszczędzającego dyspozycji o dokonanie Wyplaty transferowej;
 - 2) złożenia przez osobę, o której mowa w ust. 2 pkt 2, dyspozycji o dokonanie Wyplaty transferowej oraz przedłożenia:
 - a. aktu zgonu Oszczędzającego i dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby Uprawnionej albo
 - b. prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku albo notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia oraz zgodnego oświadczenia wszystkich spadkobierców o sposobie podziału środków zgromadzonych przez Oszczędzającego albo prawomocnego postanowienia sądu o dziale spadku, a także dokumentów stwierdzających tożsamość spadkobierców.
4. Wyplata transferowa dokonywana jest na rachunek bankowy wskazany w potwierdzeniu zawarcia umowy o prowadzenie IKZE.
5. Do obliczenia wartości Wyplaty transferowej przyjmuje się Cenę jednostki obowiązującą w Dniu wyceny, w którym Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa. Umorzenie Jednostek uczestnictwa następuje nie później niż w terminie pięciu Dni roboczych od dnia otrzymania przez Towarzystwo dokumentów, o których mowa w ust. 3.
6. Przedmiotem Wyplaty transferowej może być wyłącznie całość Środków zgromadzonych na Rachunku IKZE.

Zwrot

§ 14

1. W przypadku wypowiedzenia Umowy, jeżeli nie zachodzą przesłanki do Wyplaty bądź Wyplaty transferowej, Towarzystwo dokonuje Zwrotu Środków zgromadzonych na Rachunku IKZE, obliczonego zgodnie z ust. 3.
2. W przypadku odstąpienia od Umowy, o którym mowa w § 6 ust. 1 pkt 2, jeżeli nie zachodzą przesłanki do Wyplaty bądź Wyplaty transferowej, Towarzystwo dokonuje Zwrotu Środków zgromadzonych na Rachunku IKZE, obliczonego zgodnie z ust. 4.
3. Do obliczenia wartości Zwrotu, o którym mowa w ust. 1, przyjmuje się Cenę jednostki obowiązującą w Dniu wyceny, w którym Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa. Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa w terminie pięciu Dni roboczych licząc od dnia otrzymania przez Towarzystwo wniosku o Zwrot.
4. Do obliczenia wartości Zwrotu, o którym mowa w ust. 2, przyjmuje się Cenę jednostki obowiązującą w dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu.
5. Zwrot Środków zgromadzonych na Rachunku IKZE następuje przed upływem terminu wypowiedzenia Umowy.
6. Zwrotowi podlegają Środki zgromadzone na Rachunku IKZE pomniejszone o kwotę, o której mowa w § 16 ust. 2.

Zmiany Funduszy

§ 15

1. Oszczędzający ma prawo w każdym czasie:
 - 1) zmienić Alokację składki IKZE pomiędzy poszczególne Fundusze;
 - 2) przenieść do wybranego Funduszu wszystkie lub część Jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunku wskazanego Funduszu.
2. Towarzystwo dokona przeniesienia Jednostek uczestnictwa nie później niż w terminie ośmiu Dni roboczych od daty otrzymania oświadczenia Oszczędzającego w tym zakresie, poprzez sprzedaż i nabycie Jednostek uczestnictwa, w tym za pośrednictwem Konta Klienta udostępnionego mu przez Towarzystwo.
3. Towarzystwo dokona podziału Składek regularnych IKZE pomiędzy poszczególne Fundusze po otrzymaniu oświadczenia Oszczędzającego, w tym za pośrednictwem Konta Klienta udostępnionego mu przez Towarzystwo.
4. Minimalna Alokacja składki IKZE w wybrany Fundusz nie może być niższa niż 10%.

Oplaty

§ 16

1. Oplaty obciążające Oszczędzającego, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3, określone są we Wniosku lub w Umowie i potwierdzone w Dokumentcie ubezpieczenia.
2. W przypadku, gdy Oszczędzający dokonuje Wyplaty, Wyplaty transferowej lub Zwrotu przed upływem 12 miesięcy od dnia zawarcia Umowy, Towarzystwo potrąci dodatkową opłatę w wysokości 4% wypłacanych, transferowanych lub zwracanych środków zgromadzonych na IKZE Oszczędzającego, lecz nie więcej niż 200 zł.
3. Z tytułu zarządzania Funduszami Towarzystwo pobiera opłatę za zarządzanie w wysokości wskazanej w Tabeli IKZE.

Prawa i obowiązki Oszczędzającego

§ 17

1. Oszczędzający jest zobowiązany do opłacania Składek IKZE w wysokości i terminach wskazanych w Dokumentcie ubezpieczenia.
2. Zmiana Umowy na niekorzyść Oszczędzającego lub Uprawnionego wymaga zgody Oszczędzającego.
3. Oszczędzający zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia Towarzystwa o zmianach swoich danych osobowych i teleadresowych, a także danych osobowych i teleadresowych Uposażonego i Uposażonego zastępczego.
4. Oszczędzający może żądać od Towarzystwa udzielenia mu informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.

Prawa i obowiązki Towarzystwa

§ 18

1. Towarzystwo ma prawo do pobierania opłat określonych w OWU, Regulaminie lokowania IKZE oraz Tabeli IKZE.
2. Towarzystwo zobowiązane jest do:
 - 1) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych Umową;
 - 2) sporządzania i publikowania rocznych i półrocznych sprawozdań Funduszu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 3) przekazywania Oszczędzającemu, nie rzadziej niż raz w roku, z zastrzeżeniem pkt 4, w trybie uzgodnionym z Oszczędzającym, informacji o środkach znajdujących się na Rachunku IKZE oraz informacji o wysokości środków znajdujących się na nieoprocentowanym rachunku;
 - 4) informowania Oszczędzającego w zakresie, o którym mowa w pkt 3, po raz pierwszy nie wcześniej niż w terminie 10 miesięcy i nie później niż w terminie 14 miesięcy od dnia zawarcia Umowy;
 - 5) przekazywania Oszczędzającemu informacji dotyczących zmian warunków Umowy lub zmiany prawa właściwego dla zawartej Umowy przed wyrażeniem przez Oszczędzającego zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy;
 - 6) informowania Oszczędzającego o zmianie Sumy ubezpieczenia;
 - 7) informowania Oszczędzającego o zajściu zdarzeń objętych odpowiedzialnością, jeżeli zdarzenie zostało zgłoszone do Towarzystwa, a Oszczędzający nie jest osobą występującą z tym zgłoszeniem;
 - 8) informowania osoby występującej z roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia zobowiązań Towarzystwa, jeżeli jest to niezbędne do prowadzenia dalszego postępowania;
 - 9) informowania osoby występującej z roszczeniem o przyczynach niemożności jego zaspokojenia, w przypadku gdy Towarzystwo nie wypłaci świadczenia w terminie określonym w § 11 ust. 4 i 5;
 - 10) informowania osoby występującej z roszczeniem o przyczynie odmowy wypłaty świadczenia albo o przyczynie wypłaty świadczenia w innej wysokości niż określona w zgłoszeniu roszczenia wraz ze wskazaniem podstawy prawnej uzasadniającej całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
 - 11) udostępniania Oszczędzającemu oraz osobie występującej z roszczeniem informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokość świadczenia;
 - 12) potwierdzania, na żądanie Oszczędzającego oraz osoby występującej z roszczeniem, udostępnionych im informacji, a także sporządzania na ich koszt kopii dokumentów i potwierdzania ich za zgodność z oryginałem;
 - 13) udzielania Oszczędzającemu, na jego wniosek, informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Oszczędzającego.
3. Towarzystwo zamieszcza informacje o wartości Jednostki uczestnictwa na stronie internetowej Towarzystwa generali.pl.

Reklamacje

§ 19

1. Będący osobą fizyczną Oszczędzający, 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, 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 rozstrzygania sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z internetowych umów sprzedaży lub umów o świadczenie usług zawieranych między konsumentami mieszkającymi w Unii Europejskiej a przedsiębiorcami mającymi siedzibę w Unii Europejskiej. 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 niezwiązany z udzielaną ochroną ubezpieczeniową, w sposób ustalony przez te podmioty rynku finansowego.

