

PROGRAM WYPADKOWY GENERALI EVENTO

OGÓLNE WARUNKI TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE	5
Postanowienia ogólne	5
Definicje	5
Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności	5
Zawarcie Umowy	5
Początek ubezpieczenia	6
Rozwiązanie Umowy	6
Składka i Suma ubezpieczenia	6
Wypłata świadczeń	6
Ograniczenie i wyłączenie odpowiedzialności	7
Zmiany w Umowie	8
Prawa Ubezpieczającego i Ubezpieczonego	8
Postanowienia końcowe	8
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU .	9
Postanowienia ogólne	9
Definicje	9
Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności	9
Umowa dodatkowa	9
Składka	9
Wypłata świadczenia	9
Ograniczenie i wyłączenie odpowiedzialności	10
Postanowienia końcowe	10
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO CAŁKOWITEGO INWALIDZTWA W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	10
Postanowienia ogólne	10
Definicje	10
Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności	10
Umowa dodatkowa	10
Składka	10
Wypłata świadczenia	11
Postępowanie po zajściu nieszczęśliwego wypadku	12
Ograniczenie i wyłączenie odpowiedzialności	12
Postanowienia końcowe	12
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	13
Postanowienia ogólne	13
Definicje	13
Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności	13
Umowa dodatkowa	13
Składka	13
Wypłata świadczenia	14
Ograniczenie i wyłączenie odpowiedzialności	14
Postanowienia końcowe	14
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GENERALI ASSISTANCE	14
Postanowienia ogólne	14
Definicje	14
Umowa dodatkowa	15
Przedmiot ubezpieczenia	15
Zakres ubezpieczenia	16
Postępowanie w przypadku szkody	16
Suma Ubezpieczenia	17
Refundacje	17
Reklamacje	17
Postanowienia końcowe	17
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W ŚRODKU LOKOMOCJI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	18
Postanowienia ogólne	18
Definicje	18

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności	18
Umowa dodatkowa	18
Składka	18
Wyplata świadczenia	19
Postanowienia końcowe	19
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK REHABILITACJI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	19
Postanowienia ogólne	19
Definicje	19
Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności	19
Umowa dodatkowa	19
Składka	20
Wyplata świadczenia	20
Postanowienia końcowe	20
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEJ OPERACJI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	21
Postanowienia ogólne	21
Definicje	21
Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności	21
Umowa dodatkowa	21
Składka	21
Wyplata świadczenia	22
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności	22
Postanowienia końcowe	22
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO CZĘŚCIOWEGO INWALIDZTWA W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	22
Postanowienia ogólne	22
Definicje	22
Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności	23
Umowa dodatkowa	23
Składka	23
Wyplata świadczenia	23
Postępowanie po zajściu nieszczęśliwego wypadku	25
Ograniczenie i wyłączenie odpowiedzialności	25
Postanowienia końcowe	25
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URAZÓW KOŃCZYN I ZŁAMANIA KOŚCI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	25
Postanowienia ogólne	25
Definicje	49
Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności	25
Umowa dodatkowa	25
Składka	26
Wyplata świadczenia	26
Postępowanie po zajściu nieszczęśliwego wypadku	28
Ograniczenie i wyłączenie odpowiedzialności	28
Postanowienia końcowe	28
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA	28
Postanowienia ogólne	28
Definicje	28
Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności	29
Umowa dodatkowa	29
Składka	29
Wyplata świadczenia	30
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności	30
Postanowienia końcowe	30
KATALOG POWAŻNYCH OPERACJI	31

PROGRAM WYPADKOWY GENERALI EVENTO OGÓLNE WARUNKI TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

OWU 3200.05.2009

Artykuł I

Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne warunki Terminowego ubezpieczenia na życie, zwane dalej „OWU” mają zastosowanie do umów indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie Evento, zwanych dalej Umowami zawieranych przez Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, zwane dalej „Towarzystwem” z osobami fizycznymi, prawnymi i jednostkami organizacyjnymi nie posiadającymi osobowości prawnej.

Artykuł II

Definicje

W Umowie oraz OWU wymienione poniżej terminy definiuje się następująco:

Ubezpieczony – dla wariantu indywidualnego jest to osoba fizyczna, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia. W wariantcie rodzinnym ubezpieczonym jest także Współmałżonek i Dzieci wymienione w Polisie.

Ubezpieczający – podmiot zawierający Umowę i zobowiązany do opłacania składek.

Uposażony – osoba (lub osoby) wyznaczona przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego za zgodą Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymywania świadczeń na wypadek jego śmierci.

Dziecko – za dziecko uznaje się osobę lub osoby wskazane w Polisie w polu „Dane Dzieci” pozostające pod władzą rodzicielską Ubezpieczonego, które w momencie zajścia nieszczęśliwego wypadku nie ukończyły 18 roku życia. Jeżeli Dziecko jest Ubezpieczonym, zgodnie z definicją Ubezpieczonego niniejszego artykułu, nie obowiązują go limity wieku określone w OWU, a jedynie limity wieku określone w tej definicji.

Łączna składka – składka płacona przez Ubezpieczającego za Pakiet podstawowy oraz za wybrane umowy dodatkowe.

Nieszczęśliwy wypadek – przypadkowe zdarzenie, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Ubezpieczonego; za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się wylewu krwi do mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagłe.

Okres ubezpieczenia – roczny okres rozpoczynający się w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej i kończący się w przeddzień rocznicy polisy. Jeśli Ubezpieczający dokona automatycznego przedłużenia zgodnie z art. IV, automatycznie zostanie także przedłużony okres ubezpieczenia.

Pakiet podstawowy – zakres obowiązkowej ochrony ubezpieczeniowej, obejmujący śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, trwałe całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz usługi Assistance. Pakiet podstawowy dostępny jest w trzech wariantach różniących się sumą ubezpieczenia i dwóch wersjach (indywidualnej i rodzinnej).

Polisa – dokument potwierdzający zawarcie Umowy podstawowej lub dodatkowej.

Rocznica polisy – każda rocznica daty początku Okresu ubezpieczenia określonego w Polisie.

Suma ubezpieczenia – kwota określona w Polisie, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z postanowieniami niniejszych OWU.

Termin wymagalności składek – dla drugiej i kolejnych rat składek jest to dzień przypadający odpowiednio do wybranej

częstotliwości: w rocznicę, w odpowiadający nazwą dzień po upływie półrocza, kwartału lub miesiąca od daty rozpoczęcia odpowiedzialności. O ile w wymienionych terminach nie ma takiego dnia, za dzień wymagalności uznaje się ostatni dzień miesiąca.

Umowa dodatkowa – umowa zawarta na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, rozszerzająca zakres ochrony ubezpieczeniowej Umowy podstawowej o ryzyka dodatkowe.

Umowa podstawowa – umowa zawarta na podstawie OWU.

Wiek ubezpieczonego – liczba pełnych lat życia ukończonych przez Ubezpieczonego w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, powiększona o liczbę pełnych lat polisowych, jakie upłynęły od momentu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do dnia, w którym wiek jest liczony.

Współmałżonek – osoba wskazana w Polisie, która w momencie zawarcia Umowy podstawowej pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.

