



OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW DZIECI, MŁODZIEŻY SZKOLNEJ I PRACOWNIKÓW PLACÓWEK OŚWIATOWYCH

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży szkolnej i pracowników placówek oświatowych, zwane dalej OWU, stosuje się do umów ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków zawartych pomiędzy Generali Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, zwane dalej Generali, a Ubezpieczającymi.

§ 2

1. Do umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od OWU. Postanowienia te – wymagają formy pisemnej pod rygorem ich nieważności.
2. Generali zobowiązane jest do przedstawienia Ubezpieczającemu na piśmie różnicy między treścią umowy a OWU przed zawarciem umowy. W razie niedopełnienia tego obowiązku Generali nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego. Postanowienia tego nie stosuje się do umów zawieranych w drodze negocjacji.

II. DEFINICJE

§ 3

Terminy oraz nazwy użyte w niniejszych OWU, polisie oraz innych dołączonych dokumentach oznaczają:

- 1) **Koszty leczenia na terenie RP** – koszty poniesione przez Ubezpieczonego na terenie RP w związku z leczeniem następstw nieszczęśliwych wypadków, które nie zostały pokryte z ubezpieczenia społecznego lub z tytułu innej umowy ubezpieczenia. Do kosztów tych zalicza się: koszty wizyt lekarskich, koszty leczenia i zabiegów ambulatoryjnych, koszty niezbędnych operacji (z wyłączeniem operacji plastycznych), koszty badań zleconych przez lekarza, koszty leczenia szpitalnego, koszty transportu Ubezpieczonego z miejsca wypadku do szpitala lub ambulatorium. Termin ten nie obejmuje: kosztów zakupu lekarstw i środków opatrunkowych, kosztów naprawy lub zakupu aparatów ortodontycznych, protez stomatologicznych, okularów oraz kosztów o których mowa w § 19 i 25 niniejszych OWU;
- 2) **Leczenie szpitalne następstw nieszczęśliwych wypadków** – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na zlecenie lekarza, w celu leczenia uszkodzeń ciała spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, trwający nieprzerwanie co najmniej 2 dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala do daty jego wypisania ze szpitala; jeżeli w czasie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu nastąpił zgon Ubezpieczonego, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu Ubezpieczonego. Do pobytu w szpitalu nie wlicza się dni przebywania na przepustkach;
- 3) **Leczenie szpitalne zatrucia pokarmowego** – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na zlecenie lekarza, w celu leczenia zatrucia pokarmowego, trwający nieprzerwanie co najmniej 2 dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala do daty jego wypisania ze szpitala; jeżeli w czasie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu nastąpił zgon Ubezpieczonego, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu Ubezpieczonego. Do pobytu w szpitalu nie wlicza się dni przebywania na przepustkach;
- 4) **Niezdolność zawodowa** – spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem, zaistniałym w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania pracy zgodnie z jego kwalifikacjami, wykształceniem, doświadczeniem zawodowym, ukończonymi kursami lub posiadanymi umiejętnościami, którą mógłby świadczyć na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej;
- 5) **Niezdolność do nauki lub pracy** – niezdolność do uczestnictwa we wszystkich zajęciach dydaktycznych. Zwolnienie tylko z zajęć wychowania fizycznego nie oznacza niezdolności do nauki w rozumieniu niniejszych OWU. Przez niezdolność do pracy rozumie się czasową niezdolność do wykonywania pracy, potwierdzoną zwolnieniem lekarskim lub innym stosownym dokumentem. Ochroną ubezpieczeniową objęta jest wyłącznie niezdolność do nauki lub pracy powstała w związku z nieszczęśliwym wypadkiem;
- 6) **Nowotwór złośliwy** – niekontrolowany wzrost i rozprzestrzenianie się komórek nowotworowych powodujące naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Termin ten obejmuje również białaczkę (z wyłączeniem przewlekłej białaczki limfatycznej o stopniu zaawansowania mniejszym niż 3 wg RAI), chłoniaki, włącznie z ziarnicą złośliwą (choroba Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów;
- 7) **Nieszczęśliwy wypadek** – wywołany gwałtownie i nagle, działający przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego, w wyniku którego Ubezpieczony doznał obrażeń ciała lub zmarł;

- 8) **Odmrożenia** – powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku uszkodzenie skóry oraz tkanek pod nią leżących na skutek działania niskiej temperatury;
- 9) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej będący wydziałem szpitalnym, prowadzonym przez lekarzy specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, zapewniający przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzone w specjalistyczny sprzęt, umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia. W rozumieniu niniejszych OWU, oddziałem intensywnej opieki medycznej nie są wydzielone sale intensywnego nadzoru, istniejące w ramach innych oddziałów specjalistycznych;
- 10) **Oparzenia** – powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku uszkodzenie skóry oraz tkanek pod nią leżących na skutek działania: wysokiej temperatury, substancji chemicznych, promieniowania jonizującego lub prądu elektrycznego;
- 11) **Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze** – wyroby medyczne, z zastrzeżeniem określonych w niniejszej definicji, wymienione w aktualnym rozporządzeniu Ministra Zdrowia dotyczącym przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych. Termin ten nie obejmuje: środków pomocniczych niewymienionych w wyżej powołanym rozporządzeniu Ministra Zdrowia, lekarstw, środków opatrunkowych, aparatów ortodontycznych, protez stomatologicznych oraz okularów;
- 12) **Przedstawiciel ustawowy** – rodzic posiadający władzę rodzicielską lub opiekun Ubezpieczonego ustanowiony przez sąd;
- 13) **Rany cięte i szarpane** – powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku przerwanie ciągłości powłok ciała w wyniku działania ostrego przedmiotu, prowadzące do liniowego lub nieregularnego uszkodzenia tkanek. W rozumieniu niniejszych OWU za rany cięte lub szarpane uważa się także rany zadane zębami ludzi lub zwierząt, natomiast nie są nimi rany związane z leczeniem Ubezpieczonego;
- 14) **Sporty wysokiego ryzyka** – są to w szczególności: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo oraz pilotowanie jakichkolwiek samolotów silnikowych, rafting lub inne sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, nurkowanie przy użyciu sprzętu specjalistycznego, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe i motorowodne, sporty walki, myślistwo, jazda konna, bobsleje, skoki narciarskie, jazda na nartach wodnych oraz inne niewymienione w niniejszym zestawieniu, a powszechnie uważane za sporty wysokiego ryzyka lub sporty ekstremalne;
- 15) **Stan po użyciu alkoholu** – zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
- 16) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka zdrowotna nad chorymi, ich leczenie, prowadzenie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stacjonarnych, w specjalnie do tego przystosowanych pomieszczeniach, posiadających odpowiednią infrastrukturę i zatrudniający całodobowo zawodowy, wykwalifikowany personel pielęgniarski i przynajmniej jednego lekarza, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów i prowadzący dla nich dzienne rejestry medyczne. Definicja szpitala nie obejmuje: ośrodków opieki społecznej, ośrodków dla psychicznie chorych, hospicjów onkologicznych, ośrodków leczenia uzależnień narkotykowych, alkoholowych i innych, ośrodków sanatoryjnych, rehabilitacyjnych i wypoczynkowych;
- 17) **Trwale inwalidztwo** – powstałe w wyniku nieszczęśliwego wypadku trwałe uszkodzenie ciała Ubezpieczonego, polegające na całkowitej fizycznej utracie narządu lub trwałej utracie władzy nad narządem;
- 18) **Udar mózgu** – trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej, powodujące powstanie ubytków neurologicznych, utrzymujących się ponad 24 godziny, spowodowane niedokrwieniem lub zawałem tkanki mózgowej, zatorem lub krwotokiem wewnątrzczaszkowym. Termin ten nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia wewnątrzczaszkowego, spowodowanego zewnętrznym urazem oraz epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu;
- 19) **Ubezpieczający** – podmiot zawierający z Generali Umowę ubezpieczenia, tj.: żłobek, przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum i szkoła ponadgimnazjalna, szkoła sportowa oraz mistrzostwa sportowego, szkoła artystyczna, placówka oświatowo-wychowawcza umożliwiające rozwijanie zainteresowań i uzdolnień oraz korzystanie z różnych form wypoczynku i organizacji czasu wolnego, w tym również placówka o charakterze integracyjnym i specjalnym służące kształceniu osób upośledzonych;
- 20) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rachunek której Ubezpieczający zawarł Umowę ubezpieczenia, tj:
 - a) dziecko lub uczeń, w tym również: osoba z upośledzeniem umysłowym (w stopniu umożliwiającym naukę w ramach klas (oddziałów) integracyjnych lub szkolnictwa specjalnego); osoba z upośledzeniem ruchowym; osoba niewidoma oraz niesłysząca;
 - b) nauczyciel lub wychowawca zatrudniony przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę;
 - c) pracownik administracyjno – gospodarczy, który nie ukończył 60 roku życia, zatrudniony przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę;
- 21) **Uposażony** – osoba uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Uprawnionym do wskazania Uposażonego jest Ubezpieczony. Jeżeli Ubezpieczony nie wyznaczy Uposażonego, Generali wypłaci świadczenie spadkobiercom ustawowym Ubezpieczonego;
- 22) **Ukąszenie** – ukąszenie Ubezpieczonego przez owady, skutkujące pobytem w szpitalu powyżej 1 dnia;
- 23) **Uraz narządu ruchu** – powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku uraz narządu ruchu, w wyniku którego nie nastąpiło złamanie kości, ale na zlecenie lekarza narząd ruchu został trwale unieruchomiony (gips, gips syntetyczny,

szyny, stabilizator, kołnierz ortopedyczny, gorset, opatrunek dessaulta, longeta) na co najmniej 7 dni, lub leczenie urazu narządu ruchu trwało powyżej 21 dni;

- 24) **Uraz narządu wewnętrznego** – powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku, uszkodzenie narządu wewnętrznego Ubezpieczonego, prowadzące do jego utraty lub zaburzeń funkcji;
- 25) **Wstrząśnienie mózgu** – powstały w następstwie nieszczęśliwego wypadku zespół objawów klinicznych, występujący po urazie głowy, charakteryzujący się utratą przytomności z niepamięcią wsteczną, po którym następuje wyzdrowienie bez ubytków neurologicznych;
- 26) **Wyczynowe/zawodowe uprawianie sportu** – regularne i intensywne treningi, udział w zawodach i obozach kondycyjnych w ramach przynależności do klubów sportowych, a także czerpanie dochodów z uprawianej dyscypliny sportu. W rozumieniu niniejszych OWU, osobami wyczynowo/zawodowo uprawiającymi sport nie są osoby, które: uprawiają sport w ramach wychowania fizycznego oraz szkolnych szkółek sportowych; są uczniami szkół i klas sportowych; wyjeżdżają na obozy sportowe w ramach zajęć szkolnych; biorą udział w imprezach sportowych organizowanych przez szkołę;
- 27) **Zatrucie pokarmowe** – ostre zaburzenie żołądkowo – jelitowe charakteryzujące się biegunką lub wymiotami, spowodowane działaniem na przewód pokarmowy czynników zakaźnych lub toksycznych, wymagające w opinii lekarza leczenia w warunkach szpitalnych. W rozumieniu niniejszych OWU zatruciem pokarmowym nie jest: zatrucie spowodowane: spożyciem alkoholu, nikotyną, albo użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, zażywaniem lekarstw nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
- 28) **Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T, CK-MB) z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99百分yl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego – jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: świeżo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe, patologiczne załamki Q, nowo powstały bok lewej odnogi pęczka Hisa.Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;
- 29) **Złamanie kości** – powstałe w następstwie nieszczęśliwego wypadku urazowe przerwanie ciągłości tkanki kostnej; w rozumieniu niniejszych OWU złamaniem jest także urazowe złuszczenie chrząstek nasadowych.