Postanowienia końcowe

§ 20

1. Do spraw nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się przepisy Kodeksu Cywilnego, ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o indywidualnych kontaktach emerytalnych oraz indywidualnych kontaktach zabezpieczenia emerytalnego oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.
2. W zakresie opodatkowania świadczeń należnych z tytułu Umowy zastosowanie mają obowiązujące przepisy prawa dotyczące podatku dochodowego, w szczególności przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.
3. Towarzystwo udostępnia Oszczędzającego Konto Klienta na stronie generali.pl. Warunkiem korzystania z Konta Klienta jest akceptacja Regulaminu świadczenia usług drogą elektroniczną, który dostępny jest m.in. na stronie generali.pl w trakcie procesu rejestracji oraz po zalogowaniu się do Konta Klienta. Regulamin udostępniony jest nieodpłatnie w formie umożliwiającej jego pozyskanie, odtwarzanie, utrwalanie i drukowanie.
4. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWU
TABELA IKZE
(KOD PPR IKZE1_TOIL_03.2020)

1. Tabela opłat

Lp.	Rodzaj opłaty	Aktualna wysokość
1)	Opłata za Wypłatę, Wypłatę transferową lub Zwrot w okresie pierwszych 12 miesięcy od dnia zawarcia Umowy	4% Wartości Rachunku IKZE ale nie więcej niż 200 zł
	Fundusz Emerytalny Generali Agresywny	3,10%
	Fundusz Emerytalny Generali Mieszany	2,50%
	Fundusz Emerytalny Generali Obligacji	1,60%
	UFK Generali Gwarantowany PLUS	1,50%
2)	Opłata za zarządzanie Funduszami (procent wartości całego Funduszu rocznie) – opłata uwzględniona w Cenie jednostki, nie pobierana poprzez umorzenie Jednostek uczestnictwa z Rachunku IKZE	Portfel Cyklu Koniunkturalnego 2,45%
	Portfel Polski Akcyjny	1,90%
	Portfel Zagraniczny Nieruchomości	1,90%
	Portfel Zagraniczny Surowcowy	1,90%
	Portfel Zagraniczny „Cztery strony świata” Akcyjny	1,90%
3)	Opłata alokacyjna	określona we Wniosku

2. Tabela limitów

Lp.	Rodzaj limitu	Aktualna wysokość
1)	Minimalna wysokość Składki regularnej IKZE	
	– roczna	240 zł
	– półroczna	120 zł
	– kwartalna	60 zł
	– miesięczna	20 zł
	Minimalna wysokość Składki nieregularnej IKZE	9 zł
2)	Maksymalna suma Składek IKZE w roku kalendarzowym	limit określony w Ustawie oraz § 7 ust. 8-11 OWU
3)	% wypłaty transferowej przeznaczony na nabycie Jednostek uczestnictwa	100%
4)	Minimalna Alokacja składki IKZE w wybrany Fundusz	10%
5)	Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego	100 zł

Niniejsza Tabela IKZE przyjęta została Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

**ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OWU
WYKAZ FUNDUSZY IKZE**

(KOD PPR_IKZE1_WUFK_03.2020)

1. Towarzystwo tworzy następujące Fundusze:

Lp. Nazwa Funduszu

Fundusze niskiego ryzyka

- | | |
|----|---------------------------------------|
| 1) | UFK Generali Gwarantowany PLUS |
| 2) | Fundusz Emerytalny Generali Mieszany |
| 3) | Fundusz Emerytalny Generali Obligacji |

Fundusze średniego ryzyka

- | | |
|----|---------------------------------------|
| 4) | Fundusz Emerytalny Generali Agresywny |
|----|---------------------------------------|

2. Towarzystwo tworzy następujące Portfele modelowe:

Lp. Nazwa Funduszu

Fundusze średniego ryzyka

- | | |
|----|--|
| 1) | Portfel Cyklu Koniunkturalnego |
| 2) | Portfel Polski Akcyjny |
| 3) | Portfel Zagraniczny „Cztery strony świata” Akcyjny |
| 4) | Portfel Zagraniczny Nieruchomości |

Fundusze wysokiego ryzyka

- | | |
|----|-------------------------------|
| 5) | Portfel Zagraniczny Surowcowy |
|----|-------------------------------|

3. Poziom ryzyka Funduszy wyznaczony został na podstawie wskaźnika ryzyka określanego zgodnie z metodyką opisaną w Rozporządzeniu Delegowanym Komisji (UE) 2017/653 z dnia 8 marca 2017 r. uzupełniającym Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1286/2014 w sprawie dokumentów zawierających kluczowe informacje, dotyczących detalicznych produktów zbiorowego inwestowania i ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych (PRIIP) przez ustanowienie regulacyjnych standardów technicznych w zakresie prezentacji, treści, przeglądu i zmiany dokumentów zawierających kluczowe informacje oraz warunków spełnienia wymogu przekazania takich dokumentów. Szczegółowe informacje na temat ryzyka każdego z Funduszy dostępne są w karcie produktu IKZE, doręczanej przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz udostępnianej przez Towarzystwo na stronie generali.pl.
3. Niniejszy wykaz Funduszy IKZE został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

ZAŁĄCZNIK NR 3 DO OWU REGULAMIN LOKOWANIA IKZE

(KOD PPR_ IKZE1_RL_03.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejszy Regulamin lokowania IKZE określa zasady funkcjonowania Funduszy oferowanych przez Towarzystwo, w ramach Umowy, zawieranej na podstawie OWU.
2. Terminy, które zostały zdefiniowane w OWU, używane są w Regulaminie lokowania IKZE w takim samym znaczeniu.

Charakterystyka aktywów wchodzących w skład Funduszy

§ 2

Aktywa Funduszy mogą być inwestowane w następujące instrumenty finansowe:

- 1) papiery wartościowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez Skarb Państwa oraz organizacje międzynarodowe, których członkiem jest Rzeczpospolita Polska;
- 2) obligacje emitowane lub poręczone przez jednostki samorządu terytorialnego lub związki jednostek samorządu terytorialnego;
- 3) inne dłużne papiery wartościowe o stałej stopie dochodu;
- 4) akcje, prawo do akcji, warranty subskrypcyjne, prawa poboru spółek notowanych na rynku regulowanym, a także akcje spółek będące przedmiotem oferty publicznej, jeśli warunki emisji lub pierwszej oferty publicznej zakładają złożenie wniosku o dopuszczenie do obrotu na rynku regulowanym;
- 5) akcje, prawo do akcji, warranty subskrypcyjne, prawa poboru spółek notowanych w alternatywnym systemie obrotu oraz akcje spółek nienotowanych;
- 6) jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych, certyfikaty inwestycyjne lub tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne oraz tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą;
- 7) tytuły uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych notowanych na rynkach regulowanych – ETF (ang. Exchange Traded Funds);
- 8) inne dłużne papiery wartościowe o zmiennej stopie dochodu;
- 9) instrumenty rynku pieniężnego i inne prawa majątkowe inkorporujące wierzytelności pieniężne;
- 10) listy zastawne;
- 11) depozyty bankowe;
- 12) instrumenty pochodne, takie jak: opcje, transakcje terminowe, transakcje wymiany.

Kryteria doboru aktywów

§ 3

1. Proporcje między różnymi kategoriami aktywów Funduszy są uzależnione od rodzaju Funduszu oraz podejmowanych decyzji inwestycyjnych.
2. Portfel Polski Akcyjny oferuje możliwości potencjalnie wysokich stóp zwrotu dostępnych na rynkach akcji. Alokacja środków ma na celu dywersyfikację lokat pomiędzy te polskie fundusze inwestycyjne, które w długim terminie osiągają na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
3. Portfel Cyklu Konjunkturalnego alokuje środki na podstawie scenariusza makroekonomicznego opartego na metodologii cyklu konjunkturalnego. W zależności od prognozowanej fazy cyklu konjunkturalnego alokacja środków odbywa się w te fundusze inwestycyjne, które w danej fazie osiągają na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
4. Portfel Zagraniczny „Cztery strony świata” Akcyjny oferuje możliwości potencjalnie wysokich stóp zwrotu dostępnych na zagranicznych rynkach akcji. Alokacja środków ma na celu dywersyfikację lokat pomiędzy te zagraniczne fundusze inwestycyjne, które w długim terminie osiągają na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
5. Portfel Zagraniczny Nieruchomości alokuje środki pomiędzy zagraniczne fundusze inwestycyjne inwestujące w sektor nieruchomości. Alokacja środków ma na celu dywersyfikację lokat pomiędzy te fundusze inwestycyjne, które w długim terminie osiągają na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
6. Portfel Zagraniczny Surowcowy alokuje środki pomiędzy zagraniczne fundusze inwestycyjne inwestujące w surowce i spółki związane z rynkiem surowcowym. Alokacja środków ma na celu dywersyfikację lokat pomiędzy te fundusze inwestycyjne, które w długim terminie osiągają na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
7. Przy ocenie bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji służącej podjęciu decyzji o alokacji środków oraz doborze akcji do portfela uwzględniane będą m.in. analiza sprawozdań finansowych spółek, prognozy finansowe, ocena kadry zarządzającej, ocena pozycji rynkowej i perspektyw rozwoju spółek, poziom cen oraz ryzyko płynności poszczególnych akcji.
8. Przy doborze jednostek uczestnictwa, certyfikatów inwestycyjnych do Funduszy oraz wielkości zaangażowania aktywów w jednostki uczestnictwa lub certyfikaty inwestycyjne w poszczególnych funduszach inwestycyjnych uwzględniane są m.in. aktualna sytuacja rynkowa i jej perspektywy, ocena jakościowa funduszy inwestycyjnych, ocena procesu zarządzania aktywami oraz stabilność zespołu zarządzającego.
9. Przy doborze instrumentów dłużnych do Funduszy uwzględniane są m.in. bieżący i prognozowany poziom stóp procentowych, aktualna i prognozowana krzywa dochodowości, bieżący i oczekiwany poziom inflacji, kryterium płynności instrumentów dłużnych i wiarygodność kredytowa emitenta.