Artykuł III

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie Uposażonemu świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł IV

Zawarcie Umowy

1. Umowa jest zawierana na 1 rok.
2. Umowa zostanie przedłużona w dotychczasowym zakresie zgodnie z obowiązującą taryfą składek na kolejny okres 1 roku, jeśli Ubezpieczający dokona wpłaty składki za kolejny okres ubezpieczenia przed Rocznicą polisy z zastrzeżeniem ust. 4.
3. Ubezpieczający ma prawo do zmiany wariantu oraz częstotliwości opłacania składki w każdą rocznicę polisy. Zmianę taką zgłasza się poprzez poprawne wypełnienie formularza Towarzystwa oraz dostarczenie go do Towarzystwa nie później niż 30 dni przed Rocznicą polisy.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo nie wyrażenia zgody na przedłużenie Umowy podstawowej lub Umów dodatkowych lub przedłużenia ich na warunkach zaproponowanych przez Towarzystwo. W takim przypadku Towarzystwo poinformuje o tym Ubezpieczającego na piśmie najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu, na jaki umowa została zawarta.
5. Umowa zostaje zawarta poprzez przyjęcie przez Ubezpieczającego oferty zawarcia Umowy przedstawionej przez Towarzystwo na formularzu Towarzystwa Program wypadkowy Generali Evento - Wniosek/Polisa oraz na warunkach zawartych w tym dokumencie oraz OWU obowiązujących w dniu podpisania Wniosku/Polisy. Ubezpieczający wybiera wariant Pakietu podstawowego (Evento 1, Evento 2, Evento 3), a także wersję Pakietu - indywidualną lub rodzinną.
6. Zakres ubezpieczenia może być rozszerzony o Umowy dodatkowe określone we Wniosku/Polisie.
7. W celu zawarcia Umowy Ubezpieczający zapoznaje się z treścią OWU, a następnie wypełnia formularz Towarzystwa Wniosek/Polisa, o którym mowa w ust. 5, wybierając wariant i wersję, w ramach wskazanych w tym

- dokumentie, pakietu podstawowego, częstotliwość opłacania składki oraz Umowy dodatkowe, składa na nim podpis oraz wpisuje miejsce i datę złożenia podpisu.
8. Częstotliwość opłacania składki i wersja ubezpieczenia dla Umów dodatkowych są takie same jak wybrane dla Pakietu podstawowego.
 9. Zawarcie Umowy następuje z chwilą złożenia przez Ubezpieczającego podpisu na formularzu Towarzystwa, o którym mowa w ust. 5 (pod warunkiem, że osoba wskazana jako Ubezpieczony, w chwili zawierania Umowy ukończyła 15 lat, a nie ukończyła 65 roku życia). Z chwilą prawidłowego wypełnienia i podpisania formularza Towarzystwa, staje się on Polisé potwierdzającą zawarcie Umowy.
 10. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacenia składki w wysokości i z częstotliwością określoną w Polisie.

Artykuł V Początek ubezpieczenia

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się dnia następującego po dniu zawarcia Umowy, nie wcześniej jednak niż dnia następującego po dniu opłacenia składki. Składkę uważa się za opłaconą w dniu roboczym następującym po dniu uznania rachunku bankowego wskazanego przez Towarzystwo.

Artykuł VI Rozwiązanie Umowy

1. Umowa ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach:
 - 1.1. upływu 1 roku od chwili początku ochrony ubezpieczeniowej i nie opłacenia składki za kolejny okres najpóźniej w ostatnim dniu bieżącego Okresu ubezpieczenia,
 - 1.2. śmierci Ubezpieczonego w trakcie trwania Umowy - z dniem śmierci,
 - 1.3. odstąpienia Ubezpieczającego od Umowy w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w rozumieniu przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej w terminie 7 dni od dnia zawarcia - z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu,
 - 1.4. wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczającego z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia - z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia,
 - 1.5. wypłaty 100% sumy ubezpieczenia z Umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek trwałego całkowitego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem - z ostatnim dniem okresu, za który została opłacona składka, w którym została wydana decyzja o wypłacie ww. świadczenia,
 - 1.6. łącznej wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku i śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji lub świadczenia co najmniej równowartego sumie świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku i śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji,
 - 1.7. niezapłacenia przez Ubezpieczającego składki regularnej na zasadach określonych w art. VII.
2. Umowy dodatkowe rozwiązują się z chwilą rozwiązania Umowy podstawowej.
3. W przypadku odstąpienia od Umowy, o którym mowa w pkt 1.4. Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę w terminie 14 dni od dnia otrzymania

oświadczenia o odstąpieniu od Umowy. Towarzystwo ma prawo do potrącenia składki za okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

4. Wypowiedzenie Umowy, o którym mowa w pkt 1.5., nie zwalnia Ubezpieczającego z zapłacenia składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
5. W przypadku, w którym Ubezpieczający opłacił składkę za okres dłuższy niż okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo dokona zwrotu nadpłaconej składki w terminie 14 dni od dnia, w którym upłynął okres wypowiedzenia.

Artykuł VII Składka i Suma ubezpieczenia

1. Składka płatna jest z góry przez cały okres, w terminach wymagalności składki zgodnie z wybraną częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną lub miesięczną.
2. Łączna składka nie może być niższa od składki minimalnej, która niezależnie od częstotliwości opłacania wynosi 50zł.
3. Ubezpieczającemu dla drugiej i kolejnych składek przysługuje prawo do 30 dniowej prolongaty terminu płatności składki, licząc od dnia jej wymagalności. W okresie prolongaty Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową.
4. Po upływie okresu prolongaty w przypadku zaległości w opłacaniu składki regularnej, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty zaległej składki, w dodatkowym terminie 14 dni oraz pisemnie poinformuje go o skutkach nieopłacenia składki w wyżej wymienionym dodatkowym terminie.
5. Skutkiem nieopłacenia składki może być rozwiązanie Umowy. Skutek, o którym mowa powyżej, powstanie z upływem terminu dodatkowego wskazanego w ust. 4.
6. W przypadku rozwiązania Umowy podstawowej, przed upływem okresu, na jaki została ona zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, o ile nie wystąpiło zdarzenie objęte Umową.
7. Po upływie 5 lat od daty początku okresu ubezpieczenia, pod warunkiem nie zajścia żadnego zdarzenia objętego ochroną, Towarzystwo podwyższy sumy ubezpieczenia dla Pakietu podstawowego o 20%.

Artykuł VIII Wypłata świadczeń

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający (o ile jest osobą inną niż Ubezpieczony) ma obowiązek powiadomić Towarzystwo o śmierci Ubezpieczonego niezwłocznie od daty zajścia zdarzenia. Jeżeli Ubezpieczający nie dopełnił tego obowiązku Towarzystwo może odpowiednio zmniejszyć świadczenie.
3. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia, o którym mowa w ust. 1, zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie dokumenty wskazane przez Towarzystwo, a w szczególności:
 - 3.1. dokument tożsamości,
 - 3.2. wniosek o wypłatę świadczenia,
 - 3.3. odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - 3.4. zaświadczenie określające przyczynę śmierci, wystawione przez lekarza lub właściwe władze.
4. Dokumenty wymienione w ust. 3 muszą być sporządzone w języku polskim. Jeśli zdarzenie miało miejsce poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a dokumenty