III. PRZEDMIOT I MIEJSCE UBEZPIECZENIA

§ 4

Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków oraz następstwa zdarzeń opisanych w OWU, które zaszły w okresie ochrony ubezpieczeniowej.

§ 5

Generali obejmuje Ubezpieczonego całodobową ochroną ubezpieczeniową od następstw nieszczęśliwych wypadków oraz zdarzeń opisanych w OWU zaistniałych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz poza jej granicami, z zastrzeżeniem możliwych wyłączeń terytorialnych dla poszczególnych zdarzeń wskazanych w dalszej części OWU.

IV. ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 6

1. Zakres ubezpieczenia podstawowego obejmuje:

- 1) śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 2) trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku;
- 3) złamania kości będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ Ubezpieczony;
- 4) urazy narządów ruchu będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ Ubezpieczony;
- 5) urazy narządów wewnętrznych będące następstwem nieszczęśliwego wypadku któremu uległ Ubezpieczony;
- 6) oparzenia II i III stopnia będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ Ubezpieczony;
- 7) odmrożenia II i III stopnia będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ Ubezpieczony;
- 8) dzienne świadczenie szpitalne związane z leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku;
- 9) dzienne świadczenie szpitalne związane z leczeniem zatrucia pokarmowego;
- 10) wstrząśnienie mózgu będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ Ubezpieczony;
- 11) rany cięte, szarpane będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ Ubezpieczony;

- 12) ukąszenie przez owada, któremu uległ Ubezpieczony;
- 13) zwrot kosztów wypożyczenia lub zakupu wózka inwalidzkiego na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem;
- 14) jednorazowe świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego zawału serca lub udaru mózgu;
- 15) jednorazowy zasiłek z tytułu niezdolności Ubezpieczonego do nauki lub pracy.

2. Po opłaceniu dodatkowej składki zakres ubezpieczenia podstawowego może zostać rozszerzony o następujące świadczenia dodatkowe:

- 1) świadczenie na wypadek śmierci przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
- 2) świadczenie na wypadek zdiagnozowania u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego;
- 3) zwrot kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego w związku z przekwalifikowaniem zawodowym inwalidy, jeżeli nieszczęśliwy wypadek spowodował niezdolność zawodową;
- 4) zwrot kosztów wypożyczenia lub zakupu protez, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wspomagających proces leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku;
- 5) dzienne świadczenie z tytułu rekonwalescencji szpitalnej Ubezpieczonego w przypadku, gdy hospitalizacja była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem;
- 6) zwrot kosztów pogrzebu na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
- 7) zwrot kosztów leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
- 8) świadczenie progresywne.

V. RODZAJE ŚWIADCZEŃ PODSTAWOWYCH ORAZ ICH WYPŁATA

§ 7

Świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

- 1) Jeżeli Ubezpieczony zmarł w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Generali wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości określonej w polisie sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, o ile śmierć Ubezpieczonego nastąpiła przed upływem 12 miesięcy od daty wypadku.
- 2) Jeżeli zgon Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpił bezpośrednio na terenie placówki oświatowej, Generali wypłaci Uposażonemu dodatkowe świadczenie w wysokości 50% określonej w polisie sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
- 3) Świadczenie z tytułu śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłaca się Uposażonemu po przedłożeniu w Generali poprawnie wypełnionego formularza zgłoszenia szkody, do którego winny być dołączone następujące dokumenty: akt zgonu, zaświadczenie lekarskie o przyczynie zgonu lub karta zgonu, oświadczenie dyrekcji placówki oświatowej, że śmierć nastąpiła na terenie placówki (w przypadku wnioskowania o wypłatę świadczenia wymienionego w pkt. 2), dokument potwierdzający tożsamość Uposażonego oraz inne dokumenty wskazane przez Generali, niezbędne do prawidłowego rozpatrzenia roszczenia a zwłaszcza ustalenia związku przyczynowego pomiędzy śmiercią Ubezpieczonego a nieszczęśliwym wypadkiem.

§ 8

Świadczenie na wypadek trwałego inwalidztwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

- 1) Jeżeli Ubezpieczony w wyniku nieszczęśliwego wypadku dozna obrażeń ciała powodujących trwałe inwalidztwo, Generali wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości iloczynu określonej w polisie sumy ubezpieczenia na wypadek trwałego inwalidztwa i wskaźnika procentowego za rodzaje trwałego inwalidztwa wskazane w „Tabeli stopnia trwałego inwalidztwa dla potrzeb ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków stosowanej w Generali T.U. S.A.”.

Tabela stopnia trwałego inwalidztwa dla potrzeb ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków stosowana w Generali T.U. S.A.			
Lp.	Narząd / Organ	Szczegóły	Wskaźnik procentowy
GŁOWA			
1.	Utrata tkanki kostnej czaszki		
	a)	na powierzchni powyżej 6 cm ²	40%
	b)	na powierzchni 3 – 6 cm ²	20%

	c)	na powierzchni poniżej 3 cm ²		10%
2.	Całkowita utrata zęba stałego			2% - za każdy ząb, (maksymalna wysokość świadczenia 20%)
3.	Częściowa utrata żuchwy lub kości szczękowej			40%
4.	Całkowita utrata żuchwy			100%
5.	Całkowita utrata mowy		obejmuje całkowitą utratę języka, afazję motoryczną lub sensoryczną	100%
6.	Uszkodzenie rogówki			5%
7.	Utrata wzroku w jednym oku			40%
8.	Całkowita utrata wzroku w obu oczach			100%
9.	Utrata słuchu w jednym uchu			30%
10.	Całkowita utrata słuchu w obu uszach			100%
KOŃCZYNA GÓRNA				
11.	Całkowita utrata kończyny górnej		powyżej stawu łokciowego	60%
12.	Całkowita utrata kończyny górnej		poniżej stawu łokciowego	50%
13.	Całkowita utrata obu kończyn górnych		powyżej stawów nadgarstkowych	100%
14.	Całkowite porażenie kończyny górnej		wskutek uszkodzenia centralnego układu nerwowego	60%
15.	Całkowite porażenie nerwu			
	a)	pachowego		20%
	b)	pośrodkowego		40%
	c)	promieniowego w okolicy barku		35%
	d)	promieniowego w przedramieniu		25%
	e)	łokciowego		25%
16.	Zesztywnienie stawu barkowego			35%
17.	Zesztywnienie stawu łokciowego			
	a)	w położeniu korzystnym		20%
	b)	w położeniu niekorzystnym		35%
18.	Zesztywnienie w stawie nadgarstkowym			
	a)	w położeniu korzystnym		15%
	b)	w położeniu niekorzystnym		25%
19.	Całkowita utrata lub zeszywnienie kciuka		palczek paznokciowy i ponad 2/3 długości paliczka podstawnego	20%
20.	Częściowa utrata kciuka		palczek paznokciowy i część paliczka podstawnego (do 2/3 długości)	5%
21.	Całkowita utrata lub zeszywnienie wskaziciela		więcej niż 2 paliczków	10%
22.	Częściowa utrata wskaziciela			
	a)	utrata więcej niż 1 paliczka		8%
	b)	utrata 1 paliczka		5%
23.	Całkowita utrata lub zeszywnienie palca środkowego		więcej niż 2 paliczków	8%
24.	Całkowita utrata lub zeszywnienie palca innego niż kciuk, wskaziciel, środkowy		więcej niż 2 paliczków	2,5%
25.	Całkowita utrata dłoni			50%
KOŃCZYNA DOLNA				
26.	Całkowita utrata kończyny dolnej			
	a)	powyżej połowy uda		60%

	b)	poniżej połowy uda		50%
27.	Całkowita utrata kończyn dolnych		powyżej stawów kolanowych	100%
28.	Utrata stopy			
	a)	w całości powyżej stawu skokowego		45%
	b)	w stawie skokowym		40%
	c)	w środkowej części stępu		35%
	d)	w okolicy stępowo – śródstopnej		30%
29.	Całkowita utrata obu stóp		powyżej stawów skokowych	100%
30.	Całkowite porażenie kończyny dolnej		wskutek uszkodzenia centralnego układu nerwowego	60%
31.	Całkowite porażenie nerwu			
	a)	kulszowego		40%
	b)	piszczelowego		30%
	c)	strzałkowego		20%
32.	Zesztywnienie stawu biodrowego			20%
33.	Zesztywnienie stawu kolanowego			20%
34.	Utrata tkanki kostnej rzepki kolanowej			
	a)	ze znacznym ograniczeniem ruchomości w stawie		40%
	b)	z nieznacznym ograniczeniem ruchomości w stawie		20%
35.	Skrócenie kończyny dolnej			
	a)	o 5 cm i więcej		20%
	b)	o 3 – 4,9 cm		15%
	c)	o 1 – 2,9 cm		10%
36.	Utrata palucha		całkowita amputacja	10%
37.	Utrata innego palca stopy		całkowita amputacja	3%
KOŃCZYNA GÓRNA I DOLNA				
38.	Całkowita utrata jednej kończyny górnej i jednej kończyny dolnej		powyżej stawu łokciowego i powyżej stawu kolanowego	100%
39.	Całkowita utrata jednej kończyny górnej i jednej stopy		powyżej stawu łokciowego i powyżej stawu skokowego	100%
40.	Całkowita utrata jednej dłoni i jednej stopy		powyżej stawu nadgarstkowego i powyżej stawu skokowego	100%
41.	Całkowita utrata jednej dłoni i jednej kończyny dolnej		powyżej stawu nadgarstkowego i powyżej stawu kolanowego	100%
ZABURZENIA NEUROLOGICZNE				
42.	Ciężkie zaburzenia neurologiczne lub psychiczne (encefalopatie)		konieczna opieka osób trzecich	100%

- 2) Ustalenia stopnia trwałego inwalidztwa dokonuje Generali na podstawie dokumentacji medycznej opisującej następstwa nieszczęśliwego wypadku.
- 3) Stopień trwałego inwalidztwa powinien być ustalony po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zaleconego leczenia usprawniającego, nie wcześniej jednak niż po 6 miesiącach i nie później niż po 24 miesiącach od daty wypadku. Dopuszcza się możliwość wcześniejszego wydania orzeczenia, jeżeli stopień trwałego inwalidztwa jest niewątpliwy.
- 4) W razie utraty, uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje przed zajściem nieszczęśliwego wypadku były już ograniczone wskutek samoistnej choroby lub trwałego inwalidztwa, stopień trwałego inwalidztwa określa się w wysokości różnicy między stopniem trwałego inwalidztwa właściwym dla danego organu, narządu lub układu po wypadku, a stopniem trwałego inwalidztwa istniejącym przed zajściem nieszczęśliwego wypadku.
- 5) Jeżeli Ubezpieczony otrzymał świadczenie z tytułu trwałego inwalidztwa, a następnie zmarł w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci wypłaca się tylko wtedy, gdy jest ono wyższe od świadczenia wypłaconego Ubezpieczonemu z tytułu inwalidztwa, przy czym z wypłaty potrąca się uprzednio wypłaconą kwotę świadczenia.