Zasady dywersyfikacji aktywów i ograniczenia inwestycyjne

§ 4

1. Fundusz Emerytalny Generali Agresywny:
 - 1) Aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2, z wyłączeniem pkt 6 i 7;

- 2) Suma wartości lokat, wymienionych w § 2 pkt 4 i 5 może stanowić od 60% do 90% wartości aktywów Funduszu.
2. Fundusz Emerytalny Generali Mieszany:
 - 1) Aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2, z wyłączeniem pkt 6 i 7;
 - 2) Suma wartości lokat, wymienionych w § 2 pkt 4 i 5 może stanowić od 20% do 50% wartości aktywów Funduszu.
3. Fundusz Emerytalny Generali Obligacji – aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2, z wyłączeniem pkt 4, 5, 6 i 7.
4. Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy Generali Gwarantowany PLUS – aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2, z wyłączeniem pkt 4, 5, 6 i 7.
5. Portfel Cyklu Koniunkturalnego:
 - 1) Aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2;
 - 2) Fundusz, realizując cel inwestycyjny, alokuje do 100% wartości aktywów Funduszu w instrumenty finansowe z najlepszym potencjałem wzrostu w poszczególnych fazach cyklu koniunkturalnego;
 - 3) Fundusz charakteryzuje się brakiem sztywnych zasad dywersyfikacji kategorii lokat oraz brakiem określenia minimalnego zaangażowania w poszczególne kategorie lokat.
6. Portfel Polski Akcyjny:
 - 1) Aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2;
 - 2) Suma wartości lokat wymienionych w § 2 pkt 4, 5, 6 i 7 stanowi co najmniej 90% wartości aktywów Funduszu;
 - 3) Lokaty wymienione w § 2 pkt 4 i 5 odwzorowują portfel UFK Emerytalny Generali Agresywny;
 - 4) Lokaty, o których mowa w § 2 pkt 6, dokonywane są jedynie w Jednostki uczestnictwa lub certyfikaty inwestycyjne w polskich akcyjnych funduszach inwestycyjnych, tzn. takich, których minimalne zaangażowanie w akcje jest nie niższe niż 60% wartości aktywów funduszu.
7. Portfel Zagraniczny „Cztery strony świata” Akcyjny:
 - 1) Aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2;
 - 2) Suma wartości lokat wymienionych w § 2 pkt 6 stanowi co najmniej 90% wartości aktywów Funduszu;
 - 3) Lokaty, o których mowa w § 2 pkt 6, dokonywane są jedynie w tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne oraz tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, których polityka inwestycyjna zakłada minimalne zaangażowanie w akcje nie niższe niż 60% wartości aktywów funduszu.
8. Portfel Zagraniczny Nieruchomości:
 - 1) Aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2;
 - 2) Suma wartości lokat wymienionych w § 2 pkt 6 stanowi co najmniej 90% wartości aktywów Funduszu;
 - 3) Lokaty, o których mowa w § 2 pkt 6, dokonywane są jedynie w tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne oraz tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, których polityka inwestycyjna zakłada inwestowanie w nieruchomości bądź spółki związane z rynkiem nieruchomości.
9. Portfel Zagraniczny Surowcowy:
 - 1) Aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2;
 - 2) Suma wartości lokat wymienionych w § 2 pkt 6 stanowi co najmniej 90% wartości aktywów Funduszu;
 - 3) Lokaty, o których mowa w § 2 pkt 6, dokonywane są jedynie w tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne oraz tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, których polityka inwestycyjna zakłada inwestowanie w surowce bądź spółki związane z sektorem surowcowym.

Zasady i terminy wyceny Jednostek uczestnictwa

§ 5

1. Towarzystwo wyodrębnia aktywa w formie Funduszy. Fundusz jest podzielony na Jednostki uczestnictwa. Jednostki uczestnictwa dają Oszczędzającemu udział w aktywach Funduszu bez prawa dysponowania poszczególnymi składnikami tych aktywów. Prawo do własności aktywów przysługuje wyłącznie Towarzystwu. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do podzielenia lub połączenia Jednostek uczestnictwa.
2. Wartość aktywów i zobowiązań Funduszu oraz wartość Jednostki uczestnictwa ustala się na każdy Dzień wyceny.
3. Aktywa i zobowiązania Funduszu wyceniane są w wartości godziwej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 września 1994 roku o rachunkowości i aktów wykonawczych do przywołanej ustawy.
4. Do wyceny składników aktywów Funduszu na dany Dzień wyceny przyjmuje się ceny tych składników z Dnia wyceny. W przypadku, gdy do godziny 12.00 w następnym Dniu roboczym po Dniu wyceny cena danego składnika aktywów Funduszu z Dnia wyceny nie jest podana do publicznej wiadomości, wówczas do wyceny tego składnika aktywów przyjmuje się jego ostatnią podaną do publicznej wiadomości cenę.
5. Wartość Jednostki uczestnictwa ustala się z dokładnością do czterech miejsc po przecinku, dzieląc wartość aktywów netto Funduszu przez zarejestrowaną w księgach na Dzień wyceny ilość Jednostek uczestnictwa.
6. Wartość aktywów netto Funduszu na dany Dzień wyceny ustala się, pomniejszając wartość aktywów Funduszu o jego zobowiązania (w tym rezerwy na wynagrodzenie Towarzystwa oraz rezerwy na koszty i opłaty związane z aktywami Funduszu).
7. Z aktywów Funduszu pokrywane jest wynagrodzenie dla Towarzystwa z tytułu opłaty za zarządzanie Funduszami pobieranej z aktywów Funduszu oraz następujące koszty i opłaty:
 - 1) koszty z tytułu usług pośrednictwa związanego z nabywaniem i zbywaniem składników aktywów Funduszu – w wysokości określonej w umowie z pośrednikiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat pośrednika;
 - 2) koszty opłat transakcyjnych związanych z nabywaniem i zbywaniem składników aktywów Funduszu ponoszone na rzecz instytucji rozliczeniowych, z pośrednictwa, których Fundusz jest obowiązany korzystać – zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat instytucji rozliczeniowych – oraz koszty opłat transakcyjnych związanych z nabywaniem i zbywaniem składników aktywów Funduszu ponoszone na rzecz banku depozytariusza – w wysokości określonej w umowie z tym bankiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat banku;
 - 3) koszty prowizji bankowych związanych z przekazywaniem środków pieniężnych i obsługą rachunków bankowych w związku z zarządzaniem aktywami Funduszu – w wysokości określonej w umowie z bankiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat banku;
 - 4) koszty i opłaty związane z przechowywaniem oraz weryfikacją wyceny aktywów Funduszu: koszty na rzecz instytucji rozliczeniowych za przechowywanie aktywów – w wysokości określonej w obowiązującej tabeli prowizji i opłat – oraz koszty na rzecz banku depozytariusza za przechowywanie i weryfikację aktywów Funduszu – w wysokości określonej w umowie z tym bankiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat banku;

- 5) podatki i inne obciążenia nałożone przez właściwe organy państwowe związane z aktywami Funduszu – w wysokości obowiązujących stawek podatkowych.
8. Opłata za zarządzanie Funduszami pobierana przez Towarzystwo z aktywów Funduszu naliczana jest za każdy dzień kalendarzowy według stawki określonej w Tabeli IKZE. Rezerwa na tę opłatę tworzona jest w każdym Dniu wyceny jako iloczyn rocznej stawki określonej w Tabeli IKZE, wartości aktywów Funduszu z Dnia wyceny oraz ilorazu ilości dni kalendarzowych od poprzedniego Dnia wyceny i ilości dni kalendarzowych w roku (przyjętych jako 365). Opłata jest naliczana w całym okresie obowiązywania Umowy.

Opłaty za zarządzanie Funduszami

§ 6

1. Towarzystwo z tytułu zarządzania Funduszami pobiera opłatę za zarządzanie Funduszami.
2. Wysokość opłaty, o której mowa w ust. 1, została określona w Tabeli IKZE.
3. Opłata, o której mowa w ust. 1, naliczana jest przy ustalaniu wartości Jednostki uczestnictwa zgodnie z zasadami określonymi w § 5 ust. 8.

Likwidacja i utworzenie nowego Funduszu

§ 7

1. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do rozpoczęcia sprzedaży Jednostek uczestnictwa nowych Funduszy, zaprzestania sprzedaży oraz likwidacji Jednostek uczestnictwa dotychczas oferowanych Funduszy.
2. O likwidacji Funduszu Towarzystwo poinformuje Oszczędzającego, który posiada środki w likwidowanym Funduszu, w terminie co najmniej trzech miesięcy poprzedzających datę likwidacji Funduszu.
3. Oszczędzający przed datą likwidacji Funduszu powinien złożyć oświadczenie zawierające dyspozycję przeniesienia Jednostek uczestnictwa z likwidowanego Funduszu lub dyspozycję zmiany Alokacji składki IKZE.
4. Jeżeli Oszczędzający złożył dyspozycję, o których mowa w ust. 3, Towarzystwo nie później niż w terminie ośmiu Dni roboczych od daty otrzymania oświadczenia Oszczędzającego w tym zakresie dokona przeniesienia Jednostek uczestnictwa, poprzez sprzedaż Jednostek uczestnictwa Funduszu likwidowanego i nabycie Jednostek uczestnictwa Funduszu wybranego przez Oszczędzającego lub odpowiednio dokona zmiany Alokacji składki IKZE.
5. Jeżeli Oszczędzający nie złożył w Towarzystwie dyspozycji, o których mowa w ust. 3, Towarzystwo dokona przeniesienia Jednostek uczestnictwa likwidowanego Funduszu nie później niż w terminie ośmiu Dni roboczych od daty likwidacji Funduszu, poprzez sprzedaż Jednostek uczestnictwa Funduszu likwidowanego z zastosowaniem Ceny jednostki obowiązującej w dniu likwidacji Funduszu i nabycie Jednostek uczestnictwa Funduszu UFK Generali Gwarantowany PLUS lub odpowiednio dokona zmiany Alokacji składki IKZE.
6. W przypadku likwidacji UFK Generali Gwarantowany PLUS, Towarzystwo dokona zmian, o których mowa w ust. 5, z uwzględnieniem Funduszu o strategii inwestycyjnej najbardziej zbliżonej do UFK Generali Gwarantowany PLUS. Zasada opisana w zdaniu poprzedzającym będzie stosowana analogicznie w przypadku likwidacji funduszu o najbardziej zbliżonej strategii inwestycyjnej.
7. Oszczędzający, który nie posiada środków w likwidowanym Funduszu, a złoży oświadczenie zawierające dyspozycję przeniesienia Jednostek uczestnictwa do likwidowanego Funduszu lub dyspozycję zmiany Alokacji składki IKZE uwzględniającą likwidowany Fundusz, jest informowany o likwidacji Funduszu niezwłocznie po złożeniu dyspozycji do Towarzystwa.
8. W przypadku, gdy odpowiednio:
 - 1) Towarzystwo rozpoczyna sprzedaż Jednostek uczestnictwa nowego Funduszu albo
 - 2) zmienia się nazwa oferowanego Funduszu bez zmiany jego strategii inwestycyjnej,Towarzystwo udostępni zmieniony wykaz, o którym mowa w § 1 ust. 2, 3 i 4 OWU, na stronie generali.pl.
9. W przypadku, gdy zmiana dotyczy odpowiednio:
 - 1) nazwy wraz ze zmianą strategii inwestycyjnej oferowanego Funduszu albo
 - 2) strategii inwestycyjnej oferowanego Funduszu alboTowarzystwo poinformuje Oszczędzającego o zmianach określonych w pkt 1 lub 2.