Ogólne warunki terminowego ubezpieczenia na życie

- wymienione w ust. 3 zostały sporządzone w języku obcym, osoba zgłaszająca roszczenie ma obowiązek przetłumaczyć je na język polski przez tłumacza przysięgłego na swój koszt. Dodatkowe dokumenty, o jakie Towarzystwo może wystąpić, niewymienione w ust.3, osoba zgłaszająca roszczenie ma obowiązek przetłumaczyć na język polski przez tłumacza przysięgłego na swój koszt.
5. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, nie przysługuje Uposażonemu, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego.
 6. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, gdy nie wskazał on Uposażonego lub Uposażony utracił prawo do otrzymania świadczenia zgodnie z ust.5, świadczenie wypłacane jest członkom rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
 - 6.1. współmałżonkowi,
 - 6.2. dzieciom, w równych częściach, jeśli brak jest współmałżonka,
 - 6.3. rodzicom w równych częściach, jeśli brak jest współmałżonka i dzieci,
 - 6.4. rodzeństwu w równych częściach, jeśli brak jest współmałżonka, dzieci i rodziców.W pozostałych przypadkach - innym spadkobiercom ustawowym w porządku ustawowym, z wyłączeniem gminy i Skarbu Państwa.
 7. Towarzystwo zobowiązuje się do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
 8. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w terminie określonym w ust. 7, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
 9. Warunkiem wypłaty świadczenia jest doręczenie wskazanych przez Towarzystwo dokumentów, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczeniowej.
 10. Bezporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie, o którym mowa w ust.7.
 11. Łączna kwota świadczeń w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, należnych z tytułu wszystkich Umów dodatkowych, w których przedmiotem jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego, z wyłączeniem umów obejmujących zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość sumy świadczeń należnych w związku ze śmiercią Ubezpieczonego, śmiercią Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku i śmiercią Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji.
 - 2.2. samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego.
3. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczeń wynikających z Umów dodatkowych dołączonych do niniejszej Umowy podstawowej, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powstał w związku z:
 - 3.1. działaniami wojennymi, zbrojnymi, stanem wojennym aktywnym i dobrowolnym uczestnictwem Ubezpieczonego w aktach przemocy, zamieszkach, rozruchach lub misjach pokojowych,
 - 3.2. usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem przez Ubezpieczonego samobójstwa lub dokonaniem przez niego samouszkodzenia ciała lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności,
 - 3.3. chorobą psychiczną, niedorozwojem umysłowym lub zaburzeniami psychicznymi Ubezpieczonego oraz ich skutkami, a także atakiem konwulsji, epilepsji,
 - 3.4. spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii lub innych leków nie zaleconych przez lekarza,
 - 3.5. usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - 3.6. poddaniem się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych,
 - 3.7. wypadkiem lotniczym zaistniałym w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
 - 3.8. udziałem Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, a w szczególności uprawianiem baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, sportów motorowych i motorowodnych, sportów walki, sportów spadochronowych, wspinaczki, speleologii, skoków do wody, nurkowaniem przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skokami na gumowej linie oraz udziałem w wyścigach wszelkiego rodzaju poza lekkoatletyką i pływaniem,
 - 3.9. wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportu,
 - 3.10. prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez posiadania wymaganych uprawnień lub prowadzeniem pojazdu niedopuszczonego do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - 3.11. chorobą (w szczególności zawałem serca i udarem mózgu),
 - 3.12. nieuzasadnionym nieskorzystaniem przez Ubezpieczonego z porady lekarskiej lub nieprzestrzeganiem zaleceń lekarskich,
 - 3.13. radiacją, reakcją jądrową, skażeniem radioaktywnym, skażeniem chemicznym, trucizną, trującymi gazami lub oparami,
 - 3.14. używaniem środków pirotechnicznych,
 - 3.15. służbą wojskową w jakiegokolwiek jednostce wojskowej,
 - 3.16. wykonywaniem jednego z poniżej wymienionych zawodów lub czynności związanych z pracą zarobkową o następującym charakterze: akrobacje, kaskaderstwo, górnictwo, konwojowanie przedmiotów wartościowych i pieniędzy, prace leśne, prace na wysokościach powyżej 5 metrów, rybactwo, rybołówstwo, ratownictwo, prace fizyczne

Artykuł IX

Ograniczenie i wyłączenie odpowiedzialności

1. Towarzystwo jest zwolnione z obowiązku wypłaty świadczenia jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o które Towarzystwo pytało w Oświadczeniu o stanie zdrowia podanych przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego niezgodnie z prawdą lub zatajonych.
2. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia wynikającego z Umowy podstawowej, jeżeli śmierć nastąpiła bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - 2.1. wojny, działań wojennych lub stanu wojennego, aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach,

- w rafinerii, prace fizyczne w tartaku, prace pod ziemią w zakresie elektryki, mechaniki, przewodów wodno-kanalizacyjnych, artysta cyrkowy, elektryk pracujący z napięciem powyżej 220V, funkcjonariusz ABW lub BOR, korespondent wojenny, marynarz, ochroniarz, opiekun zwierząt w zoo lub w cyrku, pilot, pirotechnik, policjant, strażak, treser zwierząt, żołnierz zawodowy.
4. Towarzystwo nie wypłaci świadczenia za skutki zdarzeń, które zaszły w okresie przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej.
 5. Ubezpieczony może być objęty ochroną w ramach wyłącznie jednej polisy Programu wypadkowego Generali Evento lub Pakietu wypadkowego Lwia Ochrona lub Pakietu wypadkowego Lwia Ochrona Pakiet Omega.

Artykuł X Zmiany w Umowie

1. Wszelkie zmiany Umowy oraz oświadczenia związane z jej wykonaniem wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia Towarzystwa o zmianach danych personalnych, a w szczególności imion, nazwisk, adresów dotyczących Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Uposażonego. W przypadku niedopełnienia obowiązku określonego powyżej, wszelkie oświadczenia i zawiadomienia wysyłane przez Towarzystwo zgodnie z posiadanymi przez Towarzystwo danymi, uważa się za skuteczne.
3. Osoby wysyłające do Towarzystwa informacje i oświadczenia zobowiązane są do przekazywania ich listem poleconym za potwierdzeniem odbioru lub listem poleconym.

Artykuł XI Prawa Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

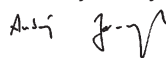
1. Ubezpieczającemu za zgodą Ubezpieczonego lub Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wskazania Uposażonego. W każdym czasie trwania Umowy Ubezpieczony lub Ubezpieczający za zgodą Ubezpieczonego może zmienić Uposażonego poprzez złożenie w Towarzystwie pisemnego oświadczenia. Zmiana Uposażonego w takim przypadku następuje od daty dostarczenia pisma do Towarzystwa.
2. W przypadku jeśli Ubezpieczający dokonał wyboru Pakietu podstawowego w wersji rodzinnej, a w jego życiu zaszły zmiany powodujące, że część zakresu ubezpieczenia związana z Dzieckiem lub Współmałżonkiem stała się bezprzedmiotowa, Ubezpieczający może według swojego wyboru:
 - 2.1. kontynuować Umowę na dotychczasowych warunkach, w zmienionym zakresie,
 - 2.2. rozwiązać Umowę zgodnie z art. VI ust. 1 pkt 1.4.

Artykuł XII Postanowienia końcowe

1. W trakcie trwania Umowy w porozumieniu z Ubezpieczającym mogą zostać wprowadzone do niej

- postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
2. Zapisy zawierające postanowienia dodatkowe lub odmienne od postanowień OWU wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
 3. W przypadku śmierci Ubezpieczającego, o ile jest on osobą inną niż Ubezpieczony, prawa i obowiązki Ubezpieczającego wynikające z Umowy przechodzą na Ubezpieczonego wyłącznie za jego zgodą.
 4. Jeżeli Polisa uległa zagubieniu lub zniszczeniu, Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia o tym Towarzystwa.
 5. Na pisemny wniosek Ubezpieczającego, Towarzystwo wydaje duplikat Polisy. Z chwilą wydania duplikatu oryginał Polisy staje się nieważny, co potwierdzone jest odpowiednią adnotacją na duplikacie.
 6. Jeżeli Ubezpieczający lub osoba uprawniona do wystąpienia z roszczeniem nie zgadza się z decyzjami Towarzystwa co do odmowy zaspokojenia roszczenia albo wnosi inne skargi może wystąpić z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy.
 7. Wniosek, o którym mowa w ust. 6, zostanie rozpatrzony w ciągu 30 dni od daty wpływu do Towarzystwa.
 8. Ponadto jeżeli Ubezpieczający lub osoba uprawniona do wystąpienia z roszczeniem nie zgadza się z decyzjami Towarzystwa co do odmowy zaspokojenia roszczenia, może wnieść skargę lub zażalenie do Rzecznika Ubezpieczonych działającego zgodnie z przepisami ustawy o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych.
 9. W zakresie opodatkowania świadczeń należnych z tytułu Umowy zastosowanie mają, obowiązujące przepisy prawa podatkowego.
 10. Niezależnie od innych postanowień OWU wszystkie świadczenia wypłacane przez Towarzystwo z tytułu Umowy mogą zostać pomniejszone o kwotę należnych, niezapłaconych składek.
 11. Powództwo o roszczenie z Umowy może zostać wytoczone albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy. Roszczenia z Umowy podlegają jurysdykcji sądów polskich.
 12. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr GL/ob./6/4/2009 z dnia 15 kwietnia 2009 r. i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 maja 2009 r.