- 6) Jeżeli Ubezpieczony zmarł z powodów niezwiązanych z nieszczęśliwym wypadkiem, a stopień trwałego inwalidztwa nie został wcześniej określony, ustalenia stopnia trwałego inwalidztwa dokonuje Generali na podstawie dokumentacji medycznej opisującej następstwa nieszczęśliwego wypadku.
- 7) W przypadku wystąpienia w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku kilku różnych rodzajów trwałego, inwalidztwa wysokość świadczenia równa się iloczynowi sumy ubezpieczenia na wypadek trwałego inwalidztwa i sumie wskaźników procentowych ustalonych za każdy rodzaj trwałego inwalidztwa powstałego w wyniku tego wypadku, przy czym łączna wartość wskaźników nie może przekroczyć 100% z zastrzeżeniem § 29 niniejszych OWU.
- 8) Świadczenie z tytułu trwałego inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłaca się Ubezpieczonemu po przedłożeniu w Generali poprawnie wypełnionego formularza zgłoszenia szkody, do którego winny być dołączone następujące dokumenty: dokumentacja medyczna oraz zaświadczenia lekarskie niezbędne do dokonania oceny stopnia trwałego inwalidztwa, a w przypadku gdy Ubezpieczony był inwalidą przed zaistnieniem wypadku zobowiązany jest dostarczyć decyzję ZUS o stopniu niepełnosprawności, dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego oraz inne dokumenty wskazane przez Generali, niezbędne do prawidłowego rozpatrzenia roszczenia, a zwłaszcza ustalenia związku przyczynowego pomiędzy trwałym inwalidztwem Ubezpieczonego a nieszczęśliwym wypadkiem.

§ 9

Świadczenie na wypadek złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

- 1) Jeżeli Ubezpieczony w wyniku nieszczęśliwego wypadku dozna złamania kości, Generali wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości iloczynu sumy ubezpieczenia na wypadek złamania kości i wskaźnika procentowego przypisanego do danego rodzaju złamania kości, który został określony w „Tabeli złamań kości dla potrzeb ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków stosowanej w Generali T.U. S.A.”
- 2) Generali wypłaca świadczenia wyłącznie za te rodzaje złamań, których rodzaj i charakterystyka opisana została w zamieszczonej poniżej tabeli:

Tabela złamań kości dla potrzeb ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków stosowana w Generali T.U. S.A.			
Lp.	Nazwa kości	Szczegóły	Wskaźnik procentowy
1.	Złamanie czaszki		
	a)	złamania twarzoczaszki z wyłączeniem nosa i żuchwy	60%
	b)	złamania mózgowiczaszki	25%
2.	Złamanie żuchwy		
	a)	złamania wielomiejscowe otwarte przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem	30%
	b)	inne złamania otwarte	20%
	c)	złamania wielomiejscowe przynajmniej jedno z przemieszczeniem	16%
	d)	wszelkie inne złamania	8%
3.	Złamanie nosa		
	a)	złamania wielomiejscowe otwarte przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem	16%
	b)	inne złamania otwarte	12%
	c)	złamania wielomiejscowe przynajmniej jedno z przemieszczeniem	8%
	d)	wszelkie inne złamania	4%
4.	Złamanie zębów stałych (maksymalna wysokość świadczenia do 30%)		
	a)	za każdy ząb stały	5%
5.	Złamanie kręgosłupa (z wyłączeniem kości ogonowej)		
	a)	złamanie kompresyjne kręgów za każdy kręgu	25%
	b)	złamanie wyrostków poprzecznych, kolczystych i łuków kręgowych za każdy wyrostek (poprzeczny, kolczasty, łuk kręgu)	10%
	c)	wszelkie inne złamania kręgosłupa	20%
6.	Złamanie kości ogonowej		

	a)	złamania wielomiejscowe otwarte	przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem	14%
	b)	inne złamania otwarte		12%
	c)	złamania wielomiejscowe	przynajmniej jedno z przemieszczeniem	10%
	d)	wszelkie inne złamania		8%
7.	Złamanie mostka			
	a)	wszelkie złamania otwarte		20%
	b)	wszelkie inne złamania		12%
8.	Złamanie żeber (za każde żebro; maksymalna wypłata świadczenia za złamanie 5 żeber)			
	a)	złamania wielomiejscowe otwarte	przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem	8%
	b)	inne złamania otwarte		6%
	c)	złamania wielomiejscowe	przynajmniej jedno z przemieszczeniem	4%
	d)	wszelkie inne złamania		2%
9.	Złamanie miednicy (z wyłączeniem kości ogonowej)			
	a)	złamania wielomiejscowe otwarte	przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem	100%
	b)	inne złamania otwarte		50%
	c)	złamania wielomiejscowe	przynajmniej jedno z przemieszczeniem	30%
	d)	wszelkie inne złamania		20%
10.	Złamanie biodra			
	a)	złamania wielomiejscowe otwarte	przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem	100%
	b)	inne złamania otwarte		50%
	c)	złamania wielomiejscowe	przynajmniej jedno z przemieszczeniem	30%
	d)	wszelkie inne złamania		20%
11.	Złamanie kości udowej – w obrębie nasady bliższej, szyjki lub trzonu			
	a)	złamania wielomiejscowe otwarte	przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem	50%
	b)	inne złamania otwarte		40%
	c)	złamania wielomiejscowe	przynajmniej jedno z przemieszczeniem	30%
	d)	wszelkie inne złamania		20%
12.	Złamanie (śródstawowe) nasady dalszej kości udowej lub nasady bliższej kości piszczelowej			
	a)	złamania wielomiejscowe otwarte	przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem	50%
	b)	inne złamania otwarte		40%
	c)	złamania wielomiejscowe	przynajmniej jedno z przemieszczeniem	30%
	d)	wszelkie inne złamania		20%
13.	Złamanie kości piszczelowej			
	a)	złamania wielomiejscowe otwarte	przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem	40%
	b)	inne złamania otwarte		30%
	c)	złamania wielomiejscowe	przynajmniej jedno z przemieszczeniem	20%
	d)	wszelkie inne złamania		12%
14.	Złamanie kości strzałki			
	a)	złamania wielomiejscowe otwarte	przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem	30%
	b)	inne złamania otwarte		20%
	c)	złamania wielomiejscowe	przynajmniej jedno z przemieszczeniem	10%

	d)	wszelkie inne złamania		8%
15.	Złamanie obu kości podudzia (kości piszczelowej i kości strzałki)			
	a)	złamania wielomiejscowe otwarte	przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem	50%
	b)	inne złamania otwarte		40%
	c)	złamania wielomiejscowe	przynajmniej jedno z przemieszczeniem	30%
	d)	wszelkie inne złamania		20%
16.	Złamanie (śródstawowe) nasady dalszej kości piszczelowej lub nasady dalszej kości strzałki			
	a)	złamania wielomiejscowe otwarte	przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem	40%
	b)	inne złamania otwarte		30%
	c)	złamania wielomiejscowe	przynajmniej jedno z przemieszczeniem	20%
	d)	wszelkie inne złamania		12%
17.	Złamanie rzepki			
	a)	wszelkie złamania otwarte		20%
	b)	wszelkie inne złamania		10%
18.	Złamanie kości piętowej lub kości skokowej			
	a)	złamania wielomiejscowe otwarte	przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem	40%
	b)	inne złamania otwarte		30%
	c)	złamania wielomiejscowe	przynajmniej jedno z przemieszczeniem	20%
	d)	wszelkie inne złamania		15%
19	Złamanie kości stępu			
	a)	wszelkie złamania otwarte		20%
	b)	wszelkie inne złamania		10%
20.	Złamanie śródstopia			
	a)	wszelkie złamania otwarte		20%
	b)	wszelkie inne złamania		10%
21.	Złamanie palucha			
	a)	złamania wielomiejscowe otwarte	przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem	12%
	b)	inne złamania otwarte		8%
	c)	złamania wielomiejscowe	przynajmniej jedno z przemieszczeniem	6%
	d)	wszelkie inne złamania		4%
22.	Złamanie palca stopy (za każdy palec od II do V palca)			
	a)	złamania wielomiejscowe otwarte	przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem	8%
	b)	inne złamania otwarte		6%
	c)	złamania wielomiejscowe	przynajmniej jedno z przemieszczeniem	4%
	d)	wszelkie inne złamania		2%
23.	Złamanie łopatki			
	a)	wszelkie złamania otwarte		30%
	b)	wszelkie inne złamania		15%
24.	Złamanie obojczyka			
	a)	złamania wielomiejscowe otwarte	przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem	40%
	b)	inne złamania otwarte		30%
	c)	złamania wielomiejscowe	przynajmniej jedno z przemieszczeniem	20%
	d)	wszelkie inne złamania		12%

25. Złamanie nasady bliższej kości ramiennej			
a)	złamania wielomiejscowe otwarte	przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem	40%
b)	inne złamania otwarte		32%
c)	złamania wielomiejscowe	przynajmniej jedno z przemieszczeniem	24%
d)	wszelkie inne złamania		16%
26. Złamanie trzonu kości ramiennej			
a)	złamania wielomiejscowe otwarte	przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem	40%
b)	inne złamania otwarte		30%
c)	złamania wielomiejscowe	przynajmniej jedno z przemieszczeniem	20%
d)	wszelkie inne złamania		12%
27. Złamanie (śródstawowe) nasady dalszej kości ramiennej lub nasady bliższej kości promieniowej lub nasady bliższej kości łokciowej			
a)	złamania wielomiejscowe otwarte	przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem	40%
b)	inne złamania otwarte		32%
c)	złamania wielomiejscowe	przynajmniej jedno z przemieszczeniem	24%
d)	wszelkie inne złamania		16%
28. Złamanie trzonu kości łokciowej lub trzonu kości promieniowej			
a)	złamania wielomiejscowe otwarte	przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem	40%
b)	inne złamania otwarte		30%
c)	złamania wielomiejscowe	przynajmniej jedno z przemieszczeniem	20%
d)	wszelkie inne złamania		12%
29. Złamanie (śródstawowe) nasady dalszej kości łokciowej lub nasady dalszej kości promieniowej			
a)	złamania wielomiejscowe otwarte	przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem	40%
b)	inne złamania otwarte		30%
c)	złamania wielomiejscowe	przynajmniej jedno z przemieszczeniem	20%
d)	wszelkie inne złamania		12%
30. Złamanie (śródstawowe) nasad dalszych obydwu kości przedramienia			
a)	złamania wielomiejscowe otwarte	przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem	45%
b)	inne złamania otwarte		35%
c)	złamania wielomiejscowe	przynajmniej jedno z przemieszczeniem	25%
d)	wszelkie inne złamania		15%
31. Złamanie śródreńca			
a)	wszelkie złamania otwarte		20%
b)	wszelkie inne złamania		10%
32. Złamanie w obrębie kciuka			
a)	złamania wielomiejscowe otwarte	przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem	20%
b)	inne złamania otwarte		16%
c)	złamania wielomiejscowe	przynajmniej jedno z przemieszczeniem	12%
d)	wszelkie inne złamania		6%
33. Złamanie palca dłoni (za każdy palec od II do V palca)			
a)	złamania wielomiejscowe otwarte	przynajmniej jedno otwarte i jedno z przemieszczeniem	16%
b)	inne złamania otwarte		12%

c)	złamania wielomiejscowe	przynajmniej jedno z przemieszczeniem	8%
d)	wszelkie inne złamania		4%

- 3) Stwierdzenia faktu wystąpienia złamania kości dokonuje Generali na podstawie dokumentacji medycznej opisującej następstwa nieszczęśliwego wypadku.
- 4) W przypadku wystąpienia w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku kilku złamań kości, wysokość świadczenia równa się iloczynowi sumy ubezpieczenia na wypadek złamania kości i sumy wskaźników procentowych ustalonych za każde złamanie, przy czym łączna wartość wskaźników nie może przekroczyć 100%.
- 5) Jeżeli Generali wypłaciło Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu złamania kości, które następnie spowodowało powstanie trwałego inwalidztwa, wówczas świadczenie wypłacone z tytułu złamania kości zostaje zaliczone na poczet świadczenia należnego z tytułu trwałego inwalidztwa, a Generali wypłaci różnicę pomiędzy świadczeniem należnym z tytułu trwałego inwalidztwa i wypłaconymi kwotami.
- 6) Świadczenie z tytułu złamania kości wypłaca się Ubezpieczonemu po przedłożeniu w Generali poprawnie wypełnionego formularza zgłoszenia szkody, do którego winny być dołączone następujące dokumenty: dokumentacja medyczna oraz zaświadczenia lekarskie potwierdzające fakt wystąpienia złamania kości, dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego oraz inne dokumenty wskazane przez Generali, niezbędne do prawidłowego rozpatrzenia roszczenia, a zwłaszcza ustalenia związku przyczynowego pomiędzy powstałym złamaniem kości a nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonego.