Ryzyko inwestycyjne

§ 8

1. Celem inwestycyjnym Towarzystwa jest długookresowy wzrost wartości aktywów Funduszy w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszy.
2. Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe nie gwarantują osiągnięcia założonego celu inwestycyjnego ani określonego wyniku inwestycyjnego. Oszczędzający powinien mieć świadomość ryzyk związanych z inwestycją w Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe, w tym braku ochrony wpłaconego kapitału lub ryzyka utraty części wpłaconych środków.

Postanowienia końcowe

§ 9

Niniejszy Regulamin lokowania IKZE został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO:
NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU,
NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W WYNIKU ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU,
NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

TABELA USZCZERBKÓW NA ZDROWIU (KOD PPR_ADISB3_ADISB4_CADISB3_03.2020)

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

A. Uszkodzenia głowy – ciąg dalszy

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 błotkowego	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

B. Uszkodzenia twarzy

19) Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki):	
a. oszpecenia bez zaburzeń funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy	1-10
b. oszpecenie z miernymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	10-30
c. oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowanie pokarmów, zaburzenia oddychania, mowy, ślinotok i zaburzenia funkcji powiek itp.) – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	30-60
20) Uszkodzenia nosa:	

B. Uszkodzenia twarzy – ciąg dalszy

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

C. Uszkodzenia narządu wzroku

27) a. Przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obojga oczu stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu określa się według następującej tabeli:

Ostrość wzroku oka prawego	1,0 (10/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0
Ostrość wzroku oka lewego	Procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu										
1, 0 (10/10)	0	2, 5	5	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35
0, 9 (9/10)	2, 5	5	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35	40
0, 8 (8/10)	5	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35	40	45
0, 7 (7/10)	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35	40	45	50
0, 6 (6/10)	10	12, 5	15	20	25	30	35	40	45	50	55
0, 5 (5/10)	12, 5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
0, 4 (4/10)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
0, 3 (3/10)	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
0, 2 (2/10)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80
0, 1 (1/10)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90
0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100

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

b. Utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyluszczeniem gałki ocznej 38

C. Uszkodzenia narządu wzroku – ciąg dalszy

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 drażących:

a. blizny rogówki lub twardówki (garbiak twardówki)	
b. zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki)	wg tabeli z p.27a
c. ciało obce wewnątrzgałkowe, powodujące obniżenie ostrości wzroku	

31) Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.)

wg tabeli z p.27a

32) Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się według poniżej podanej tabeli:

Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepotcie drugiego oka
60°	0	0	35%
50°	5%	15%	45%
40°	10%	25%	55%
30°	15%	50%	70%
20°	20%	80%	85%
10°	25%	90%	95%
poniżej 10°	35%	95%	100%

33) Połowicze niedowidzenia:

a. dwuskroniowe	60
b. dwunosowe	30
c. jednoimienne	25
d. jednoimienne górne	10
e. jednoimienne dolne	40

34) Utrata funkcji soczewki po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej, przy braku jednoczesnego pojedynczego widzenia obuocznego:

a. w jednym oku	25
b. w obu oczach	40

35) Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej:

a. w jednym oku	10
b. w obu oczach	30

36) Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie):

a. w jednym oku	5-10
b. w obu oczach	10-15

37) Odwarstwienie siatkówki jednego oka

wg tabeli z p.27a oraz wg tabeli z p.32

38) Jaskra – ogólny procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu

wg tabeli z p.27a oraz wg tabeli z p.32

39) Wytrzeszcz tętniący – w zależności od stopnia

50-100

40) Zaćma urazowa

wg tabeli z p.27a

41) Przewlekłe zapalenie spojówek

1-10

D. Uszkodzenia narządu słuchu

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

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

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

43) Urazy małżowiny usznej:

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

44) Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego:

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

45) Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego:

a. jednostronne	1-5
b. obustronne	10

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

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

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

wg tabeli z p. 42

48) Uszkodzenie ucha wewnętrznego:

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

49) Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:

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

E. Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przełyku

50) Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji

1-10

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

5-30

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

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

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

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

54) Uszkodzenie przełyku powodujące:

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

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

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

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

F. Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa

56) Blizny powłok klatki piersiowej ograniczające ruchomość klatki piersiowej – w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości oddechowej klatki piersiowej:	
a. miernego stopnia	1-15
b. znacznego stopnia	15-30
57) Utrata gruczołu piersiowego (w części lub w całości):	
a. brodawki sutkowej częściowa lub całkowita	1-5
b. utrata sutka w zależności od wielkości ubytków i blizn:	
– częściowa	1-15
– całkowita	15-25
– z częścią mięśnia piersiowego	25-35
58) Uszkodzenie przynajmniej 2 żeber (złamanie itp.):	
a. z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia pojemności życiowej płuc	1-5
b. z obecnością zniekształceń i zmniejszenia pojemności życiowej płuc – w zależności od stopnia zmniejszenia pojemności życiowej	5-25
59) Złamanie mostka ze zniekształceniami	1-10
60) Zapalenie kości (przetoki) żeber lub mostka	1-20
61) Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):	
a. bez niewydolności oddechowej	5-10
b. z niewydolnością oddechową – w zależności od stopnia	20-40
Uwaga: Stopień uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej musi być potwierdzony badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim.	
62) Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc przetoki – w zależności od stopnia niewydolności oddechowej	20-80
Uwaga: Stopień uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej musi być potwierdzony badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim.	
63) Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a. z wydolnym układem krążenia	2-10
b. z objawami względnej wydolności układu krążenia	20-30
c. z objawami niewydolności krążenia – w zależności od stopnia niewydolności	40-90
Uwaga: Stopień uszkodzenia serca oceniany jest na podstawie badania radiologicznego i elektrokardiograficznego, echokardiografii, koronarografii.	
64) Przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia	20-40

G. Uszkodzenie brzucha i ich następstwa

65) Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, przetoki, blizny zaciągające) – w zależności od umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia powłok jamy brzusznej	1-30
Uwaga: Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych).	
66) Uszkodzenie żołądka, jelit i sieci:	
a. bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego i przy dostatecznym stanie odżywiania	2-10
b. z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – w zależności od stopnia zaburzeń stanu odżywiania	11-50
67) Przetoki jelitowe, kałowe i odbytu sztuczny – w zależności od stopnia zanieczyszczania się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę:	
a. jelita cienkiego	30-80
b. jelita grubego	20-50
68) Przetoki okołodobytnicze	15
69) Uszkodzenia zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
70) Wypadnięcie odbytnicy – w zależności od stopnia wypadnięcia	10-30
71) Utrata śledziony:	
a. bez większych zmian w obrazie krwi	15
b. ze zmianami w obrazie krwi lub/i ze zrostami otrzewnowymi	30
72) Uszkodzenia wątroby, dróg żółciowych lub trzustki w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji:	
a. nieznacznego stopnia	5-10
b. znacznego stopnia	20-60

H. Uszkodzenia narządów moczowo-płciowych

73) Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	10-25
74) Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	35
75) Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	40-75
76) Uszkodzenie moczowodu powodujące zawężenie jego światła	10-20
77) Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych	10-30
78) Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego – w zależności od stopnia stałego zanieczyszczenia się moczem	20-50
79) Zwężenie cewki moczowej:	
a. powodujące trudności w oddawaniu moczu	15
b. z nirzymaniem lub zaleganiem moczu	30-50
c. z nirzymaniem lub zaleganiem moczu z powikłaniami	50-60
80) Utrata prącia	40
81) Częściowa utrata prącia	20
82) Utrata jednego jądra lub jajnika	20
83) Utrata obu jąder lub jajników	40
84) Wodniak jądra	10
85) Utrata macicy:	
a. w wieku do 45 lat	40
b. w wieku powyżej 45 lat	20
86) Uszkodzenie krocza powodujące całkowite wypadnięcie narządów rodnych:	
a. pochwy	10
b. pochwy i macicy	30

I. Ostre zatrucia i ich następstwa (orzekane nie wcześniej niż po 6 miesiącach od zajścia zdarzenia)

87) Nagłe zatrucie gazami oraz substancjami i produktami (z wyjątkiem zatruc pokarmowych):	
a. ze stwierdzoną utratą przytomności, lecz bez wtórnych powikłań	1-10
b. powodujące uszkodzenie układu krwiotwórczego i narządów wewnętrznych (rozedma, przewlekły nieżyt krtani, tchawicy i oskrzeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-25

Uwaga: Uszkodzenia układu nerwowego spowodowane nagłym zatruciem gazami oceniane są według odpowiednich pozycji dotyczących układu nerwowego.