Andrzej Jarczyk



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

Artur Olech



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Artykuł I

Postanowienia ogólne

Niniejsze ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku stanowią integralną część Umowy podstawowej.

Artykuł II

Definicje

Terminy określone w OWU Umowy podstawowej stosuje się odpowiednio także w niniejszych OWU. Do terminów tych dodaje się następujące:

Umowa dodatkowa – Umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU.

Suma ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej – kwota określona w Polisie, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy dodatkowej.

Artykuł III

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie świadczenia w wysokości Sumy ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 3.1. nieszczęśliwy wypadek, który spowodował śmierć Ubezpieczonego, wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej,
 - 3.2. śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

Artykuł IV

Umowa dodatkowa

1. Umowa dodatkowa jest integralną częścią Umowy podstawowej.
2. Umowa dodatkowa jest obligatoryjnie zawierana wraz z Umową podstawową.
3. Okres ubezpieczenia, początek i koniec okresu ubezpieczenia jest zgodny z postanowieniami Umowy podstawowej.
4. Umowa dodatkowa może być zawarta, jeżeli wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi nie mniej niż 15 lat i nie więcej niż 65.
5. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od początku dnia następującego po dniu zawarcia Umowy, nie wcześniej jednak niż od początku dnia następującego po dniu opłacenia składki. Składkę uważa się za opłaconą w dniu roboczym następującym po uznaniu rachunku bankowego wskazanego przez Towarzystwo.
6. Wraz z automatycznym przedłużeniem Umowy podstawowej następuje automatyczne przedłużenie Umowy dodatkowej.
7. Niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a Umowa dodatkowa zostaje rozwiązana z dniem rozwiązania Umowy podstawowej.

Artykuł V

Składka

1. W związku z zawarciem Umowy dodatkowej Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości określonej w Polisie.
2. Składka z tytułu Umowy dodatkowej doliczana jest do składki z tytułu Umowy podstawowej i płatna jest z tą samą częstotliwością i w tych samych terminach oraz dla tej samej wersji.
3. Ubezpieczającemu dla drugiej i kolejnej składki przysługuje prawo do 30 dniowej prolongaty terminu płatności składki, licząc od dnia jej wymagalności. W okresie prolongaty Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową.
4. Po upływie okresu prolongaty w przypadku zaległości w opłacaniu składki regularnej, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty zaległej składki, w dodatkowym terminie 14 dni oraz poinformuje go o skutkach nieopłacenia składki w wyżej wymienionym dodatkowym terminie.
5. Skutkiem nieopłacenia składki może być rozwiązanie Umowy. Skutki, o których mowa powyżej powstają z upływem dodatkowego terminu wskazanego w ust. 4.
6. W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, o ile nie wystąpiło zdarzenie objęte Umową.

Artykuł VI

Wypłata świadczenia

1. Jeżeli Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z trwałym całkowitym bądź częściowym inwalidztwem w wyniku nieszczęśliwego wypadku, a następnie w ciągu 12 miesięcy od daty zajścia zdarzenia nastąpi śmierć Ubezpieczonego, będąca następstwem tego samego nieszczęśliwego wypadku, wówczas ze świadczenia wypłacanego w związku ze śmiercią w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego potrącona zostanie kwota świadczenia wypłaconego w związku z trwałym całkowitym bądź częściowym inwalidztwem.
2. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie dokumenty wskazane przez Towarzystwo, a w szczególności:
 - 2.1. wniosek o wypłatę świadczenia,
 - 2.2. dokument potwierdzający tożsamość Uposażonego,
 - 2.3. odpis skrócony aktu zgonu,
 - 2.4. zaświadczenie określające przyczynę śmierci, wystawione przez lekarza lub odnośne władze,
 - 2.5. protokół policyjny, jeśli do wypadku była wzywana policja.
3. Dokumenty wymienione w ust. 2 muszą być sporządzone w języku polskim. Jeśli zdarzenie miało miejsce poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a dokumenty wymienione w ust. 2 zostały sporządzone w języku obcym, osoba zgłaszająca roszczenie ma obowiązek przetłumaczyć je na język polski przez tłumacza przysięgłego na swój koszt. Dodatkowe dokumenty, o jakie Towarzystwo może wystąpić, niewymienione w ust.2, osoba zgłaszająca roszczenie ma obowiązek przetłumaczyć na język polski przez tłumacza przysięgłego na swój koszt.
4. Łączna kwota świadczeń w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, należnych z tytułu wszystkich Umów dodatkowych, w których przedmiotem jest życie

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

lub zdrowie Ubezpieczonego, z wyłączeniem umów obejmujących zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość sumy świadczeń należnych w związku ze śmiercią Ubezpieczonego, śmiercią Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku i śmiercią Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji.

Artykuł VII

Ograniczenie i wyłączenie odpowiedzialności

Prawo do świadczenia określonego w art. III ust. 3 nie zostanie przyznane, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, był bezpośrednio lub pośrednio spowodowany przyczynami wymienionymi w art. X ust. 3 OWU Umowy podstawowej.

Artykuł VIII

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się postanowienia OWU Umowy podstawowej.
2. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr GL/ob./6/4/2009 z dnia 15 kwietnia 2009 r. i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 maja 2009 r.

Andrzej Jarczyk



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

Artur Olech



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO CAŁKOWITEGO INWALIDZTWA W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Artykuł I

Postanowienia ogólne

Niniejsze ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego całkowitego inwalidztwa spowodowanego w wyniku nieszczęśliwego wypadku stanowią integralną część Umowy podstawowej.

Artykuł II

Definicje

Terminy określone w OWU Umowy podstawowej stosuje się odpowiednio także w niniejszych OWU. Do terminów tych dodaje się następujące:

Suma ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej – kwota określona w Polisie, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy dodatkowej.

Trwałe całkowite inwalidztwo – powstałe w wyniku nieszczęśliwego wypadku trwałe i całkowite uszkodzenie ciała Ubezpieczonego. Towarzystwo obejmuje ochroną ubezpieczeniową wyłącznie te rodzaje trwałego inwalidztwa, które wymienione zostały w Tabeli 1.

Umowa dodatkowa – Umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU.

Artykuł III

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Trwałe całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie Ubezpieczonemu świadczenia w przypadku wystąpienia Trwałego całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego, spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem.

Artykuł IV

Umowa dodatkowa

1. Umowa dodatkowa jest integralną częścią Umowy podstawowej.
2. Umowa dodatkowa jest obligatoryjnie zawierana wraz z Umową podstawową.
3. Okres ubezpieczenia, początek i koniec okresu ubezpieczenia jest zgodny z postanowieniami Umowy podstawowej.

4. Umowa dodatkowa może być zawarta, jeżeli wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi nie mniej niż 15 lat i nie więcej niż 65.
5. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od początku dnia następującego po dniu zawarcia Umowy, nie wcześniej jednak niż od początku dnia następującego po dniu opłacenia składki. Składkę uważa się za opłaconą w dniu roboczym następującym po uznaniu rachunku bankowego wskazanego przez Towarzystwo.
6. Wraz z automatycznym przedłużeniem Umowy podstawowej następuje automatyczne przedłużenie Umowy dodatkowej.
7. Niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a Umowa dodatkowa zostaje rozwiązana z dniem rozwiązania Umowy podstawowej.