§ 10

Świadczenie na wypadek urazu narządu ruchu w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

- 1) Jeżeli Ubezpieczony w następstwie nieszczęśliwego wypadku doznał urazu narządu ruchu, w wyniku którego nie nastąpiło złamanie kości, ale na zlecenie lekarza narząd ruchu został trwale unieruchomiony na co najmniej 7 dni lub leczenie urazu narządu ruchu trwało powyżej 21 dni, Generali wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości iloczynu sumy ubezpieczenia na wypadek urazu narządu ruchu i wskaźnika procentowego przypisanego do danego urazu w „Tabeli urazów narządu ruchu dla potrzeb ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków stosowanej w Generali T.U. S.A.”.
- 2) Generali wypłaca świadczenia wyłącznie za te rodzaje urazów narządu ruchu, które opisane zostały w zamieszczonej poniżej tabeli:

Tabela urazów narządu ruchu dla potrzeb ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków stosowana w Generali T.U. S.A.		
Lp.	Rodzaje urazów	Wskaźnik procentowy
1.	Uraz kręgosłupa w odcinku szyjnym	20%
2.	Uraz kręgosłupa (z wyłączeniem odcinka szyjnego)	15%
3.	Uraz stawu barkowego	30%
4.	Uraz obojczyka (dotyczy urazów stawu obojczyko-mostkowego i obojczyko-barkowego)	25%
5.	Uraz łopatki	30%
6.	Uraz ramienia	25%
7.	Uraz stawu łokciowego	30%
8.	Uraz przedramienia z wyłączeniem nadgarstka	15%
9.	Uraz stawu nadgarstkowego i dłoni z wyłączeniem palców	20%
10.	Uraz kciuka	10%
11.	Uraz palców dłoni od II do V (za każdy palec)	3%
12.	Uraz miednicy	100%
13.	Uraz stawu biodrowego	50%
14.	Uraz uda	25%
15.	Uraz stawu kolanowego	35%
16.	Uraz podudzia z wyłączeniem stawu skokowego	20%
17.	Uraz stawu skokowego i stopy z wyłączeniem palców	25%
18.	Uraz palucha	5%

- 3) Stwierdzenia faktu wystąpienia urazu narządu ruchu dokonuje Generali na podstawie dokumentacji medycznej opisującej następstwa nieszczęśliwego wypadku.
- 4) W przypadku wystąpienia w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku kilku urazów narządu ruchu wysokość świadczenia równa się iloczynowi sumy ubezpieczenia na wypadek urazu narządu ruchu i sumy wskaźników

procentowych ustalonych za każdy z urazów narządu ruchu, przy czym łączna wartość wskaźników nie może przekroczyć 100%.

- 5) Jeżeli Generali wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu urazu narządu ruchu, który następnie spowoduje powstanie trwałego inwalidztwa, wówczas świadczenie wypłacone z tytułu urazu narządu ruchu zostaje zaliczone na poczet świadczenia należnego z tytułu trwałego inwalidztwa, a Generali wypłaci różnicę pomiędzy świadczeniem należnym z tytułu trwałego inwalidztwa i wypłaconymi kwotami.
- 6) Świadczenie z tytułu urazu narządu ruchu w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłaca się Ubezpieczonemu po przedłożeniu w Generali poprawnie wypełnionego formularza zgłoszenia szkody, do którego winny być dołączone następujące dokumenty: dokumentacja medyczna oraz zaświadczenie lekarskie potwierdzające fakt wystąpienia urazu narządu ruchu wraz z opisem zastosowanej metody leczenia, zaświadczenia potwierdzającego czas leczenia urazu narządu ruchu, dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego oraz inne dokumenty wskazane przez Generali, niezbędne do prawidłowego rozpatrzenia roszczenia, a zwłaszcza ustalenia związku przyczynowego pomiędzy urazem narządu ruchu a nieszczęśliwym wypadkiem, któremu uległ Ubezpieczony.

§ 11

Świadczenie na wypadek urazu narządu wewnętrznego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

- 1) Jeżeli Ubezpieczony w następstwie nieszczęśliwego wypadku doznał urazu narządu wewnętrznego, Generali wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości iloczynu sumy ubezpieczenia na wypadek urazu narządu wewnętrznego i wskaźnika procentowego przypisanego do danego urazu w „Tabeli urazów narządu wewnętrznego dla potrzeb ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków stosowanej w Generali T.U. S.A.”.
- 2) Generali wypłaca świadczenia wyłącznie za te rodzaje urazów narządu wewnętrznego, które opisane zostały w zamieszczonej poniżej tabeli:

Tabela urazów narządu wewnętrznego dla potrzeb ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków stosowana w Generali T.U. S.A.		
Lp.	Rodzaje urazów	Wskaźnik procentowy
1.	Wątroba	
	a) utrata segmentu wątroby	10%
	b) utrata płata wątroby	40%
2.	Płuca i opłucna (z zaburzeniami oddychania)	
	a) bez niewydolności oddechowej	5%
	b) z niewydolnością oddechową (potwierdzoną w spirometrii i gazometrii)	30%
3.	Serce	
	a) z wydolnym układem krążenia	15%
	b) z niewydolnością krążenia (potwierdzoną badaniem ECHO – EF < 40%)	40%
4.	Jelito cienkie lub grube – jeśli doszło do wycięcia powyżej 50% długości jelita	20%
5.	Nerki	
	a) całkowita utrata jednej nerki	35%
	b) całkowita utrata przy drugiej nerce niewydolnej	60%
6.	Żołądek (jeśli doszło do utraty > 60% narządu)	20%
7.	Śledziona - całkowita utrata	15%
8.	Macica – całkowita utrata	
	a) w wieku do 45 roku życia	40%
	b) w wieku powyżej 45 roku życia	20%
9.	Jajnik lub jądro – całkowita utrata	20%
10.	Gruzoł sutkowy – całkowita utrata	25%

- 3) Stwierdzenia faktu wystąpienia urazu narządu wewnętrznego dokonuje Generali na podstawie dokumentacji medycznej opisującej następstwa nieszczęśliwego wypadku.
- 4) W przypadku wystąpienia w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku kilku urazów narządu wewnętrznego wysokość świadczenia równa się iloczynowi sumy ubezpieczenia na wypadek urazu narządu wewnętrznego i sumy wskaźników procentowych ustalonych za każdy z urazów narządu wewnętrznego, przy czym łączna wartość wskaźników nie może przekroczyć 100%.
- 5) Świadczenie z tytułu urazu narządu wewnętrznego w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłaca się Ubezpieczonemu po przedłożeniu w Generali poprawnie wypełnionego formularza zgłoszenia szkody, do którego

winy być dołączone następujące dokumenty: dokumentacja medyczna oraz zaświadczenie lekarskie potwierdzające fakt wystąpienia urazu narządu wewnętrznego wraz z opisem zastosowanej metody leczenia, dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego oraz inne dokumenty wskazane przez Generali, niezbędne do prawidłowego rozpatrzenia roszczenia, a zwłaszcza ustalenia związku przyczynowego pomiędzy urazem narządu wewnętrznego a nieszczęśliwym wypadkiem, któremu uległ Ubezpieczony.

§ 12

Świadczenie na wypadek oparzeń w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

- 1) Jeżeli Ubezpieczony w wyniku nieszczęśliwego wypadku doznał oparzeń drugiego lub trzeciego stopnia, Generali wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości iloczynu sumy ubezpieczenia na wypadek oparzeń i wskaźnika procentowego odpowiadającego oparzonej powierzchni ciała wskazanego w „Tabeli oparzeń dla potrzeb ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków stosowanej w Generali T.U. S.A.”.

Tabela oparzeń dla potrzeb ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków stosowana w Generali T.U. S.A.		
Lp.	Stopień oparzeń i procent oparzonej powierzchni ciała	Wskaźnik procentowy
1.	Oparzenia II stopnia	
	a) obejmujące do 5% powierzchni ciała	7%
	b) obejmujące od 6 do 15% powierzchni ciała	25%
	c) obejmujące od 16 do 30% powierzchni ciała	50%
	d) obejmujące powyżej 30% powierzchni ciała	100%
2.	Oparzenia III stopnia	
	a) obejmujące do 5% powierzchni ciała	20%
	b) obejmujące od 6 do 10% powierzchni ciała	50%
	c) obejmujące powyżej 10% powierzchni ciała	100%
3.	Oparzenia wewnętrzne dróg oddechowych (bez względu na stopień oparzeń) wymagające leczenia w warunkach szpitalnych, trwającego dłużej niż 3 dni.	100%

- 2) Stwierdzenia faktu wystąpienia oparzenia dokonuje Generali na podstawie dokumentacji medycznej opisującej następstwa nieszczęśliwego wypadku.
- 3) Jeżeli Generali wypłaciło Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu oparzenia, a następnie Ubezpieczony zmarł w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, wówczas świadczenie należne z tytułu śmierci Ubezpieczonego zostanie pomniejszone o wcześniej wypłacone świadczenie z tytułu oparzenia.
- 4) Jeżeli Generali wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu oparzenia, które następnie spowoduje powstanie trwałego inwalidztwa, wówczas wypłacone przez Generali świadczenie z tytułu oparzenia zostaje zaliczone na poczet świadczenia należnego z tytułu trwałego inwalidztwa, a Generali wypłaci różnicę pomiędzy świadczeniem należnym z tytułu trwałego inwalidztwa i wypłaconymi kwotami.
- 5) Świadczenie z tytułu oparzenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłaca się Ubezpieczonemu po przedłożeniu w Generali poprawnie wypełnionego formularza zgłoszenia szkody, do którego winny być dołączone następujące dokumenty: dokumentacja medyczna oraz zaświadczenie lekarskie potwierdzające fakt wystąpienia oparzenia, wypis ze szpitala (w przypadku wnioskowania o wypłatę z tytułu oparzeń dróg oddechowych), dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego oraz inne dokumenty wskazane przez Generali, niezbędne do prawidłowego rozpatrzenia roszczenia, a zwłaszcza ustalenia związku przyczynowego pomiędzy powstałym oparzeniem a nieszczęśliwym wypadkiem, któremu uległ Ubezpieczony.