88) Nagłe zatrucie pokarmami powodujące trwałe uszkodzenie narządów mięsaszowych przewodu pokarmowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-15
---	------

Uwaga: Uszkodzenie układu nerwowego wskutek nagłych zatruc pokarmowych oceniane są według odpowiednich pozycji dotyczących układu nerwowego.

J. Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa

89) Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
a. z ograniczeniem ruchomości – bez trwałych zniekształceń 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
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

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

93) Uszkodzenia rdzenia kręgowego:		
a. przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn		100
b. niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiającym poruszanie się za pomocą dwóch łasek		60-70
c. niedowład kończyn dolnych umożliwiającym 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 (bólowe, 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

K. Uszkodzenia miednicy

95) Utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub rozerwania stawu krzyżowo-biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:		
a. niewielkiego stopnia		1-10
b. dużego stopnia		10-35
96) Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno- lub wielomiejscowe, z obecnością zniekształceń i upośledzeniem chodu:		
a. w odcinku przednim (kość łonowa, kulszowa)		1-15
b. w odcinku przednim i tylnym		15-45
97) Złamanie dna panewki – z obecnością upośledzenia funkcji stawu i zmianami zniekształcającymi:		
a. 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.

L. Uszkodzenia kończyny górnej

	Prawa	Lewa
99) Złamanie łopatki:		
a. wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem z niewielkim zaburzeniem funkcji kończyny	1-5	1-5
b. wygojone złamanie łopatki z przemieszczeniem i znacznym ograniczeniem funkcji kończyny w zależności od stopnia	5-40	5-30
Uwaga: Normy poz. 99 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.		
100) Wadliwe wygojone złamanie obojczyka – w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchów		
a. nieznaczne zmiany	1-10	1-5
b. wyraźne zmiany	10-25	5-20
101) Staw rzekomy obojczyka ograniczający ruchy kończyny		
a. nieznaczne zmiany	1-10	1-5
b. znaczne zmiany	10-25	5-20

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąg dalszy	Prawa	Lewa
102) Zwichnięcie 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 zwichnięcie stawu barkowego w zależności od upośledzenia zakresu ruchów i ustawienia kończyny	20-30	15-30
106) Nawykowe zwichnięcie 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 porażień oceniany jest według norm neurologicznych.		
108) Zesztywnienie stawu barkowego:		
a. w ustawieniu częściowo korzystnym (w odwiedzeniu około 70°, antepozycja 35° i rotacja zewnętrzna około 25°) w zależności od ustawienia i funkcji	20-35	10-30
b. w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40	35
109) Bliznowaty przykurcz stawu barkowego w zależności od zaburzeń czynności stawu	1-15	1-10
110) Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 104-109, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji	+1-35	+1-25
111) Utrata kończyny w barku	75	70
112) Utrata kończyny wraz z łopatką	80	75
113) Złamanie kości ramiennej z obecnością zmian wtórnych i upośledzeniem funkcji kończyny:		
a. z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi	5-15	5-10
b. ze znacznym przemieszczeniem i skróceniem	15-30	10-25
c. złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi	30-55	25-50
114) Uszkodzenia mięśni, ścięgien i ich przyczepów w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:		
a. mięśnia dwugłowego	1-15	1-10
b. uszkodzenie innych mięśni ramienia	10-20	10-15
115) Utrata kończyny w obrębie ramienia:		
a. z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70	65
b. przy dłuższych kikutach	65	60
116) Przepukliny mięśniowe ramienia	1-3	1-3
117) Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej – z obecnością zaburzeń osi i ograniczeniem ruchów w stawie łokciowym:		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. średnie zmiany	5-15	5-10
c. duże zmiany	15-30	10-25
118) Zesztywnienie stawu łokciowego:		
a. w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia (75°-110°)	30	25
b. z brakiem ruchów obrotowych	35	30
c. w ustawieniu wyprostowanym lub zbliżonym (160°-180°)	50	45
119) Przykurcz w stawie łokciowym – w zależności od zakresu zgięcia, wyprostu i stopnia zachowania ruchów obrotowych przedramienia:		

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąg dalszy	Prawa	Lewa
a. przy niemożności zgięcia do 90°	10-30	5-25
b. przy możliwości zgięcia ponad kąt prosty	3-15	2-10
Uwaga: Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie stawu łokciowego oceniane są według pozycji 118-120.		
120) Cepowy staw łokciowy – w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni	15-30	10-25
121) Uszkodzenie stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi itp. ocenia się według pozycji 117–120, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu	+5	+5
122) Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych:		
a. niewielkie zniekształcenia	1-5	1-4
b. średnie zniekształcenia	5-20	5-10
c. znaczne zniekształcenia, duże ograniczenia ruchów, zmiany wtórne (troficzne, krążeniowe i inne)	15-25	10-20
123) Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
a. niewielkie zniekształcenia	1-5	1-4
b. średnie zniekształcenia	5-20	5-15
c. duże zmiany, zmiany wtórne i inne	20-35	15-30
124) Uszkodzenia części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń – z trwałym uszkodzeniem i upośledzeniem funkcji, bliznami znacznie upośledzającymi funkcję kończyny górnej		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. znaczne zmiany	5-20	5-15
125) Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej z obecnością zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:		
a. średniego stopnia	10-20	10-15
b. dużego stopnia	20-35	15-30
126) Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia z obecnością zniekształceń, ubytkami kości, upośledzeniem funkcji i poważnych zmian wtórnych:		
a. średniego stopnia	10-25	10-20
b. dużego stopnia	25-40	20-35
127) Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, obecnością ciał obcych, ubytkiem tkanki kostnej i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 122-126, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-15	+1-15
128) Utrata kończyny w obrębie przedramienia – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania	55-65	50-60
129) Utrata przedramienia w sąsiedztwie stawu nadgarstkowego	55	50
130) Ograniczenie ruchomości w obrębie nadgarstka w następstwie jego uszkodzeń (skręcenia, zwichnięcia, złamania kości nadgarstka, martwice aseptyczne tych kości) z obecnością zniekształceń, uszkodzenia funkcji, zmian troficznych, blizn powodujących upośledzenie funkcji dłoni:		
a. ograniczenie ruchomości	1-10	1-8
b. ograniczenie ruchomości dużego stopnia	10-20	8-15
c. ograniczenie ruchomości dużego stopnia z ustawieniem ręki czynnościowo niekorzystnym	20-30	15-25
131) Całkowite 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 śródrezcza – części miękkich (skóry, mięśni, naczyń, nerwów) i kości, z obecnością blizn powodujących upośledzenie funkcji dłoni, trwałe zniekształcenia śródrezcza, zaburzenia ruchomości		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. średnie zmiany	5-10	4-8
c. rozległe zmiany	10-20	8-18

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąż dalszy	Prawa	Lewa
135) Utraty w obrębie kciuka w zależności od rozmiaru ubytku, rodzaju blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych		
a. utrata opuszki	1-5	1-3
b. utrata paliczka paznokciowego	5-10	3-8
c. utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego (do 2/3 długości paliczka)	10-15	8-10
d. utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródreżca	15-20	10-15
e. utrata obu paliczków z kością śródreżca	20-30	15-25
136) Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie kciuka (złamania, zwinięcia, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zeszywnienie, zmiany troficzne, czuciowe itp.) – powodujące trwałe ograniczenie funkcji, blizny powodujących upośledzenie funkcji kciuka		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. średnie zmiany	5-15	4-13
c. znaczne zmiany	15-20	13-18
d. bardzo duże zmiany graniczące z utratą kciuka	20-25	18-23
e. rozległe zmiany graniczące z utratą pierwszej kości 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%.		