Artykuł V

Składka

1. W związku z zawarciem Umowy dodatkowej Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości określonej w Polisie.
2. Składka z tytułu Umowy dodatkowej doliczana jest do składki z tytułu Umowy podstawowej i płatna jest z tą samą częstotliwością i w tych samych terminach oraz dla tej samej wersji.
3. Ubezpieczającemu dla drugiej i kolejnej składki przysługuje prawo do 30 dniowej prolongaty terminu płatności składki, licząc od dnia jej wymagalności. W okresie prolongaty Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową.
4. Po upływie okresu prolongaty w przypadku zaległości w opłacaniu składki regularnej, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty zaległej składki, w dodatkowym terminie 14 dni oraz poinformuje go o skutkach nieopłacenia składki w wyżej wymienionym dodatkowym terminie.
5. Skutkiem nieopłacenia składki może być rozwiązanie Umowy. Skutki, o których mowa powyżej powstają z upływem dodatkowego terminu wskazanego w ust. 4.
6. W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, o ile nie wystąpiło zdarzenie objęte Umową.

**Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego całkowitego inwalidztwa
w wyniku nieszczęśliwego wypadku**

Artykuł VI

Wypłata świadczenia

1. Świadczenie, o którym mowa w ust. 6, zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, a Trwałe całkowite inwalidztwo nastąpiło przed upływem 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.
2. Oceny stopnia inwalidztwa dokonuje się po zakończeniu leczenia i zalecanej rehabilitacji.
3. Podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku Trwałego całkowitego inwalidztwa jest Suma ubezpieczenia dla umowy Trwałego całkowitego inwalidztwa określona w Polisie.
4. Jeżeli nieszczęśliwy wypadek spowodował utratę więcej niż jednego organu, spośród wymienionych w ust. 6, świadczenie wypłacane jest w wysokości sumy świadczeń należnych w związku z utratą poszczególnych organów, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5.
5. Świadczenie w związku z Trwałym całkowitym inwalidztwem Ubezpieczonego spowodowanymi tym samym nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia określonej w Polisie dla Trwałego całkowitego inwalidztwa.
6. W przypadku Trwałego całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości określonego w Tabeli nr 1 procentu Sumy ubezpieczenia dla umowy dodatkowej.

Tabela nr 1 Trwałe całkowite inwalidztwo

1)	Kończyna górna - całkowita fizyczna utrata		
	a)	w stawie barkowym	75%
	b)	powyżej lub na poziomie stawu łokciowego	65%
	c)	poniżej stawu łokciowego	55%
	d)	na poziomie nadgarstka	50%
	e)	kciuk w całości	20%
	f)	kciuk - paliczek paznokciowy	5%
	g)	kciuk - paliczek paznokciowy i część paliczka podstawnego (do 2/3 długości)	10%
	h)	palec wskazujący w całości	10%
	i)	palec wskazujący - całkowita utrata paliczka dystalnego lub środkowego – za każdy paliczek	3%
	j)	inny palec ręki - w całości	5%
k)	inny palec ręki - całkowita utrata paliczka dystalnego lub środkowego – za każdy paliczek	2%	
2)	Kończyna dolna - całkowita fizyczna utrata		
	a)	w stawie biodrowym	70%
	b)	powyżej lub na poziomie stawu kolanowego	60%
	c)	poniżej stawu kolanowego	50%
	d)	stopa w całości	40%
	e)	stopa z wyłączeniem pięty	30%
	f)	paluch - w całości	5%
	g)	paluch - paliczek paznokciowy	2%
h)	Inny palec u stopy - w całości	2%	
3)	Całkowita utrata wzroku		
	a)	w obu oczach	100%
	b)	w jednym oku	35%
c)	w jednym oku, jeśli przed wypadkiem stwierdzono ślepotę drugiego oka	65%	
4)	Całkowita utrata słuchu		
	a)	w obu uszach	50%
	b)	w jednym uchu	15%
c)	w jednym uchu, jeśli przed wypadkiem stwierdzono głuchotę drugiego ucha	35%	
5)	Całkowita utrata mowy (w wyniku utraty języka lub uszkodzenia fałdów głosowych)		40%
6)	Utrata powonienia (w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszkowego)		3%
7)	Nos - całkowita utrata		25%
8)	Małżowina uszna - całkowita utrata		10%
9)	Śledziona - całkowita utrata		15%

**Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego całkowitego inwalidztwa
w wyniku nieszczęśliwego wypadku**

10)	Nerka - całkowita utrata	35%
	a) całkowita utrata, przy drugiej nerce niewydolnej	60%
11)	Macica - całkowita utrata	
	a) w wieku do 45 roku życia	40%
	b) w wieku powyżej 45 roku życia	20%
12)	Jajnik lub jądro - całkowita utrata	20%
13)	Prącie - całkowita utrata	40%
14)	Gruczoł sutkowy - całkowita utrata	25%
15)	Brodawka sutkowa - całkowita utrata (dotyczy wyłącznie kobiet)	5%
16)	Płuco - całkowita utrata	20%

7. W przypadku zaistnienia inwalidztwa w obrębie organu, który był uszkodzony przed zajściem nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej, liczonego jako różnica pomiędzy stopniem inwalidztwa po zajściu nieszczęśliwego wypadku, a stopniem inwalidztwa istniejącym przed tym wypadkiem.
8. Jeżeli Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z trwałym całkowitym inwalidztwem w wyniku nieszczęśliwego wypadku, a następnie w ciągu 12 miesięcy od daty zajścia zdarzenia nastąpi śmierć Ubezpieczonego, będąca następstwem tego samego nieszczęśliwego wypadku, wówczas ze świadczenia wypłacanego w związku ze śmiercią Ubezpieczonego potrącona zostanie kwota świadczenia wypłaconego w związku z trwałym całkowitym inwalidztwem Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
9. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie dokumenty wskazane przez Towarzystwo, a w szczególności:
- 9.1. wniosek o wypłatę świadczenia,
 - 9.2. dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego,
 - 9.3. zaświadczenie lekarskie określające rodzaj trwałego całkowitego inwalidztwa i dokumentację medyczną z leczenia,
 - 9.4. protokół policyjny jeśli była wzywana policja.
10. Dokumenty wymienione w ust. 9 i art.VII ust. 2 pkt. 2.1 muszą być sporządzone w języku polskim. Jeśli zdarzenie miało miejsce poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej a dokumenty wymienione w ust. 9 i art.VII ust. 2 pkt 2.1 zostały sporządzone w języku obcym, osoba zgłaszająca roszczenie ma obowiązek przetłumaczyć je na język polski przez tłumacza przysięgłego na swój koszt. Dodatkowe dokumenty, o jakie Towarzystwo może wystąpić, niewymienione w ust. 9 i art.VII ust. 2 pkt 2.1, osoba zgłaszająca roszczenie ma obowiązek przetłumaczyć na język polski przez tłumacza przysięgłego na swój koszt.
11. Łączna kwota świadczeń w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, należnych z tytułu wszystkich Umów dodatkowych, w których przedmiotem jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego, z wyłączeniem umów obejmujących zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość sumy świadczeń należnych w związku ze śmiercią Ubezpieczonego, śmiercią Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku i śmiercią Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji.

Artykuł VII

Postępowanie po zajściu nieszczęśliwego wypadku

1. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy przyznania świadczenia, jeżeli Ubezpieczony nie zgłosił się niezwłocznie po zajściu nieszczęśliwego wypadku do lekarza lub nie poddał się zaleconemu leczeniu w celu złagodzenia skutków nieszczęśliwego wypadku.
2. W celu ustalenia zasadności zgłoszonego roszczenia oraz wysokości świadczenia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo:
 - 2.1. żądania od osoby zgłaszającej roszczenie przedstawienia dowodów medycznych (dokumentacji leczenia, wyników badań lekarskich, analiz laboratoryjnych itp.), świadczących o zakończeniu leczenia i rehabilitacji,
 - 2.2. skierowania Ubezpieczonego na badania lekarskie przeprowadzane przez lekarzy wyznaczonych przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.