§ 13

Świadczenie na wypadek odmrożeń w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

- 1) Jeżeli Ubezpieczony w wyniku nieszczęśliwego wypadku doznał odmrożeń drugiego lub trzeciego stopnia, Generali wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości iloczynu sumy ubezpieczenia na wypadek odmrożeń i wskaźnika procentowego odpowiadającego danemu odmrożeniu wskazanego w „Tabeli odmrożeń dla potrzeb ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków stosowanej w Generali T.U. S.A.”.

- 2) Generali wypaca świadczenia wyłącznie za te rodzaje odmrożeń, które opisane zostały w zamieszczonej poniżej tabeli:

Tabela odmrożeń dla potrzeb ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków stosowana w Generali T.U. S.A."		
Lp.	Rodzaje odmrożeń	Wskaźnik procentowy
1.	Odmrożenia II i III stopnia jednego palca ręki lub stopy	5%
2	Odmrożenia II i III stopnia więcej niż jednego palca ręki lub stopy	20%
3	Odmrożenia II i III stopnia nosa	20%
4	Odmrożenia II i III stopnia ucha	20%

- 3) Stwierdzenia faktu wystąpienia odmrożenia dokonuje Generali na podstawie dokumentacji medycznej opisującej następstwa nieszczęśliwego wypadku.
- 4) Jeżeli Generali wypłacił Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu odmrożenia, a następnie Ubezpieczony zmarł w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku, wówczas świadczenie należne z tytułu śmierci Ubezpieczonego zostanie pomniejszone o wcześniej wypłacone kwoty.
- 5) Jeżeli Generali wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu odmrożenia, które następnie spowoduje powstanie trwałego inwalidztwa, wówczas wypłacone przez Generali świadczenie z tytułu odmrożenia zostaje zaliczone na poczet świadczenia należnego z tytułu trwałego inwalidztwa, a Generali wypłaci różnicę pomiędzy świadczeniem należnym z tytułu trwałego inwalidztwa i wypłaconymi kwotami.
- 6) Świadczenie z tytułu odmrożenia w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłaca się Ubezpieczonemu po przedłożeniu w Generali poprawnie wypełnionego druku zgłoszenia szkody, do którego winny być dołączone następujące dokumenty: dokumentacja medyczna oraz zaświadczenie lekarskie potwierdzające fakt wystąpienia odmrożenia, dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego oraz inne dokumenty wskazane przez Generali, niezbędne do prawidłowego rozpatrzenia roszczenia, a zwłaszcza ustalenia związku przyczynowego pomiędzy powstałym odmrożeniem a nieszczęśliwym wypadkiem, któremu uległ Ubezpieczony.

§ 14

Dzienne świadczenie szpitalne związane z leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku.

- 1) Jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku zaistniała konieczność hospitalizacji Ubezpieczonego, Generali wypłaci Ubezpieczonemu dzienne świadczenie szpitalne za każdy dzień pobytu w szpitalu w wysokości określonej w polisie, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu trwał, co najmniej 2 dni.
- 2) Generali wypłaca świadczenie w związku z pobytem w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku za okres nieprzekraczający:
- 90 dni, w związku z jednym pobytem lub wieloma pobydami w szpitalu spowodowanymi tym samym nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 180 dni, w związku ze wszystkimi pobydami w szpitalu spowodowanymi wszystkimi nieszczęśliwymi wypadkami zaistniałymi w okresie ubezpieczenia.
- 3) Niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1), Ubezpieczonemu przysługuje dodatkowe świadczenie w związku z pobytem na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM) w wysokości 50% stawki dziennego świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu na OIOM, maksymalnie za:
- 5 dni w związku z jednym pobytem lub wieloma pobydami w szpitalu spowodowanymi tym samym nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 30 dni w związku ze wszystkimi pobydami w szpitalu spowodowanymi wszystkimi nieszczęśliwymi wypadkami zaistniałymi w okresie ubezpieczenia.
- 4) Potwierdzenia faktu hospitalizacji Ubezpieczonego dokonuje Generali na podstawie karty informacyjnej wystawionej przez szpital.
- 5) Dzielne świadczenie szpitalne związane z leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku wypłaca się Ubezpieczonemu po przedłożeniu w Generali poprawnie wypełnionego druku zgłoszenia szkody, do którego winny być dołączone następujące dokumenty: dokumentacja medyczna oraz karta informacyjna wystawiona przez szpital, dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego oraz inne dokumenty wskazane przez Generali, niezbędne do prawidłowego rozpatrzenia roszczenia, a zwłaszcza ustalenia związku przyczynowego pomiędzy hospitalizacją a nieszczęśliwym wypadkiem, któremu uległ Ubezpieczony.

§ 15

Dzienne świadczenie szpitalne związane z leczeniem zatrucia pokarmowego.

- 1) Jeżeli w wyniku zatrucia pokarmowego zaistniała konieczność hospitalizacji Ubezpieczonego, Generali wypłaci Ubezpieczonemu dzienne świadczenie szpitalne za każdy dzień pobytu w szpitalu w wysokości określonej w polisie pod warunkiem, że pobyt w szpitalu trwał, co najmniej 2 dni.
- 2) Generali wypłaca świadczenie w związku z pobytem w szpitalu związanym z koniecznością leczenia zatrucia pokarmowego za okres nieprzekraczający:
 - a) 90 dni, w związku z jednym pobytem w szpitalu lub wieloma pobytami w szpitalu spowodowanymi tym samym zatruciem pokarmowym,
 - b) 180 dni, w związku ze wszystkimi pobytami w szpitalu spowodowanymi wszystkimi zatruciami pokarmowymi zaistniałymi w okresie ubezpieczenia.
- 3) Potwierdzenia faktu hospitalizacji Ubezpieczonego dokonuje Generali na podstawie karty informacyjnej wystawionej przez szpital.
- 4) Dzielne świadczenie szpitalne związane z leczeniem zatrucia pokarmowego wypłaca się Ubezpieczonemu po przedłożeniu w Generali poprawnie wypełnionego druku zgłoszenia szkody, do którego winny być dołączone następujące dokumenty: dokumentacja medyczna z opisem przyczyny zatrucia oraz karta informacyjna wystawiona przez szpital, dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego oraz inne dokumenty wskazane przez Generali, niezbędne do prawidłowego rozpatrzenia roszczenia.

§ 16

Świadczenie na wypadek wstrząśnienia mózgu w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

- 1) Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał wstrząśnienia mózgu, w wyniku którego konieczna była jego hospitalizacja trwająca co najmniej 2 dni, Generali wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości oznaczonej w polisie sumy ubezpieczenia na wypadek wstrząśnienia mózgu.
- 2) Potwierdzenia faktu wystąpienia wstrząśnienia mózgu dokonuje Generali na podstawie dokumentacji medycznej opisującej następstwa nieszczęśliwego wypadku oraz karty informacyjnej wystawionej przez szpital.
- 3) Świadczenie z tytułu wstrząśnienia mózgu w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłaca się Ubezpieczonemu po przedłożeniu w Generali poprawnie wypełnionego druku zgłoszenia szkody, do którego winny być dołączone następujące dokumenty: dokumentacja medyczna opisująca następstwa nieszczęśliwego wypadku oraz karta informacyjna wystawiona przez szpital, dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego oraz inne dokumenty wskazane przez Generali niezbędne do prawidłowego rozpatrzenia roszczenia, a zwłaszcza ustalenia związku przyczynowego pomiędzy powstałym wstrząśnieniem mózgu a nieszczęśliwym wypadkiem, któremu uległ Ubezpieczony.

§ 17

Świadczenie na wypadek rany ciętej, szarpanej powstałej w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

- 1) Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał rany ciętej, szarpanej, która wymagała zaopatrzenia chirurgicznego polegającego na założeniu szwów (klamer, plastrów chirurgicznych) Generali wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w polisie sumy ubezpieczenia na wypadek ran ciętych i szarpanych.
- 2) Potwierdzenia faktu wystąpienia rany ciętej, szarpanej Generali dokonuje na podstawie dokumentacji medycznej opisującej następstwa nieszczęśliwego wypadku.
- 3) Świadczenie z tytułu rany ciętej, szarpanej powstałej w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłaca się Ubezpieczonemu po przedłożeniu w Generali poprawnie wypełnionego druku zgłoszenia szkody, do którego winny być dołączone następujące dokumenty: dokumentacja medyczna oraz zaświadczenie lekarskie potwierdzające fakt wystąpienia rany ciętej, szarpanej wraz z opisem zastosowanej metody leczenia, dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego oraz inne dokumenty wskazane przez Generali niezbędne do prawidłowego rozpatrzenia roszczenia, a zwłaszcza ustalenia związku przyczynowego pomiędzy doznanymi obrażeniami a nieszczęśliwym wypadkiem, któremu uległ Ubezpieczony.

§ 18

Świadczenie na wypadek ukąszenia.

- 1) Jeżeli Ubezpieczony doznał ukąszenia przez owady i w następstwie tego był hospitalizowany powyżej 1 dnia, Generali wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w polisie sumy ubezpieczenia.
- 2) Potwierdzenia faktu wystąpienia ukąszenia dokonuje Generali na podstawie dokumentacji medycznej opisującej następstwa nieszczęśliwego wypadku.
- 3) Świadczenie z tytułu ukąszenia wypłaca się Ubezpieczonemu po przedłożeniu w Generali poprawnie wypełnionego druku zgłoszenia szkody, do którego winny być dołączone następujące dokumenty: dokumentacja medyczna oraz zaświadczenie lekarskie potwierdzające fakt wystąpienia ukąszenia przez owady oraz co najmniej 1 dnia

hospitalizacji wraz z opisem zastosowanej metody leczenia, dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego oraz inne dokumenty wskazane przez Generali niezbędne do prawidłowego rozpatrzenia roszczenia, a zwłaszcza ustalenia związku przyczynowego pomiędzy doznanymi obrażeniami a nieszczęśliwym wypadkiem, któremu uległ Ubezpieczony.

§ 19

Zwrot kosztów wypożyczenia lub zakupu wózka inwalidzkiego, na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem.

- 1) Jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała powodującego trwałe inwalidztwo, które zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie będzie wymagało wypożyczenia lub zakupu wózka inwalidzkiego, Generali zwróci Ubezpieczonemu koszty poniesione (wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej) w związku z wypożyczeniem lub zakupem wózka inwalidzkiego, o ile koszty te nie znajdują się w zakresie refundacji z ubezpieczenia społecznego lub nie zostaną pokryte z innej umowy ubezpieczenia.
- 2) Zwrot kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego na wypożyczenie lub zakup wózka inwalidzkiego dokonywany jest przez Generali do ich faktycznej wysokości, nie więcej jednak niż do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie. Generali zastrzega sobie prawo do weryfikacji kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego w związku z wypożyczeniem lub zakupem wózka inwalidzkiego w odniesieniu do średnich rynkowych cen wypożyczenia lub zakupu wózka inwalidzkiego.
- 3) Generali dokonuje zwrotu kosztów wypożyczenia lub zakupu wózka inwalidzkiego po przedłożeniu w Generali poprawnie wypełnionego druku zgłoszenia szkody, do którego winny być dołączone następujące dokumenty: dokumentacja medyczna potwierdzająca konieczność używania przez Ubezpieczonego wózka inwalidzkiego, oryginały rachunków imiennych (wystawione na Ubezpieczonego) dokumentujące poniesienie przez Ubezpieczonego przedmiotowych kosztów, dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego oraz inne dokumenty wskazane przez Generali niezbędne do prawidłowego rozpatrzenia roszczenia, a zwłaszcza ustalenia związku przyczynowego pomiędzy inwalidztwem powodującym konieczność używania przez Ubezpieczonego wózka inwalidzkiego a nieszczęśliwym wypadkiem, któremu uległ Ubezpieczony.