M. Uszkodzenie kończyny dolnej

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:	

M. Uszkodzenie kończyny dolnej – ciąg dalszy	
a. w ustawieniu czynnościowo korzystnym	15-35
b. w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	30-60
145) Inne następstwa uszkodzeń stawu biodrowego (zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania przezkrętarzowych i podkrętarzowych, złamania krętarzy itp.) – z ograniczeniem zakresu ruchów, przemieszczeniami, skróceniem, zniekształceniami i różnego rodzaju zmianami wtórnymi	
a. ze zmianami miernego stopnia	2-20
b. ze zmianami dużego stopnia	20-40
c. z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowo-biodrowy, kolano itp.)	40-65
146) Przykurcze i zeszywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami, ciałami obcymi itp. oceniane są według pozycji 143-145, 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 uniemożliwiające obciążenie kończyny – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia i zaburzeń wtórnych	40-60
149) Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, przecięcia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) powodujące istotne zaburzenia funkcji:	
a. miernego stopnia	1-10
b. znacznego stopnia	10-20
150) Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe – w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych	1-30
151) Uszkodzenia uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, ciałami obcymi, skostnieniem pozaszkieletowym i zmianami neurologicznymi oceniane są według pozycji 147-150, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań	+1-10
152) Uszkodzenia uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się według pozycji 147–150, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu	+5-65
Uwaga: Łączny stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu ocenianego według pozycji 147–150 i 152 nie może przekroczyć 70%.	
153) Utrata kończyny – zależnie od długości kikuta i przydatności jego cech do oprotezowania	50-70
154) Złamanie nasad kości tworzących staw kolanowy i rzepki – z obecnością zniekształceń, szpotawości, koślawości, przykurczów, z ograniczeniem ruchomości, upośledzenia stabilności stawu, zaburzeń statyczno-dynamicznych kończyny i innych zmian:	
a. niewielkie zmiany	1-10
b. średnie zmiany	10-25
c. duże zmiany (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: Fizjologiczny zakres ruchów przyjmowany jest w granicach 30°–180°.	
156) Inne następstwa uszkodzeń kolana: skrócenie kończyny, zaburzenia osi, stawu (koślawość, szpotawość, ruchomość patologiczna), dolegliwości przewlekłe zapalne, zapalenia ropne, ciała obce, przetoki itp. w zależności od stopnia:	
a. niewielkie zmiany	1-10
b. duże zmiany	10-20
157) Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	65

M. Uszkodzenie kończyny dolnej – ciąg dalszy	
158) Złamanie kości podudzia – w zależności od zniekształcenia, przemieszczenia, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:	
a. z nieznacznymi zmianami lub skróceniami do 4 cm	2-15
b. z dużymi wtórnymi zmianami lub ze skróceniem od 4 cm do 6 cm	15-25
c. ze skróceniem powyżej 6 cm lub bardzo rozległymi zmianami wtórnymi i z dodatkowymi powikłaniami w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	25-50
159) Izolowane złamanie strzałki (oprócz kostki bocznej)	1-3
160) Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, uszkodzenia ścięgna Achillesa i innych ścięgien – z zaburzeniami czynnościowymi i zniekształceniami stopy, zależnie od rozległości uszkodzenia:	
a. niewielkie i średnie zmiany	1-10
b. znaczne zmiany	10-20
161) Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:	
a. przy długości kikuta do 8 cm mierząc od szpary stawowej	60
b. przy dłuższych kikutach	40-55
162) Trwałe ograniczenie ruchomości i zniekształcenia w stawach skokowych w następstwie skręcenia, zwichnięcia, złamania kości tworzących staw, zranienia, ciał obcych, blizn powodujących trwałe upośledzenie funkcji stopy, w zależności od ich stopnia	
a. niewielkiego stopnia	1-5
b. średniego stopnia	5-10
c. dużego stopnia	10-25
d. powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami, martwicą, zmianami troficznymi i innymi	25-40
163) Zesztywnienie stawu skokowego – z obecnością zniekształceń, nieprawidłowym ustawieniem stopy, zmianami statyczno – dynamicznymi, w zależności od ustawienia stopy, zmian wtórnych i powikłań:	
a. pod kątem zbliżonym do prostego	5-20
b. w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych	20-30
c. w ustawieniach niekorzystnych z dużymi zmianami i powikłaniami	30-40
164) Złamania kości piętowej lub skokowej z przemieszczeniem, zniekształceniem i innymi zmianami wtórnymi:	
a. niewielkie zmiany	1-10
b. średnie zmiany	10-20
c. duże zmiany z częściową utratą kości	20-30
165) Utrata kości piętowej lub skokowej w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań	30-40
166) Uszkodzenia kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniami i innymi zmianami wtórnymi:	
a. miernego stopnia – zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych	1-10
b. znacznego stopnia lub innymi powikłaniami – zależnie od wielkości zaburzeń	10-20
167) Złamania kości śródstopia z przemieszczeniem, zniekształceniem stopy:	
a. złamania I lub V kości z wyraźnym przemieszczeniem – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych	1-15
b. złamania II, III lub IV kości śródstopia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych	1-10
c. złamanie trzech i więcej kości śródstopia – w zależności od zaburzeń czynnościowych	10-20
168) Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 167, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-10
169) Inne uszkodzenia stopy powodujące zniekształcenia i blizny powodujące upośledzenie funkcji stopy, w zależności od stopnia upośledzenia	
a. niewielkie zmiany	1-5
b. duże zmiany	5-15
170) Utrata stopy w całości	50
171) Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	40
172) Utrata stopy w stawie Lisfranka	35

M. Uszkodzenie kończyny dolnej – ciąg dalszy

173) Utrata stopy w obrębie kości śródstopia – zależnie od rozległości utraty przedstopia i cech kikuta	20-30
174) Utrata paliczka paznokciowego palucha	1-5
175) Utrata całego palucha	7
176) Utrata palucha wraz z kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	10-20
177) Utrata palców II–V w części lub całości – za każdy palec	2
178) Utrata V palca wraz z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia	5-10
179) Utrata palców II–IV z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia, za każdy palec	3-5
180) Inne uszkodzenia i zniekształcenia palców – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	1-5

N. Porażenie lub niedowład poszczególnych nerwów obwodowych**Prawa****Lewa**

181) Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:	Prawa	Lewa
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) Kaulgalie 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 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWUD NA WYPADEK POWAŻNEJ OPERACJI DZIECKA**KATALOG POWAŻNYCH OPERACJI****(KOD PPR_CMMO_03.2020)**

1. Niniejszy katalog stosuje się dla osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Poważnej operacji Dziecka.
2. Przez procent Sumy ubezpieczenia określony w Katalogu Poważnych operacji Dziecka rozumie się procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Poważnej operacji Dziecka zwany dalej „% Sumy ubezpieczenia”.

Lp.	Operacje układu nerwowego	% Sumy ubezpieczenia
1)	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	100
2)	Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	100
3)	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	100
4)	Drenaż zmiany w tkance mózgowej	80
5)	Neurostymulacja mózgu	80
6)	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	60
7)	Rewizja wentrykulostomii	60
8)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne na komorach mózgowych	60
9)	Zabiegi dotyczące przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	80
10)	Przeszczep nerwów czaszkowych	100
11)	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwów czaszkowych	100
12)	Pozaczaszkowe wycięcie nerwu błędnego	80
13)	Pozaczaszkowe wycięcie innego nerwu czaszkowego	80
14)	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego	60
15)	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	60
16)	Wewnątrzczaszkowe stereotaktyczne uwolnienie nerwu czaszkowego	80
17)	Neurostymulacja nerwu czaszkowego	60
18)	Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	100
19)	Operacja naprawcza opony twardej	100
20)	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	100
21)	Drenaż przestrzeni podoponowej	100
22)	Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	100
23)	Inne operacje rdzenia kręgowego	60
24)	Operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych	60
25)	Wycięcie nerwu obwodowego	40
26)	Zniszczenie nerwu obwodowego	40
27)	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	40
28)	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	60
29)	Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	60
30)	Wycięcie przysadki	80
31)	Zniszczenie przysadki	80
32)	Inne operacje przysadki	60
33)	Operacje szyszynki	80
Lp.	Operacje układu dokrewnego oraz gruczołu sutkowego	% Sumy ubezpieczenia
34)	Wycięcie tarczycy	40
35)	Operacje dotyczące nieprawidłowo umiejscowionej tkanki tarczycy	60
36)	Operacje dotyczące przewodu tarczowo-językowego	60
37)	Wycięcie przytarczyc(y)	80

38)	Wycięcie grasicy	40
39)	Wycięcie nadnercza	60
40)	Operacje dotyczące nieprawidłowej tkanki nadnercza	60
41)	Inne operacje nadnercza	40
42)	Całkowita amputacja sutka	40
43)	Operacje rekonstrukcyjne sutka	40
44)	Operacje na przewodach mlekonosnych sutka	20
45)	Operacje brodawki sutkowej	20

Lp.	Operacje oka	% Sumy ubezpieczenia
46)	Usunięcie oka (gałki ocznej) – enukleacja	40
47)	Wycięcie zmiany w obrębie oczodołu	60
48)	Wszczepienie protezy oka	40
49)	Rewizja protezy oka	40
50)	Plastyczna operacja naprawcza oczodołu	60
51)	Nacięcie oczodołu	40
52)	Połączone operacje mięśni oka	60
53)	Cofnięcie mięśnia oka	40
54)	Wycięcie mięśnia oka	40
55)	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia oka	20
56)	Zeszycie rogówki	20
57)	Wycięcie zmiany w obrębie twardówki	40
58)	Operacje odklejającej się siatkówki z klamrowaniem	20
59)	Wycięcie tęczówki	40
60)	Operacje filtrujące tęczówki	60
61)	Wycięcie ciała rzęskowego	40
62)	Zewnątrztorebkowe wycięcie soczewki (metoda klasyczna, chirurgiczna)	40
63)	Wewnątrztorebkowe wycięcie soczewki (metoda klasyczna, chirurgiczna)	40
64)	Operacje ciała szklistego	60
65)	Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	40
66)	Zniszczenie zmiany siatkówki	40
67)	Korekta deformacji powieki	20

Lp.	Operacje laryngologiczne	% Sumy ubezpieczenia
68)	Wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego	80
69)	Operacje naprawcze błony bębenkowej	20
70)	Drenaż ucha środkowego	20
71)	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	80
72)	Wycięcie zmiany ucha środkowego	40
73)	Amputacja (resekcja) nosa	60
74)	Operacje zatoki szczękowej z dostępu podwargowego (nieendoskopowe)	40
75)	Operacje (nieendoskopowe) zatoki czołowej	40
76)	Operacje (nieendoskopowe) zatoki klinowej	40
77)	Operacje (nieendoskopowe) niewyszczególnionej zatoki przynosowej	20
78)	Wycięcie gardła	80
79)	Operacje naprawcze gardła	60
80)	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe gardła	20
81)	Wycięcie krtani	60
82)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie krtani	60