Artykuł VIII

Ograniczenie i wyłączenie odpowiedzialności

Prawo do świadczenia określonego w art. III ust. 3 nie zostanie przyznane, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, który spowodował Trwałe całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, był bezpośrednio lub pośrednio spowodowany przyczynami wymienionymi w art. X ust. 3 OWU Umowy podstawowej.

Artykuł IX

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się odpowiednio postanowienia OWU Umowy podstawowej.
2. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr GL/ob./6/4/2009 z dnia 15 kwietnia 2009 r. i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 maja 2009 r.

Andrzej Jarczyk



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

Artur Olech



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Artykuł I

Postanowienia ogólne

Niniejsze ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku stanowią integralną część Umowy podstawowej.

Artykuł II

Definicje

Terminy określone w OWU Umowy podstawowej stosuje się odpowiednio także w niniejszych OWU. Do terminów tych dodaje się następujące:

Dzienna stawka świadczenia szpitalnego – kwota będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, wynosząca 1% sumy ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej.

OIOM – oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) będący wydziałem szpitalnym, prowadzony przez lekarzy specjalistów intensywnej terapii - anesteziologii, zapewniający przez 24 godziny na dobę specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzonej w specjalistyczny sprzęt, umożliwiający całodobowe monitorowanie i wspomaganie czynności życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w stanach zagrożenia życia. W rozumieniu niniejszych OWU OIOM-em nie są wydzielone sale intensywnego nadzoru, istniejące w ramach innych oddziałów specjalistycznych.

Pobyt w szpitalu – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu na zlecenie lekarza, trwający nieprzerwanie co najmniej 4 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.

Suma ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej – kwota określona w Polisie, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy dodatkowej.

Szpital – działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi, ich leczenie, przeprowadzanie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stacjonarnych, w szczególności do tych celów 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. W rozumieniu niniejszych OWU szpitalem nie jest dom opieki, hospicjum, ośrodek sanatoryjny, rehabilitacyjny lub wypoczynkowy, ani jakakolwiek placówka, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień.

Umowa dodatkowa – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWU, rozszerzająca zakres ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł III

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie świadczenia za pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, w wysokości dziennej stawki świadczenia

szpitalnego za każdy dzień pobytu zgodnie z art. VI niniejszej Umowy dodatkowej, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:

- 3.1. nieszczęśliwy wypadek, który spowodował pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej,
- 3.2. pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł IV

Umowa dodatkowa

1. Umowa dodatkowa jest integralną częścią Umowy podstawowej.
2. Umowa dodatkowa jest obligacyjnie zawierana wraz z Umową podstawową.
3. Okres ubezpieczenia, początek i koniec okresu ubezpieczenia jest zgodny z postanowieniami Umowy podstawowej.
4. Umowa dodatkowa może być zawarta, jeżeli wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi nie mniej niż 15 lat i nie więcej niż 65.
5. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od początku dnia następującego po dniu zawarcia Umowy, nie wcześniej jednak niż od początku dnia następującego po dniu opłacenia składki. Składkę uważa się za opłaconą w dniu roboczym następującym po uznaniu rachunku bankowego wskazanego przez Towarzystwo.
6. Wraz z automatycznym przedłużeniem Umowy podstawowej następuje automatyczne przedłużenie Umowy dodatkowej.
7. Niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a Umowa dodatkowa zostaje rozwiązana z dniem rozwiązania Umowy podstawowej.

Artykuł V

Składka

1. W związku z zawarciem umowy dodatkowej Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości i terminach określonych w Polisie.
2. Składka z tytułu Umowy dodatkowej doliczana jest do składki z tytułu Umowy podstawowej i płatna jest z tą samą częstotliwością oraz w tych samych terminach oraz dla tej samej wersji.
3. Ubezpieczającemu dla drugiej i kolejnej składki przysługuje prawo do 30 dniowej prolongaty terminu płatności składki, licząc od dnia jej wymagalności. W okresie prolongaty Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową.
4. Po upływie okresu prolongaty w przypadku zaległości w opłaceniu składki regularnej, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty zaległej składki, w dodatkowym terminie 14 dni oraz poinformuje go o skutkach nieopłacenia składki w wyżej wymienionym dodatkowym terminie.
5. Skutkiem nieopłacenia składki może być rozwiązanie Umowy. Skutki, o których mowa powyżej powstają z upływem dodatkowego terminu wskazanego w ust. 4.
6. W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, o ile nie wystąpiło zdarzenie objęte Umową.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Artykuł VI

Wypłata świadczenia

1. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości:
 - 1.1. 100 % dziennej stawki świadczenia szpitalnego za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
 - 1.2. 50 % dziennej stawki świadczenia szpitalnego za każdy następny dzień tego pobytu.
2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM-ie, jeśli pobyt ten był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem i rozpoczął się w okresie ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w ust. 1, w wysokości 100 % dziennej stawki świadczenia szpitalnego za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
4. Towarzystwo wypłaci świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu nieprzekraczającymi 180 dni w trakcie trwania Umowy dodatkowej.
5. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.
6. Jeżeli okres pobytu Ubezpieczonego w szpitalu przekracza 30 dni, możliwe jest wypłacenie części świadczenia, należnego w związku z tą częścią okresu pobytu w szpitalu. Powyższą zasadę, uprawniającą Ubezpieczonego do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego 30-dniowego okresu pobytu w szpitalu.
7. Łączna kwota świadczeń w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, należnych z tytułu wszystkich Umów dodatkowych, w których przedmiotem jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego, z wyłączeniem umów obejmujących zakres pobyt Ubezpieczonego w szpitalu

w wyniku nieszczęśliwego wypadku, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość sumy świadczeń należnych w związku ze śmiercią Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku i śmiercią Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji.

Artykuł VII

Ograniczenie i wyłączenie odpowiedzialności

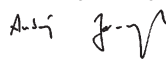
Prawo do świadczenia określonego w art. VI nie zostanie przyznane, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, który spowodował pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, był bezpośrednio lub pośrednio spowodowany przyczynami wymienionymi w art. X ust. 3 OWU Umowy podstawowej lub jeżeli pobyt w szpitalu miał na celu zabiegi rehabilitacyjne lub odbywał się w oddziałach rehabilitacyjnych.

Artykuł VIII

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU, stosuje się odpowiednio postanowienia OWU Umowy podstawowej.
2. OWU dodatkowego ubezpieczenia pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr GL/ob./6/4/2009 z dnia 15 kwietnia 2009 r. i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 maja 2009 r.

Andrzej Jarczyk



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

Artur Olech



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GENERALI ASSISTANCE

Artykuł I.

Postanowienia ogólne

1. Niniejsze ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia Generali Assistance zwane dalej OWU stanowią integralną część Umowy podstawowej.
2. Usługi Generali Assistance świadczone są na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i tylko wówczas jeśli zdarzenie objęte ochroną było następstwem nieszczęśliwego wypadku. Ochroną objęty jest Ubezpieczony oraz jego najbliższa rodzina (współmałżonek oraz dzieci).
3. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od początku dnia następującego po dniu zawarcia Umowy, nie wcześniej jednak niż od początku dnia następującego po opłaceniu składki. Składkę uważa się za opłaconą w dniu roboczym następującym po uznaniu rachunku bankowego wskazanego przez Towarzystwo.
4. Okres ubezpieczenia, początek i koniec okresu ubezpieczenia jest zgodny z postanowieniami Umowy podstawowej.

Artykuł II

Definicje

Centrum Pomocy Generali – telefoniczne centrum zgłoszeniowe prowadzone przez Europ Assistance Polska Sp.

z o.o., ul. Wołoska 5, 02-675 Warszawa, czynne przez całą dobę 365 dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej w zakresie usług Assistance oraz natychmiast wykonuje wymaganą usługę assistance. Numery telefonów Centrum Pomocy Generali to: 0 801 181 572 oraz (022) 205 50 25.