§ 20

Jednorazowe świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego zawału serca lub udaru mózgu.

- 1) Jeżeli u Ubezpieczonego wystąpi zawał serca lub udar mózgu, Generali wypłaci Ubezpieczonemu jednorazowe świadczenie w wysokości określonej w polisie sumy ubezpieczenia.
- 2) Świadczenie wypłaca się Ubezpieczonemu po przedłożeniu w Generali poprawnie wypełnionego druku zgłoszenia szkody, do którego winny być dołączone następujące dokumenty: dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie u Ubezpieczonego zawału serca lub udaru mózgu, dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego oraz inne dokumenty wskazane przez Generali, niezbędne do prawidłowego rozpatrzenia roszczenia.
- 3) W przypadku, gdy w następstwie zawału serca lub udaru mózgu Ubezpieczony zmarł, Generali wypłaci świadczenie Uposażonemu po przedłożeniu w Generali poprawnie wypełnionego druku zgłoszenia szkody, do którego winny być dołączone następujące dokumenty: akt zgonu, zaświadczenie lekarskie o przyczynie zgonu lub karta zgonu, dokument potwierdzający tożsamość Uposażonego oraz inne dokumenty wskazane przez Generali, niezbędne do prawidłowego rozpatrzenia roszczenia, a zwłaszcza ustalenia związku przyczynowego pomiędzy śmiercią Ubezpieczonego a zwałem serca lub udarem mózgu.
- 4) Świadczenie wypłacane jest przez Generali, jeżeli spełnione zostały łącznie dwa następujące warunki:
 - a) Ubezpieczony w chwili zdarzenia nie miał ukończonego 45 roku życia;
 - b) przed zawarciem umowy ubezpieczenia u Ubezpieczonego nie zdiagnozowano lub/i nie leczono chorób – tj.: choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, hiperlipidemia, zwiększających prawdopodobieństwo zaistnienia zawału serca lub udaru mózgu. Niniejszy stan faktyczny Generali sprawdza po zaistnieniu zdarzenia poprzez kontrolę w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datowanej przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej.

§ 21

Jednorazowy zasiłek z tytułu niezdolności Ubezpieczonego do nauki lub pracy.

- 1) Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony jest niezdolny do nauki lub pracy, Generali wypłaci Ubezpieczonemu jednorazowy zasiłek w wysokości określonej w polisie sumy ubezpieczenia.
- 2) Jednorazowy zasiłek z tytułu niezdolności Ubezpieczonego do nauki lub pracy wypłaca się Ubezpieczonemu po przedłożeniu w Generali poprawnie wypełnionego druku zgłoszenia szkody oraz po przedłożeniu dokumentacji medycznej potwierdzającej okres leczenia szpitalnego lub leczenia ambulatoryjnego. Przy leczeniu ambulatoryjnym zasiłek wypłacany jest na podstawie zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego niezdolność do nauki lub pracy

oraz zaświadczenia z placówki oświatowej o nieobecności Ubezpieczonego na zajęciach dydaktycznych lub w pracy w okresie niezdolności do nauki lub pracy.

- 3) Świadczenie wypłacane jest pod warunkiem, że okres niezdolności do nauki lub pracy przekroczył 30 dni oraz istnienia odpowiedzialności z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.
- 4) Świadczenie przysługuje jedynie Ubezpieczonemu zatrudnionemu na podstawie umowy o pracę.

VI. RODZAJE ŚWIADCZEŃ DODATKOWYCH ORAZ ICH WYPŁATA

§ 22

Świadczenie na wypadek śmierci przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

- 1) Jeżeli przedstawiciel ustawowy Ubezpieczonego poniósł śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Generali wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości określonej w polisie sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci przedstawiciela ustawowego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, o ile śmierć nastąpiła przed upływem 12 miesięcy od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku.
- 2) Świadczenie z tytułu śmierci przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku wypłaca się Ubezpieczonemu po przedłożeniu w Generali poprawnie wypełnionego druku zgłoszenia szkody, do którego winny być dołączone następujące dokumenty: akt zgonu, zaświadczenie lekarskie o przyczynie zgonu lub karta zgonu, odpis skrócony aktu urodzenia Ubezpieczonego lub postanowienie sądu o ustanowieniu opieki nad Ubezpieczonym, dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego oraz inne dokumenty wskazane przez Generali, niezbędne do prawidłowego rozpatrzenia roszczenia a zwłaszcza ustalenia związku przyczynowego pomiędzy śmiercią przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego a nieszczęśliwym wypadkiem.

§ 23

Świadczenie na wypadek zdiagnozowania u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego.

- 1) Jeżeli w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem 60 dniowego okresu karencji licząc od dnia rozpoczęcia się ochrony ubezpieczeniowej, u Ubezpieczonego został zdiagnozowany i potwierdzony stosownym badaniem histopatologicznym nowotwór złośliwy, Generali wypłaci Ubezpieczonemu jednorazowe świadczenie w wysokości określonej w polisie sumy ubezpieczenia na wypadek zdiagnozowania u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego.
- 2) Okres karencji, o którym mowa w pkt 1) nie obowiązuje wskazanych imiennie Ubezpieczonych, którzy wznawiają umowę ubezpieczenia w zakresie podstawowym rozszerzonym o dodatkowe świadczenie na wypadek zdiagnozowania nowotworu złośliwego, na kolejny roczny okres ubezpieczenia, przy zachowaniu ciągłości ubezpieczenia.
- 3) Z zastrzeżeniem ograniczeń odpowiedzialności wskazanych w § 30 ust 3, odpowiedzialność Generali dotyczy tych rodzajów nowotworów złośliwych, które spełniają definicję nowotworu złośliwego zapisaną w § 3 pkt 6).
- 4) Niniejsze świadczenie dodatkowe może zostać włączone do zakresu ochrony ubezpieczeniowej przy jednoczesnym spełnieniu następujących warunków:
 - a) umowa ubezpieczenia z podstawowym zakresem świadczeń zostanie zawarta w formie imiennej;
 - b) co najmniej 50% wszystkich Ubezpieczonych, ale nie mniej niż 25 osób, którzy przystąpili do umowy ubezpieczenia z podstawowym zakresem świadczeń, wyrazi wolę rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej o dodatkowe świadczenie na wypadek zdiagnozowania u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego;
 - c) Ubezpieczony w chwili zawierania umowy ubezpieczenia nie może mieć ukończonego 21 roku życia.
- 5) Świadczenie z tytułu zdiagnozowania u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego wypłaca się Ubezpieczonemu po przedłożeniu w Generali poprawnie wypełnionego druku zgłoszenia szkody, do którego winny być dołączone następujące dokumenty: dokumenty potwierdzające zdiagnozowanie u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego, w tym wynik badania histopatologicznego, dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego, oraz inne dokumenty wskazane przez Generali niezbędne do prawidłowego rozpatrzenia roszczenia.

§ 24

Zwrot kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego w związku z przekwalifikowaniem zawodowym inwalidy, w przypadku inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem.

- 1) Jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał obrażeń ciała, zakwalifikowanych jako trwałe inwalidztwo w stopniu większym, niż 50%, które spowodowało niezdolność zawodową, Generali zwróci Ubezpieczonemu udokumentowane koszty, poniesione przez niego w związku z przeszkoleniem zawodowym inwalidy, o ile koszty te nie znajdują się w zakresie refundacji z ubezpieczenia społecznego lub nie zostaną pokryte z innej umowy ubezpieczenia.
- 2) Zwrot udokumentowanych kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego na przekwalifikowanie zawodowe inwalidy dokonywany jest przez Generali do 80% ich faktycznej wysokości, nie więcej jednak niż do wysokości sumy

ubezpieczenia określonej w polisie na to ryzyko. Generali zastrzega sobie prawo do weryfikacji kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego w związku z przekwalifikowaniem zawodowym inwalidy tak w zakresie cen w odniesieniu do średnich rynkowych wartości nabycia danych towarów lub usług związanych z przekwalifikowaniem zawodowym, jak i zakresu nabytych w związku z tym towarów lub usług z punktu widzenia celowości ich poniesienia w związku z przekwalifikowaniem zawodowym inwalidy.

- 3) Generali dokonuje zwrotu kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego w związku z przekwalifikowaniem zawodowym inwalidy po przedłożeniu w Generali poprawnie wypełnionego druku zgłoszenia szkody, do którego winny być dołączone następujące dokumenty: dokumentacja medyczna z leczenia doznanych przez Ubezpieczonego obrażeń ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku, orzeczenie Miejskiego Zespołu ds. orzekania o Niepełnosprawności, orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności Ubezpieczonego do pracy, oryginały rachunków imiennych (wystawione na Ubezpieczonego) dokumentujące poniesienie przez Ubezpieczonego przedmiotowych kosztów, dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego, oraz inne dokumenty wskazane przez Generali niezbędne do prawidłowego rozpatrzenia roszczenia.

§ 25

Zwrot kosztów wypożyczenia lub zakupu protez, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wspomagających proces leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku.

- 1) Jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał obrażeń, do których leczenia i rehabilitacji w opinii lekarza prowadzącego leczenie, niezbędne jest dokonanie zakupu protez, przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych wspierających proces leczenia, Generali zwróci Ubezpieczonemu udokumentowane koszty ich wypożyczenia lub zakupu, poniesione wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, o ile koszty te nie znajdują się w zakresie refundacji z ubezpieczenia społecznego lub nie zostaną pokryte z innej umowy ubezpieczenia.
- 2) Zwrot udokumentowanych kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego w związku z wypożyczeniem lub zakupem protez i środków pomocniczych wspierających proces leczenia nieszczęśliwych wypadków dokonywany jest przez Generali do ich faktycznej wysokości, nie więcej jednak niż do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie na to ryzyko. Generali zastrzega sobie prawo do weryfikacji kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego w związku z nabyciem protez, środków ortopedycznych i środków pomocniczych w odniesieniu do średnich rynkowych cen nabycia protez, środków ortopedycznych i środków pomocniczych.
- 3) Generali dokonuje zwrotu kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego na wypożyczenie, naprawę lub zakup protez, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wspierających proces leczenia nieszczęśliwych wypadków po przedłożeniu w Generali poprawnie wypełnionego druku zgłoszenia szkody, do którego winny być dołączone następujące dokumenty: zaświadczenie lekarskie o konieczności zastosowania w procesie leczenia protez, przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych wspomagających proces leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, oryginały rachunków imiennych rachunków (wystawione na Ubezpieczonego) dokumentujące poniesienie przez Ubezpieczonego przedmiotowych kosztów, dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego, oraz inne dokumenty wskazane przez Generali niezbędne do prawidłowego rozpatrzenia roszczenia.

§ 26

Dzienne świadczenie z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej Ubezpieczonego w przypadku, gdy hospitalizacja była spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem.