83)	Odtworzenie krtani	80
84)	Endoskopowe zabiegi mikroterapeutyczne w obrębie krtani	20
Lp.	Operacje układu oddechowego	% Sumy ubezpieczenia
85)	Częściowe wycięcie tchawicy	100
86)	Operacje plastyczne tchawicy	60
87)	Otwarta implantacja protezy tchawicy	60
88)	Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	40
89)	Otwarte operacje ostrogi tchawicy	60
90)	Częściowe wycięcie oskrzela	60
91)	Endofiberoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dolnych dróg oddechowych	20
92)	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w obrębie dolnych dróg oddechowych z użyciem bronchoskopu	20
93)	Przeszczep płuca	100
94)	Wycięcie płuca	100
95)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie płuca	80
96)	Otwarte operacje śródpiersia	40
97)	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu	40
Lp.	Operacje jamy ustnej	% Sumy ubezpieczenia
98)	Wycięcie języka	60
99)	Wycięcie zmiany w obrębie języka	20
100)	Wycięcie zmiany w obrębie podniebienia	20
101)	Korekcja zniekształcenia podniebienia	40
102)	Wycięcie zmiany w obrębie innych części jamy ustnej	20
103)	Odtworzenie innej części jamy ustnej	40
104)	Wycięcie ślinianki	40
105)	Wycięcie zmiany w obrębie ślinianki	40
106)	Przemieszczenie przewodu ślinianki (przeszczepienie ujścia przewodu ślinianki)	40
107)	Otwarte usunięcie kamienia z przewodu ślinianki	20
108)	Podwiązanie przewodu ślinianki	20
109)	Poszerzenie przewodu ślinianki	20
110)	Usunięcie kamienia ze światła przewodu ślinianki	20
Lp.	Operacje górnego odcinka przewodu pokarmowego	% Sumy ubezpieczenia
111)	Wycięcie przełyku i żołądka	100
112)	Całkowite wycięcie przełyku	100
113)	Częściowe wycięcie przełyku	60
114)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie przełyku	60
115)	Zespolenie omijające przełyku	80
116)	Rewizja zespolenia przełykowego	60
117)	Operacja naprawcza przełyku	100
118)	Wytworzenie przetoki przełykowej	60
119)	Nacięcie przełyku	20
120)	Otwarte operacje żyłaków przełyku	60
121)	Otwarta implantacja protezy przełyku	60
122)	Fiberoendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie przełyku	20
123)	Usunięcie zmiany w obrębie przełyku przy użyciu sztywnego endoskopu	20
124)	Operacja antyrefluksowa przełyku	40
125)	Całkowite wycięcie żołądka	100

126)	Częściowe wycięcie żołądka	80
127)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie żołądka	60
128)	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	60
129)	Zespolenie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym	60
130)	Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii)	60
131)	Operacje wrzodu żołądka	60
132)	Nacięcie odźwiernika	60
133)	Fiberoendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego	20
134)	Wycięcie dwunastnicy	60
135)	Otwarte usunięcie zmiany w obrębie dwunastnicy	80
136)	Zespolenie omijające dwunastnicę	60
137)	Operacje wrzodu dwunastnicy	60
138)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dwunastnicy	20
139)	Wycięcie jelita czczego	60
140)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita czczego	60
141)	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomii)	60
142)	Zespolenie omijające jelito czcze	60
143)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita czczego	20
144)	Wycięcie jelita krętego	60
145)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita krętego	60
146)	Zespolenie omijające jelito kręte	60
147)	Rewizja zespolenia jelita krętego	60
148)	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)	60
149)	Rewizja przetoki jelita krętego (ileostomii)	60
150)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita krętego	20

Lp.	Operacje dolnego odcinka przewodu pokarmowego	% Sumy ubezpieczenia
151)	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	100
152)	Całkowite wycięcie okrężnicy	80
153)	Wycięcie odbytnicy	80
154)	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	20
155)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie okrężnicy	60
156)	Zespolenie omijające okrężnicę	60
157)	Wyłonienie kątnicy (cekostomia)	60
158)	Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu	60
159)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie odbytnicy	60
160)	Ufiksowanie odbytnicy z powodu jej wypadania	60
161)	Przezwieraczowe operacje odbytnicy	60
162)	Operacje z powodu wypadania odbytnicy z dostępu przez krocze	60
163)	Rozszerzone wycięcie prawej połowy okrężnicy	80
164)	Wycięcie poprzecznicy	80
165)	Wycięcie lewej połowy okrężnicy	80
166)	Wycięcie esicy	80

Lp.	Operacje innych narządów jamy brzusznej	% Sumy ubezpieczenia
167)	Przeszczep wątroby	100
168)	Częściowe otwarte wycięcie wątroby	60
169)	Operacja naprawcza wątroby	80
170)	Zabiegi terapeutyczne w obrębie wątroby przy użyciu laparoskopu	20

171)	Transluminalne (śródnacyniowe) zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby	40
172)	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	20
173)	Zespoleenie pęcherzyka żółciowego	40
174)	Przezskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące pęcherzyka żółciowego	40
175)	Wycięcie przewodu żółciowego	80
176)	Wycięcie zmiany w obrębie przewodu żółciowego	60
177)	Zespoleenie przewodu żółciowego	60
178)	Zespoleenie przewodu żółciowego wspólnego	60
179)	Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego	60
180)	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	60
181)	Plastyka zwieracza Oddiego z dostępu przezdunastniczego	60
182)	Endoskopowe wsteczne protezowanie dróg trzustkowych	40
183)	Przezskórna rewizja zespolenia dróg żółciowych	40
184)	Przezskórna implantacja protezy dróg żółciowych	40
185)	Zabiegi terapeutyczne w obrębie dróg żółciowych z dostępu przez dren T	40
186)	Przeszczep trzustki	100
187)	Całkowite wycięcie trzustki	100
188)	Wycięcie głowy trzustki	100
189)	Wycięcie zmiany w obrębie trzustki	60
190)	Zespoleenie przewodu trzustkowego	80
191)	Otwarty drenaż zmiany w obrębie trzustki	60
192)	Przezskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki	20
193)	Całkowite wycięcie śledziony	40
194)	Wycięcie zmiany w obrębie śledziony	20
Lp.	Operacje serca	% Sumy ubezpieczenia
195)	Przeszczep serca i płuc	100
196)	Przeszczep serca	100
197)	Zamknięcie kanału przedsionkowo-komorowego	100
198)	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej	100
199)	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzykomorowej	100
200)	Zamknięcie ubytku w nieokreślonej przegrodzie serca	100
201)	Operacje przegrody serca wykonywane bez otwierania serca	80
202)	Zabiegi terapeutyczne dotyczące przegrody serca wykonywane od strony jam serca	100
203)	Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem wstawki z zastawką	100
204)	Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem innej wstawki	100
205)	Plastyka przedsionka serca	100
206)	Walwuloplastyka mitralna	80
207)	Walwuloplastyka aortalna	80
208)	Plastyka zastawki trójdzielnej	80
209)	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	80
210)	Plastyka nieokreślonej zastawki serca	80
211)	Rewizja plastyki zastawki serca	80
212)	Otwarta walwulotomia	100
213)	Zamknięta walwulotomia	100
214)	Zabiegi terapeutyczne dotyczące zastawki serca z dostępu od strony światła serca	80
215)	Usunięcie zwężenia w obrębie struktur towarzyszących zastawce serca	100
216)	Pomost aortalno-wieńcowy z użyciem własnej żyły odpiszczelowej	100

217)	Pomost aortalno-wieńcowy z użyciem obcej tkanki (allograficzny)	100
218)	Pomostowanie tętnicy wieńcowej z użyciem protezy naczyniowej	100
219)	Pomost tętnica piersiowa wewnętrzna-tętnica wieńcowa	100
220)	Operacja naprawcza tętnicy wieńcowej	100
221)	Przełskórna angioplastyka wieńcowa	60
222)	Otwarte zabiegi operacyjne dotyczące układu bódźcoprzewodzącego serca	100
223)	Wycięcie osierdzia	100
224)	Drenaż osierdzia	80
225)	Przecięcie osierdzia	40
226)	Operacje złożonych wad wielkich naczyń serca wykonywane przy otwartym sercu	100
227)	Operacja przetrwałego przewodu tętniczego wykonywana przy otwartym sercu	100
228)	Zabiegi operacyjne dotyczące wad wielkich naczyń serca wykonywane od strony jam serca	100
Lp.	Operacje naczyń krwionośnych	% Sumy ubezpieczenia
229)	Wytworzenie zespolenia naczyniowego tętnicy płucnej z aortą z użyciem wstawki naczyniowej	100
230)	Wytworzenie połączenia naczyniowego tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową z użyciem protezy naczyniowej	100
231)	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	100
232)	Zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej wykonywane od strony światła naczynia	80
233)	Nieanatomiczne pomostowanie aorty	100
234)	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty wykonywana z nagłych wskazań	100
235)	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty wykonywana z innych wskazań	80
236)	Rewizja protezy aortalnej	80
237)	Plastyczna operacja naprawcza aorty	100
238)	Zabiegi operacyjne aorty wykonywane od strony światła aorty	80
239)	Operacja naprawcza tętnicy szyjnej	100
240)	Zabiegi operacyjne tętnicy szyjnej wykonywane od strony światła tętnicy szyjnej	80
241)	Operacje tętniaka tętnicy mózgowej	100
242)	Zabiegi operacyjne tętnicy mózgowej wykonywane od strony światła tętnicy mózgowej	80
243)	Odtworzenie tętnicy podobojczykowej	100
244)	Zabiegi operacyjne tętnicy podobojczykowej wykonywane od strony światła tętnicy podobojczykowej	80
245)	Odtworzenie tętnicy nerkowej	100
246)	Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej wykonywane od strony światła tętnicy nerkowej	80
247)	Odtworzenie innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	100
248)	Zabiegi operacyjne innych gałęzi aorty brzusznej wykonywane od strony światła tych naczyń	80
249)	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z nagłych wskazań	100
250)	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z innych wskazań	80
251)	Odtworzenie tętnicy biodrowej	100
252)	Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane od strony światła tętnicy biodrowej	80
253)	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z nagłych wskazań	80
254)	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z innych wskazań	60
255)	Odtworzenie tętnicy udowej	80
256)	Zabiegi operacyjne tętnicy udowej wykonywane od strony światła tętnicy udowej	60
257)	Rewizja odtworzonej tętnicy	60
258)	Operacje na żyłę główną	40
259)	Otwarte usunięcie skrzepliny z żyły	20
Lp.	Operacje układu moczowego	% Sumy ubezpieczenia
260)	Przeszczep nerki	80