Dziecko – za dziecko uznaje się osobę/osoby pozostające pod władzą rodzicielską Ubezpieczonego, która w momencie nieszczęśliwego wypadku nie przekroczyła 18 roku życia.

Miejsce zamieszkania – miejsce stałego zameldowania Ubezpieczonego wskazane w dowodzie osobistym na terytorium Polski.

Nieszczęśliwy wypadek – nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną w następstwie, którego ubezpieczający niezależnie od swej woli doznał trwałego uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia.

Opieka nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi – opieka nad dzieckiem do 18 roku życia lub osobą niesamodzielną polegająca na zapewnieniu niezbędnych warunków bytowych oraz bezpieczeństwa.

Opieka nad zwierzętami domowymi – opieka w miejscu zamieszkania 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.

Osoba niesamodzielną – osoba zamieszkująca w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego w momencie nieszczęśliwego wypadku, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielną i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki.

Osoba wskazana – osoba zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazana przez Ubezpieczonego do sprawowania opieki nad psami lub kotami.

Osoba wyznaczona do opieki – osoba zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wyznaczona przez ubezpieczonego; wskazanie takiej osoby jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad dziećmi Ubezpieczonego lub osobami niesamodzielnymi.

Umowa dodatkowa – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWU, rozszerzająca zakres ochrony ubezpieczeniowej.

Uprawniony lekarz – zatrudniony w Centrum Pomocy Generali lekarz konsultant.

Usługi assistance – zorganizowanie pomocy medycznej, opieki nad ludźmi i zwierzętami na rzecz Ubezpieczonego oraz jego rodziny, a także świadczenie usług informacyjnych.

Współmałżonek – osoba, która w momencie nieszczęśliwego wypadku pozostaje z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.

Zwierzęta domowe – zwierzęta tradycyjnie przebywające wraz z człowiekiem w jego domu, utrzymywane przez niego w charakterze towarzysza, z wyłączeniem zwierząt, które mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia lub życia osób trzecich, np. psów uznanych za agresywne wg rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Artykuł III

Umowa dodatkowa

- Umowa dodatkowa jest integralną częścią Umowy podstawowej.
- Umowa dodatkowa jest obligatoryjnie zawierana wraz z Umową podstawową.
- Okres ubezpieczenia, początek i koniec okresu ubezpieczenia jest zgodny z postanowieniami Umowy podstawowej.
- Umowa dodatkowa może być zawarta, jeżeli wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi nie mniej niż 15 lat i nie więcej niż 65.
- Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od początku dnia następującego po dniu zawarcia Umowy, nie wcześniej jednak niż od początku dnia następującego po dniu opłacenia składki. Składkę uważa się za opłaconą w dniu roboczym następującym po uznaniu rachunku bankowego wskazanego przez Towarzystwo.
- Wraz z automatycznym przedłużeniem Umowy podstawowej następuje automatyczne przedłużenie Umowy dodatkowej.
- Niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a Umowa dodatkowa zostaje rozwiązana z dniem rozwiązania Umowy podstawowej.

Artykuł IV

Przedmiot ubezpieczenia

- W ramach usług assistance świadczonych przez Centrum Pomocy GENERALI zapewniona jest:
 - opieka medyczna, na którą składa się:
 - wizyta lekarza,
 - wizyta pielęgniarki,
 - dostarczenie leków,
 - transport medyczny oraz transport medyczny powrotny,

- transport na komisję lekarską oraz transport powrotny,
- opieka nad ludźmi, na którą składa się:
 - opieka nad osobami niesamodzielnymi i dziećmi,
 - transport osoby wyznaczonej do opieki nad osobami niesamodzielnymi i dziećmi,
 - transport osób niesamodzielnymi do osoby wskazanej,
- opieka nad zwierzętami, na którą składa się:
 - opieka nad zwierzętami domowymi,
 - transport zwierząt domowych,
- organizacja procesu rehabilitacji lub pomoc psychologa ,
- całodobowe usługi informacyjne w ramach Infolinii Medycznej, dotyczące między innymi takich zagadnień jak:
 - Krótką Informacją medyczną o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów),
 - Baza danych aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów,
 - Krótką informacją farmaceutyczną 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,
 - Informacja o rekomendowanych placówkach medycznych na terenie kraju,
 - Informacja o rekomendowanych placówkach diagnostycznych,
 - Informacja o rekomendowanych placówkach odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych,
 - Informacja o rekomendowanych placówkach lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych),
 - Informacja o działaniach, które należy podjąć przez oraz w trakcie podróży, na przykład niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia),
 - Informacja o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia, w tym o dietach, ciąży, profilaktyce antynikotynowej,
 - Informacja o grupach wsparcia w Polsce, dla osób dotkniętych alkoholizmem, trudna sytuacja rodzinna, cierpiących na określone schorzenia (np. cukrzyce, chorobę serca) dla kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci,
 - Informacja o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań.

Artykuł V

Zakres ubezpieczenia

Opieka medyczna

1. Jeżeli Ubezpieczony lub członek jego najbliższej rodziny, ulegnie nieszczęśliwemu wypadkowi oraz następnie zadzwoni do Centrum Pomocy Generali oraz jeżeli nie ma konieczności skorzystania z pogotowia ratunkowego, Centrum Pomocy Generali zorganizuje i pokryje koszty następujących usług w zależności od potrzeby Ubezpieczonego oraz decyzji lekarza dyżurnego Centrum Pomocy Generali:
 - 1.1. wizytę lekarza – zorganizowanie wizyty lekarskiej w miejscu pobytu, o ile miejsce pobytu Ubezpieczonego jest oddalone od miejsca zamieszkania o co najmniej 50 km – w zakres świadczeń wlicza się: pokrycie kosztów dojazdu i honorarium lekarza (bez limitu kwotowego);
 - 1.2. wizytę pielęgniarki – zorganizowanie wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu, pokrycie kosztów dojazdu i jej honorarium, jeżeli zostało to zalecone przez uprawnionego lekarza Centrum Pomocy Generali (do 7 wizyt lub 48 godzin od momentu nieszczęśliwego wypadku);
 - 1.3. transport medyczny – zorganizowanie transportu z miejsca pobytu do najbliższego szpitala lub innej placówki medycznej wskazanej przez lekarza uprawnionego Centrum Pomocy Generali oraz pokrycie kosztów transportu (bez limitu kwotowego); o celowości transportu do szpitala oraz o wyborze odpowiedniego środka transportu jak również wyborze placówki medycznej, decyduje uprawniony lekarz Centrum Pomocy Generali;
 - 1.4. transport medyczny powrotny – zorganizowanie transportu ze szpitala lub innej placówki medycznej do miejsca pobytu odpowiednim zalecanym przez uprawnionego lekarza Centrum Pomocy Generali środkiem transportu i pokrycie jego kosztów (bez limitu kwotowego), o celowości transportu do szpitala oraz o wyborze odpowiedniego środka transportu, decyduje uprawniony lekarz Centrum Pomocy Generali;
 - 1.5. transport na komisję lekarską oraz transport powrotny – zorganizowanie jednorazowego transportu z miejsca zamieszkania na komisję lekarską w miejscu zamieszkania oraz z powrotem, odpowiednim zalecanym przez uprawnionego lekarza lub pracownika Centrum Pomocy Generali środkiem transportu (bez limitu kwotowego);
 - 1.6. dostarczenie leków – zorganizowanie i pokrycie kosztów dostarczenia leków przepisanych przez lekarza Centrum Pomocy Generali do miejsca pobytu, jeżeli zostało to zalecone przez uprawnionego lekarza Centrum Pomocy Generali (bez kosztów leków);
 - 1.7. zorganizowania procesu rehabilitacji lub pomocy psychologa, w zależności od wyboru ubezpieczonego lub członka jego rodziny;
 - 1.8. Organizacja procesu rehabilitacji – Na zlecenie lekarza wyznaczonego przez Centrum Pomocy Generali, Centrum Pomocy Generali może zorganizować proces rehabilitacji (ustalenie koniecznych zabiegów oraz ich ilości bez pokrycia kosztów) i pokrycie kosztów transportu na te zabiegi w miejscu zamieszkania, jednakże nie więcej niż 3 wizyty w ramach jednego zdarzenia;
 - 1.9. Pomoc psychologa – Na zlecenie lekarza wyznaczonego przez Centrum Pomocy