- 1) Jeżeli w wyniku obrażeń ciała odniesionych w skutek nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony był leczony szpitalnie dłużej niż 7 dni i po zakończeniu hospitalizacji lekarz prowadzący leczenie wystawi zaświadczenie o niezdolności do nauki lub pracy, Generali wypłaci Ubezpieczonemu dzienne świadczenie z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej za liczbę dni równą liczbie dni leczenia szpitalnego.
- 2) Maksymalny okres wypłaty dziennego świadczenia z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej Ubezpieczonego wynosi:
 - a) 30 dni, w przypadku, gdy rekonwalescencja związana była z jednym lub wieloma pobytami w szpitalu w wyniku tego samego nieszczęśliwego wypadku;
 - b) 60 dni, w przypadku, gdy rekonwalescencja związana była ze wszystkimi pobytami w szpitalu, w wyniku wszystkich nieszczęśliwych wypadków, jakie zaistniały w okresie ochrony ubezpieczeniowej.
- 3) Dienne świadczenie z tytułu rekonwalescencji poszpitalnej Ubezpieczonego wypłaca się Ubezpieczonemu po zakończeniu rekonwalescencji i przedłożeniu w Generali poprawnie wypełnionego druku zgłoszenia szkody, do którego winny być dołączone następujące dokumenty: dokumentacja medyczna oraz karta informacyjna wystawiona przez szpital, zaświadczenia lekarskiego o niezdolności do nauki wystawionego przez lekarza prowadzącego leczenie (w odniesieniu do świadczeń wypłacanych dzieciom i młodzieży szkolnej) lub zaświadczenia wystawionego na druku ZUS (w odniesieniu do pracowników placówek oświatowych), dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego oraz inne dokumenty wskazane przez Generali, niezbędne do prawidłowego rozpatrzenia roszczenia.

§ 27

Zwrot kosztów pogrzebu na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

- 1) Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zmarł, Generali wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości faktycznie poniesionych i udokumentowanych odpowiednimi rachunkami kosztów pogrzebu Ubezpieczonego, nie więcej jednak niż do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie na to ryzyko.
- 2) Zwrot kosztów, o których mowa w ust. 1 dokonywany jest przez Generali, o ile śmierć Ubezpieczonego nastąpiła przed upływem 12 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku. Generali zastrzega sobie prawo do weryfikacji poniesionych przez Ubezpieczonego kosztów pogrzebu tak w zakresie cen w odniesieniu do średnich rynkowych wartości nabycia danych towarów lub usług związanych z poniesionymi kosztami pogrzebu, jak i zakresu nabytych w związku z tym towarów lub usług z punktu widzenia ich związku z kosztami pogrzebu.
- 3) Zwrotu kosztów pogrzebu Ubezpieczonego dokonywany jest po przedłożeniu w Generali poprawnie wypełnionego druku zgłoszenia szkody, do którego winny być dołączone następujące dokumenty: akt zgonu, zaświadczenie lekarskie o przyczynie zgonu lub karta zgonu, dokumenty potwierdzające tożsamość osoby ponoszącej koszty pogrzebu, oryginały rachunków potwierdzających poniesienie kosztów związanych z pogrzebem Ubezpieczonego oraz innych dokumentów wskazanych przez Generali, niezbędnych do prawidłowego rozpatrzenia roszczenia, a zwłaszcza ustalenia związku przyczynowego pomiędzy śmiercią Ubezpieczonego a nieszczęśliwym wypadkiem.

§ 28

Zwrot kosztów leczenia następstw nieszczęśliwych wypadków na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

- 1) Jeżeli Ubezpieczony poniósł koszty związane, z zaleconym przez lekarza prowadzącego leczeniem następstw nieszczęśliwych wypadków, Generali zwróci Ubezpieczonemu udokumentowane koszty leczenia poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w okresie 12 miesięcy od daty zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, o ile koszty te nie są finansowane ze środków publicznych lub nie zostaną pokryte z innej umowy ubezpieczenia.
- 2) Zwrot kosztów leczenia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej poniesionych przez Ubezpieczonego na leczenie następstw nieszczęśliwych wypadków, z zastrzeżeniem ograniczeń wskazanych niniejszymi OWU, dokonywany jest przez Generali do wysokości udokumentowanych faktycznych kosztów, nie więcej jednak niż do sumy ubezpieczenia określonej w polisie, na to ryzyko. Generali zastrzega sobie prawo do weryfikacji kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego na leczenie następstw nieszczęśliwych wypadków na terenie Rzeczypospolitej Polskiej tak w zakresie cen w odniesieniu do średnich rynkowych wartości nabycia danych towarów lub usług związanych z leczeniem następstw nieszczęśliwych wypadków, jak i zakresu nabytych w związku z tym towarów lub usług z punktu widzenia celowości ich poniesienia w związku z leczeniem następstw nieszczęśliwych wypadków.
- 3) Koszty leczenia zwracane są przez Generali pod warunkiem, że wskaźnik procentowy ustalony na podstawie tabel zawartych w niniejszych OWU, jest większy niż 40%.
- 4) Zwrot kosztów leczenia na terenie RP następuje po przedłożeniu w Generali poprawnie wypełnionego druku zgłoszenia szkody, do którego winny być dołączone następujące dokumenty: dokumentacja medyczna z leczenia doznanych przez Ubezpieczonego obrażeń ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku, oryginały rachunków (wystawione imiennie na Ubezpieczonego) dokumentujące poniesione przez Ubezpieczonego przedmiotowe koszty, dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego, oraz dokumenty wskazane przez Generali, niezbędne do prawidłowego rozpatrzenia roszczenia.

§ 29

Świadczenie progresywne.

- 1) Jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał obrażeń ciała, skutkujących stopniem trwałego inwalidztwa większym niż 80%, Generali wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie progresywne.
- 2) Wysokość świadczenia zależna jest od stopnia określonego trwałego inwalidztwa i wynosi odpowiednio:
 - a) dla stopnia trwałego inwalidztwa w przedziale: 80-90% - dodatkowa wypłata w wysokości 20% sumy ubezpieczenia;
 - b) dla stopnia trwałego inwalidztwa w przedziale: 91-100% - dodatkowa wypłata w wysokości 30% sumy ubezpieczenia.
- 3) Łączna wysokość świadczenia podstawowego i świadczenia progresywnego, o którym mowa w niniejszym paragrafie, może przekroczyć wysokość sumy ubezpieczenia przewidzianą na trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku wskazanej w polisie.
- 4) Jeśli łączna wysokość świadczeń z tego samego zdarzenia przekracza wysokość sumy ubezpieczenia określoną na trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku wskazanej w polisie, świadczenie progresywne wypłacane jest do wysokości wskazanej w ust. 2.

VII. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 30

1. Ochroną ubezpieczeniową Generali nie są objęte:
 - 1) wszelkie choroby i stany chorobowe, nawet takie, które występują nagle z zastrzeżeniem § 15 i 20 niniejszych OWU;
 - 2) następstwa nieszczęśliwych wypadków powstałych:
 - a) w stanie po użyciu przez Ubezpieczonego alkoholu, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza, jeśli miało to wpływ na zaistnienie nieszczęśliwego wypadku lub zdarzenia objętego umową ubezpieczeniową;
 - b) w wyniku zatrucia spowodowanego spożywaniem przez Ubezpieczonego alkoholu, nikotyną, albo użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, albo zażywaniem leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
 - c) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa, udziałem w bójkach (z wyjątkiem działania w obronie koniecznej) albo świadomego samookaleczenia się lub okaleczenia na własną prośbę lub próby samobójczej;
 - d) wskutek popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, który ukończył 16 lat;
 - e) w związku z wojną, działaniami wojennymi, konfliktami zbrojnymi, masowym skażeniem jądrowym, biologicznym lub chemicznym, albo aktywnym udziałem Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach społecznych, blokadach dróg, nielegalnych demonstracjach i aktach terroru;
 - f) w wyniku wyczynowego/zawodowego uprawiania wszystkich dyscyplin sportu oraz uprawiania sportów wysokiego ryzyka;
 - g) w wyniku choroby psychicznej Ubezpieczonego oraz jej skutków, a także ataków konwulsji i epilepsji;
 - h) w wyniku poddania się Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym i kosmetycznym, niezależnie od tego przez kogo były przeprowadzane, chyba że ich przeprowadzenie było związane z leczeniem następstw nieszczęśliwych wypadków i zostało zlecone przez lekarza;
 - i) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych uprawnień;
 - j) w wyniku winy umyślnej Ubezpieczonego lub Uposażonego.
2. W odniesieniu do świadczenia na wypadek urazu narządu ruchu odpowiedzialność Generali nie obejmuje urazów powstałych w wyniku nawykowego zwichnięcia stawów.
3. W odniesieniu do świadczenia dodatkowego na wypadek zdiagnozowania u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego ochroną ubezpieczeniową nie są objęte:
 - 1) wszelkie nowotwory, które zostały zdiagnozowane i były leczone w okresie karencji oraz przed rozpoczęciem się okresu ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) następujące rodzaje nowotworów: nieinwazyjne nowotwory in situ, nowotwory towarzyszące zakażeniu wirusem HIV, czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A wg klasyfikacji AJCC z 2002 roku (≤ 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia), wczesny nowotwór gruczołu krokowego – T1 wg klasyfikacji TNM (wliczając T1a i T1b) lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji, nowotwór szyjki macicy w stopniu CIN 1 – 3, nowotwór podstawnokomórkowy i kolczystokomórkowy skóry.
4. Ochrona ubezpieczeniowa Generali nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne oraz odszkodowania za zniszczenie, utratę lub uszkodzenie rzeczy.

VIII. UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 31

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku o ubezpieczenie złożonego przez Ubezpieczającego na standardowym druku Generali.
2. Wniosek o ubezpieczenie powinien zawierać, co najmniej następujące dane:
 - 1) nazwę oraz adres Ubezpieczającego,
 - 2) wybrany wariant ubezpieczenia w zakresie podstawowym,
 - 3) jednoznaczne oznaczenie świadczeń dodatkowych, jeżeli zostały wybrane przez Ubezpieczającego, a w przypadku wnioskowania o włączenie do zakresu ochrony ubezpieczeniowej dodatkowego świadczenia na wypadek zdiagnozowania u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego bezwzględnie listy imiennej Ubezpieczonych,
 - 4) liczbę osób lub imienną listę Ubezpieczonych, stosownie do wybranej formy ubezpieczenia.

3. W przypadku wniosku sporządzonego wadliwie lub niezawierającego wszystkich wymaganych danych, Ubezpieczający jest zobowiązany, na wezwanie Generali, odpowiednio go uzupełnić lub wypełnić nowy wniosek w terminie 14 dni od daty otrzymania tego wezwania.
4. Generali potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia polisą.

§ 32

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres oznaczony w polisie.
2. Umowa ubezpieczenia zawiera się w formie grupowej: imiennej lub bezimiennej.
3. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w formie grupowej bezimiennej:
 - 1) ochrona ubezpieczeniowa, pod warunkiem opłacenia należnej składki, obejmuje wszystkie dzieci lub całą młodzież szkolną i wszystkich pracowników (nauczycieli i pracowników administracyjno – gospodarczych) danej placówki oświatowej;
 - 2) dopuszcza się możliwość zawarcia umowy ubezpieczenia w formie bezimiennej, w przypadku gdy do umowy ubezpieczenia przystępują wszystkie dzieci lub całą młodzież szkolną oraz nie wszyscy pracownicy placówki oświatowej, do wniosku o ubezpieczenie musi zostać dołączona imienna lista pracowników, którzy mają zostać objęci ochroną ubezpieczeniową;
 - 3) w trakcie okresu ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje prawo do objęcia ochroną ubezpieczeniową nowych osób.
4. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w formie grupowej imiennej:
 - 1) ochrona ubezpieczeniowa, pod warunkiem opłacenia należnej składki, obejmuje wyłącznie te dzieci, tą młodzież szkolną i tych pracowników (nauczycieli i pracowników administracyjno – gospodarczych) danej placówki oświatowej, którzy zostali zgłoszeni do umowy ubezpieczenia na podstawie listy imiennej;
 - 2) imienna lista sporządzona przez Ubezpieczającego winna zawierać co najmniej następujące dane: imię i nazwisko Ubezpieczonego, datę urodzenia (lub PESEL), wysokość opłaconej składki;
 - 3) w trakcie okresu ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje prawo do objęcia ochroną ubezpieczeniową nowych osób.