261)	Całkowite wycięcie nerki	80
262)	Częściowe wycięcie nerki	60
263)	Wycięcie zmiany w nerce	60
264)	Otwarta naprawcza operacja nerki	60
265)	Nacięcie nerki	20
266)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące kamieni nerkowych	20
267)	Zabiegi terapeutyczne w obrębie nerek z dostępu przez nefrostomię	20
268)	Wycięcie moczowodu	60
269)	Odprowadzenie moczu przez przetokę	80
270)	Ponowne wszczepienie moczowodu	60
271)	Operacja naprawcza moczowodu	60
272)	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą nefroskopii	20
273)	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	20
274)	Operacje ujścia moczowodu	40
275)	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	100
276)	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	60
277)	Powiększenie pęcherza moczowego	80
278)	Otwarty drenaż pęcherza moczowego	40
279)	Wycięcie zmiany pęcherza moczowego metodą endoskopową	20
280)	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu przezpochwowego	60
281)	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu brzuszego	60
282)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego	20
283)	Otwarte wycięcie gruczołu krokowego	60
284)	Endoskopowe wycięcie gruczołu krokowego	20
285)	Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego	20
286)	Wycięcie cewki moczowej	60
287)	Operacja naprawcza cewki moczowej	60
288)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	20
289)	Operacje ujścia cewki moczowej	20
Lp.	Operacje narządów płciowych	% Sumy ubezpieczenia
290)	Wycięcie moszny	40
291)	Obustronne wycięcie jąder	60
292)	Jednostronne wycięcie jądra	40
293)	Wycięcie zmiany w obrębie jądra	40
294)	Obustronna implantacja jąder do moszny	60
295)	Proteza jądra	40
296)	Operacja wodniaka jądra	20
297)	Operacje najądrza	20
298)	Wycięcie nasieniowodu	20
299)	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	40
300)	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	40
301)	Operacje pęcherzyków nasiennych	40
302)	Amputacja prącia	60
303)	Operacja naprawcza sromu	20
304)	Wycięcie zmiany w obrębie krocza	20
305)	Wycięcie pochwy	20

306)	Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych	20
307)	Wycięcie zmiany w obrębie pochwy	40
308)	Operacja plastyczna pochwy	20
309)	Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	40
310)	Operacja naprawcza sklepienia pochwy	20
311)	Operacje zatoki Douglasa	20
312)	Amputacja szyjki macicy	40
313)	Brzuszne wycięcie macicy	60
314)	Przezpochwowe wycięcie macicy	60
315)	Obustronne wycięcie przydatków macicy	60
316)	Jednostronne wycięcie przydatków macicy	40
317)	Częściowe wycięcie jajowodu	20
318)	Implantacja protezy jajowodu	20
319)	Otwarte obustronne zamknięcie światła jajowodów	20
320)	Nacięcie jajowodu	40
321)	Operacje strzępków jajowodu	20
322)	Częściowe wycięcie jajnika	20
323)	Otwarte zniszczenie zmiany w obrębie jajnika	20
324)	Operacja naprawcza jajnika	20
Lp.	Operacje tkanek miękkich	% Sumy ubezpieczenia
325)	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	80
326)	Odtworzenie ściany klatki piersiowej	80
327)	Otwarte wycięcie opłucnej	80
328)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	20
329)	Operacja naprawcza pęknięcia przepony	60
330)	Operacja przepukliny przeponowej	40
331)	Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej	20
332)	Pierwotna operacja przepukliny udowej	20
333)	Operacja przepukliny pępkowej	20
334)	Pierwotna operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	20
335)	Otwarte wycięcie zmiany otrzewnej	60
336)	Otwarty drenaż otrzewnej	60
337)	Operacje sieci większej	60
338)	Operacje krezki jelita cienkiego	60
339)	Operacje krezki okrężnicy	60
340)	Operacje dotyczące otrzewnej ściennej tylnej ściany brzucha	40
341)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne otrzewnej	20
342)	Przeszczep powięzi	20
343)	Wycięcie powięzi brzucha	20
344)	Wycięcie innej powięzi	20
345)	Wycięcie zmiany w obrębie powięzi	20
346)	Rozdzielenie powięzi	20
347)	Uwolnienie powięzi	20
348)	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	20
349)	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	20
350)	Przemieszczenie ścięgna	40
351)	Wycięcie ścięgna	40

352)	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	40
353)	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	40
354)	Zmiana długości ścięgna	20
355)	Wycięcie pochewki ścięgna	20
356)	Przeszczep mięśni	60
357)	Wycięcie mięśnia	20
358)	Operacja naprawcza mięśnia	20
359)	Uwolnienie przykurczu mięśnia	20
360)	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	20
361)	Drenaż zmiany węzła chłonnego	20
362)	Operacje przewodu limfatycznego	80
363)	Operacje kieszonki skrzelowej	40
Lp.	Operacje kości i stawów	% Sumy ubezpieczenia
364)	Plastyka czaszki	80
365)	Otwarcie czaszki	100
366)	Wycięcie kości twarzy	40
367)	Nastawienie złamania szczęki	40
368)	Nastawienie złamania innej kości twarzy	40
369)	Rozdzielenie kości twarzy	60
370)	Stabilizacja kości twarzy	40
371)	Wycięcie żuchwy	60
372)	Nastawienie złamania żuchwy	40
373)	Rozdzielenie żuchwy	40
374)	Stabilizacja żuchwy	40
375)	Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	60
376)	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	100
377)	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	80
378)	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	100
379)	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	80
380)	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	100
381)	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	80
382)	Odbarczenie rdzenia kręgowego w nieokreślonym odcinku (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	80
383)	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	80
384)	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	80
385)	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	80
386)	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	80
387)	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	60
388)	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	60
389)	Wycięcie krążka międzykręgowego w nieokreślonym odcinku	60
390)	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	100
391)	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w innym odcinku	80
392)	Rewizja zespolenia kręgów (artrodezy)	80
393)	Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	80
394)	Wycięcie zmiany kręgosłupa	80

395)	Odbarczenie złamania kręgosłupa	80
396)	Stabilizacja złamania kręgosłupa	80
397)	Całkowita rekonstrukcja kciuka	60
398)	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	60
399)	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	60
400)	Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości	60
401)	Całkowite wycięcie kości	40
402)	Usunięcie fragmentu kości	20
403)	Wycięcie kości ektopowej	20
404)	Wycięcie zmiany w obrębie kości	40
405)	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	40
406)	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	40
407)	Rozdzielenie trzonu kości	40
408)	Rozdzielenie kości stopy	40
409)	Drenaż kości	40
410)	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	40
411)	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	40
412)	Pierwotne otwarte nastawienie śródstawowego złamania kości	40
413)	Wtórne otwarte nastawienie złamania kości	40
414)	Stabilizacja oddzielonej nasady kości	20
415)	Całkowita cementowa protezoplastyka stawu biodrowego	60
416)	Całkowita bezcementowa protezoplastyka stawu biodrowego	80
417)	Całkowita cementowa protezoplastyka stawu kolanowego	60
418)	Całkowita bezcementowa protezoplastyka stawu kolanowego	80
419)	Całkowita protezoplastyka innego stawu	40
420)	Przeszczep szpiku kostnego	40
Lp.	Inne zabiegi operacyjne	% Sumy ubezpieczenia
421)	Replantacja kończyny górnej	60
422)	Replantacja kończyny dolnej	60
423)	Replantacja innego organu	60
424)	Transplantacja międzyukładowa	60
425)	Wszczepienie protezy kończyny	100
426)	Amputacja w zakresie ramienia	60
427)	Amputacja ręki	40
428)	Amputacja nogi	60
429)	Amputacja stopy	40
430)	Amputacja palucha	20
431)	Operacje w zakresie kikuta po amputacji	40
432)	Amputacja brzuszno-miedniczna	80

Niniejszy Katalog Poważnych operacji został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 20 marca 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



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

Rajmund Rusiecki



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