§ 33

1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż sześć miesięcy Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od daty zawarcia umowy.
2. Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia. Wypowiedzenie rozpoczyna bieg od 1-go dnia miesiąca, następującego po miesiącu w którym wypowiedzenie zostało złożone.
3. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

IX. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 34

1. Ochrona ubezpieczeniowa Generali rozpoczyna się z dniem zawarcia umowy ubezpieczenia, który został określony w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
2. W przypadku Ubezpieczonych, którzy przystępują do umowy ubezpieczenia po dacie określonej w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa Generali w stosunku do tych Ubezpieczonych rozpoczyna się następnego dnia po dokonaniu zgłoszenia nowych Ubezpieczonych przez Ubezpieczającego w formie pisemnej. Warunkiem objęcia nowych Ubezpieczonych ochroną ubezpieczeniową jest zawarcie w zgłoszeniu przynajmniej następujących danych: imię, nazwisko oraz PESEL Ubezpieczonego.
3. Jeżeli Ubezpieczony w trakcie roku szkolnego:
 - 1) przechodzi do innej placówki oświatowej i kontynuuje naukę lub pracę w innej placówce, lub
 - 2) opuszcza placówkę oświatową i nie kontynuuje nauki lub pracy w innej placówce, jest objęty ochroną ubezpieczeniową do końca okresu ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność Generali kończy się:
 - 1) z upływem określonego w polisie okresu ubezpieczenia;
 - 2) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia;
 - 3) z dniem rozwiązania umowy za porozumieniem stron;
 - 4) zgodnie z postanowieniami § 38 ust. 2.

X. SUMA UBEZPIECZENIA

§ 35

1. Sumę ubezpieczenia ustala się oddzielnie na każde z ryzyk ubezpieczeniowych określonych w podstawowym zakresie ubezpieczenia oraz na każde z ryzyk ubezpieczeniowych określonych w dodatkowym zakresie ubezpieczenia.
2. Górną granicą odpowiedzialności Generali na zdarzenie objęte podstawowym lub dodatkowym zakresem ubezpieczenia jest suma ubezpieczenia na to ryzyko.
3. Wysokości sum ubezpieczenia na ryzyka objęte podstawowym oraz dodatkowym zakresem ochrony ubezpieczeniowej wskazane są w polisie.
4. Po wypłacie świadczenia suma ubezpieczenia przypadająca na ryzyko w podstawowym lub/i dodatkowym zakresie ochrony ubezpieczeniowej nie ulega zmniejszeniu o kwotę wypłaconego świadczenia.

XI. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 36

1. Składkę za ubezpieczenie ustala się zgodnie z taryfą obowiązującą w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. O ile nie umówiono się inaczej, składka jest płatna z góry za cały okres ubezpieczenia. Termin i wysokość składki (raty składki) określone są w polisie.
3. Wysokość składki ubezpieczeniowej zależy przede wszystkim od:
 - 1) rodzaju placówki,
 - 2) okresu ubezpieczenia,
 - 3) wariantu (wysokości sum ubezpieczenia) w podstawowym zakresie ochrony ubezpieczeniowej,
 - 4) wybranych świadczeń dodatkowych,
 - 5) przysługujących Ubezpieczającemu zniżek oraz należnych zwyżek taryfowych,
 - 6) dotychczasowego przebiegu szkodowego umowy ubezpieczenia.
4. Wysokość składki za osoby przystępujące do umowy ubezpieczenia po dniu jej zawarcia oblicza się proporcjonalnie do liczby miesięcy pozostałych do końca okresu ubezpieczenia.

§ 37

1. Ubezpieczający opłaca składkę przelewem bankowym lub przekazem pocztowym na wskazany przez Generali rachunek bankowy.
2. Zapłatę składki uważa się za dokonaną z chwilą złożenia zlecenia przelewu w banku lub nadania przekazu w urzędzie pocztowym – pod warunkiem, że na rachunku Ubezpieczającego znajdowała się wystarczająca ilość środków, w przeciwnym wypadku zapłatę uważa się za dokonaną z chwilą, gdy należna kwota wpłynęła na rachunek bankowy Generali, a więc została postawiona do dyspozycji Generali.

§ 38

1. W przypadku gdy Generali ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem składki lub jej pierwszej raty, a nieopłacenie składki lub jej pierwszej raty w terminie określonym w dokumencie ubezpieczenia Generali może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W braku wypowiedzenia umowy rozwiązuje się ona z końcem okresu, za który przypadała nie zapłacona składka.
2. W przypadku nie opłacenia kolejnej raty składki (drugiej lub następnej) w terminie określonym w dokumencie ubezpieczenia, Generali po upływie terminu jej płatności może wezwać Ubezpieczającego do zapłaty raty składki, z zagrożeniem, iż brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania do zapłaty spowoduje ustanie odpowiedzialności.
3. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia albo jej rozwiązanie za wypowiedzeniem nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Generali udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

XII. OBOWIĄZEK UBEZPIECZAJĄCEGO DO PRZEKAZANIA INFORMACJI O RYZYKU

§ 39

1. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający może dokonywać zmian dotyczących osób Ubezpieczonych.

2. W sytuacjach określonych w ust. 1, Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Generali wykazu nowych Ubezpieczonych, przystępujących do Umowy ubezpieczenia.

XIII. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAISTNIENIA NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB ZDARZENIA OBJĘTEGO UMOWĄ UBEZPIECZENIA

§ 40

1. W przypadku zaistnienia nieszczęśliwego wypadku:
 - 1) Ubezpieczony zobowiązany jest zadbać o złagodzenie skutków nieszczęśliwego wypadku poprzez niezwłoczne zgłoszenie się do lekarza i poddanie się zalecanemu leczeniu;
 - 2) Ubezpieczony z wyłączeniem pkt 6) zobowiązany jest niezwłocznie zawiadomić Generali o zajściu zdarzenia będącego przedmiotem umowy;
 - 3) zgłoszenie nieszczęśliwego wypadku dokonywane jest poprzez rzetelne wypełnienie i złożenie w Generali formularza zgłoszenia szkody wraz z dokumentacją wymienioną w niniejszym OWU;
 - 4) Ubezpieczony zobowiązany jest umożliwić Generali uzyskanie wszelkich informacji dotyczących nieszczęśliwego wypadku oraz innych wymaganych do oceny zasadności roszczenia;
 - 5) Ubezpieczony upoważnia Generali do zasięgnięcia opinii lekarzy prowadzących leczenie oraz innych osób lub urzędów w sprawach związanych z wypadkiem w zakresie dotyczącym postępowania o ustalenie świadczenia;
 - 6) Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku nastąpiła śmierć, o fakcie tym Generali powinno zostać niezwłocznie powiadomione w formie pisemnej nawet, jeżeli nieszczęśliwy wypadek został wcześniej zgłoszony. Generali zastrzega sobie prawo wystąpienia do odpowiednich władz z wnioskiem o przeprowadzenie sekcji zwłok lub oględzin ciała Ubezpieczonego.
2. Jeżeli wskutek winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczony lub Uposażony nie wykonał obowiązków wymienionych ust. 1 pkt 1) – 6) , a miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia Generali ma prawo do odpowiedniego zmniejszenia świadczenia.
3. W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego nowotworu złośliwego Ubezpieczony zobowiązany jest, pod rygorem utraty prawa do świadczenia, do:
 - 1) złagodzenia skutków zachorowania przez niezwłoczne poddanie się opiece i leczeniu lekarskiemu;
 - 2) niezwłocznego zawiadomienia Generali o zdiagnozowaniu nowotworu złośliwego, zgłoszenie dokonywane jest poprzez rzetelne wypełnienie i złożenie w Generali formularza zgłoszenia szkody wraz z dokumentacją wymienioną w niniejszym OWU;
 - 3) umożliwienia Generali uzyskania informacji dotyczących wystąpienia nowotworu złośliwego, szczególnie u lekarzy, którzy sprawowali lub sprawują opiekę nad Ubezpieczonym;
 - 4) dostarczenia Generali wszelkich dokumentów, jakie uznane zostaną za niezbędne do rozpatrzenia zasadności roszczenia i ustalenia wysokości świadczenia.
4. Jeżeli wskutek winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczony lub przedstawiciel ustawowy Ubezpieczonego nie wykonał obowiązków wymienionych ust. 3 pkt 1) - 4), a miało to wpływ na pogorszenie się stanu zdrowia Ubezpieczonego lub możliwość ustalenia zasadności roszczenia, Generali ma prawo do odpowiedniego zmniejszenia świadczenia.

XIV. TERMINY WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

§ 41

1. Generali zobowiązane jest wypłacić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu nieszczęśliwego wypadku lub zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
2. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Generali albo wysokości świadczenia w terminie wskazanym w ust. 1 okazało się niemożliwe, wówczas świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. Jeżeli w terminie określonym w umowie ubezpieczenia Generali nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części, jednakże bezsporną część świadczenia wypłaca w terminach wskazanych w ust. 1 lub 2.
4. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określonej w zgłoszonym roszczeniu, Generali informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą zmniejszenie lub odmowę wypłaty świadczenia wraz z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

XV. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 42

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony w związku z umową ubezpieczenia, powinny być dokonywane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub wysłane listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru.
2. Jeżeli Ubezpieczający w okresie ubezpieczenia zmienił adres zameldowania lub siedzibę i nie zawiadomił o tym Generali, przyjmuje się, że Generali wypełniło swój obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia wysyłając pismo pod ostatni wskazany przez Ubezpieczającego adres zameldowania lub siedziby. Strony uznają, że w takim przypadku pismo wywiera skutki prawne po upływie 30 dni od dnia jego wysłania, choćby nie dotarło do adresata.

§ 43

Pisemnego zawiadomienia dotyczącego nieszczęśliwego wypadku lub zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na mocy niniejszych OWU można dokonać w każdej jednostce organizacyjnej Generali.

§ 44

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia stosuje się przepisy prawa polskiego, w tym: Kodeksu cywilnego, ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. Nr 124, poz. 1151, z późn. zmianami) oraz inne obowiązujące akty prawne.

§ 45

1. Jeżeli Ubezpieczający lub osoba uprawniona do wystąpienia z roszczeniem nie zgadza się z decyzjami Generali co do odmowy zaspokojenia roszczenia albo wnosi inne skargi lub zażalenia, może ona wystąpić z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy.
2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1 zostanie rozpatrzony w ciągu 30 dni od daty wpływu do Generali.
3. Ponadto, jeżeli Ubezpieczający lub osoba uprawniona do wystąpienia z roszczeniem nie zgadza się z decyzjami Generali co do odmowy zaspokojenia roszczenia może wnieść skargę lub zażalenie do Rzecznika Ubezpieczonych działającego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzecznika Ubezpieczonych.

§ 46

1. Wszelkie spory wynikające z umowy ubezpieczenia będą rozpatrywane przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia albo siedziby Ubezpieczyciela.
2. Roszczenia z umowy ubezpieczenia podlegają jurysdykcji sądów polskich.

§ 47

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Generali Nr GNL/1/2/4/2009 z dnia 15 kwietnia 2009 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 maja 2009 roku.