Generali, organizacja i pokrycie kosztów wizyty u wyznaczonego przez Centrum Pomocy Generali psychologa w miejscu zamieszkania. Ilość zgodna z zaleceniem lekarskim, jednakże nie więcej niż 3 wizyty w ramach zdarzenia. Pomoc psychologiczna jest formą rehabilitacji;

Opieka nad ludźmi

2. Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony jest hospitalizowany i jeżeli pełni on rolę opiekuna lub rodzica oraz brak jest osoby, która mogłaby zaopiekować się dziećmi lub osobami niesamodzielnymi Centrum Pomocy Generali może w razie konieczności zorganizować świadczenie do wyboru przez Ubezpieczonego:
 - 2.1. opiekę nad osobami niesamodzielnymi i dziećmi – zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki nad osobami niesamodzielnymi lub dziećmi w miejscu zamieszkania lub w miejscu pobytu Ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez pierwsze 3 dni od wypadku;
 - 2.2. transport osoby wyznaczonej do opieki nad osobami niesamodzielnymi i dziećmi – zorganizowanie i pokrycie kosztów przejazdu w obydwie strony (bilec kolejowy pierwszej klasy lub autobusowy) dla bliskiej osoby zamieszkałej w Polsce i wyznaczonej przez Ubezpieczonego do opieki nad osobami niesamodzielnymi lub dziećmi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania lub miejsca pobytu Ubezpieczonego;
 - 2.3. Transport osób niesamozależnych do osoby wskazanej – zorganizowanie i pokrycie kosztów przejazdu osoby niesamozależnej do osoby wskazanej zamieszkałej w Polsce w obydwie strony (bilec kolejowy pierwszej klasy lub autobusowy);

Opieka nad zwierzętami

3. Jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku 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 Polski bez opieki pozostają zwierzęta domowe, Centrum Pomocy Generali zorganizuje świadczenie, do wyboru przez Ubezpieczonego:
 - 3.1. opiekę nad zwierzętami domowymi – zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki nad zwierzętami domowymi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego przez pierwsze 3 dni od wypadku;
 - 3.2. transport zwierząt domowych – zorganizowanie i pokrycie kosztów przewozu zwierząt domowych do osoby wskazanej przez Ubezpieczonego lub do schroniska/hotelu dla zwierząt do kwoty 300 zł;Warunkiem wykonania świadczenia jest dostarczenie przez Ubezpieczonego lub osobę wskazaną aktualnej książeczki szczepień zwierzęcia.

Artykuł VI

Postępowanie w przypadku szkody

1. W przypadku wystąpienia szkody, Ubezpieczony lub osoba przez niego wyznaczona zobowiązana jest do telefonicznego skontaktowania się z Centrum Pomocy Generali Ubezpieczony lub osoba przez niego wyznaczona powinna podać następujące dane:
 - 1.1. imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - 1.2. adres zamieszkania ubezpieczonego,
 - 1.3. numer polisy,
 - 1.4. okres ubezpieczenia,
 - 1.5. krótki opis zajścia i rodzaju koniecznej pomocy,

- 1.6. numer telefonu do skontaktowania się z ubezpieczonym lub osobą przez niego wyznaczoną,
- 1.7. inne informacje konieczne pracownikowi Centrum Pomocy Generali do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
2. W przypadku gdy podane telefonicznie informacje są niezgodne z danymi posiadanymi przez Centrum Pomocy Generali i mogą nasuwać wątpliwości co do uprawnień Ubezpieczonego do korzystania ze świadczeń assistance, Ubezpieczony na żądanie pracownika Centrum Pomocy Generali zobowiązany jest okazać ważną Polisę oraz dowód jej opłacenia usługodawcy przybytemu na miejsce zdarzenia, pod rygorem niewykonania świadczeń assistance.
3. W przypadku odmowy udzielenia informacji przez Ubezpieczonego zgodnie z ust. 2 lub braku współpracy z obsługą Centrum Pomocy Generali, Centrum Pomocy Generali może odmówić organizacji świadczeń określonych w Artykule V. Świadczenia, o których mowa w Artykule V, przysługują tylko na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Świadczenia, o których mowa wyżej, zostaną zrealizowane przez Centrum Pomocy Generali, jeżeli Ubezpieczony posiada ważną polisę oraz opłacił składkę oraz po weryfikacji dokonanej zgodnie z Artykułem VI.
5. Centrum Pomocy Generali nie ponosi odpowiedzialności za niewykonanie świadczeń assistance, określonych w niniejszych OWU w trakcie działania siły wyższej, pod pojęciem której rozumie się w szczególności: trzęsienie ziemi, powódź, huragan, pożar oraz innych klęsk nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne opóźnienia zaistniałe z przyczyn zewnętrznych niezależnych od Centrum Pomocy Generali (w tym zjawisk meteorologicznych), mogących powodować niedyspozycyjność usługodawców realizujących dane świadczenia.

Artykuł VII

Suma Ubezpieczenia

1. Suma ubezpieczenia zostaje ustalona w złotych polskich, w kwocie nieprzekraczającej równowartości 10.000 zł dla jednego zdarzenia assistance objętego ubezpieczeniem.
2. W ramach jednego zdarzenia Assistance, Ubezpieczonemu przysługuje skorzystanie z wszystkich przysługujących usług tylko jeden raz.

Artykuł VIII

Refundacje

1. Refundacji za świadczenia niezorganizowane przez Centrum Pomocy Generali, nie przewiduje się, chyba że Ubezpieczony uzyskał ustną zgodę (drogą telefoniczną) Centrum Pomocy Generali na zorganizowanie świadczenia we własnym zakresie.
2. Ubezpieczony powinien złożyć wniosek o refundację kosztów świadczeń, w sytuacjach o których mowa

w ust. 1, niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od ustania przeszkody w zawiadomieniu Centrum Pomocy Generali.

3. Wnioski o refundację kosztów, o których mowa w ust. 1, Ubezpieczony zgłasza pisemnie do Centrum Pomocy Generali pod adresem:

Europ Assistance Polska Sp. z o.o.
ul. Wołoska 5, budynek TAURUS, 02-675 Warszawa,
Fax: +48 (22) 205 50 11

4. Centrum Pomocy Generali przekazuje Ubezpieczonemu decyzję w sprawie wniosku o refundację i dokonuje jej w terminie do 30 dni od daty otrzymania wniosku o refundację kosztów.
5. Koszty refundowane przez Europ Assistance są dokonywane w wysokości, w jakiej byłyby one poniesione, gdyby świadczenie organizował Europ Assistance.
6. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Generali 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. Jednakże bezsporną część refundacji Centrum Pomocy Generali wypłaca w terminie określonym w ust. 3.

Artykuł IX

Reklamacje

1. Jeżeli Ubezpieczony nie zgadza się z ustaleniami Centrum Pomocy Generali, co do odmowy zaspokojenia roszczeń lub co do wysokości odszkodowania, może w ciągu 30 dni od daty otrzymania decyzji w tej sprawie zgłosić na piśmie listem poleconym żądanie ponownego rozpatrzenia sprawy przez Towarzystwo.
2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1 zostanie rozpatrzony w ciągu 30 dni od daty wpływu do Towarzystwa.

Artykuł X

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się postanowienia OWU Umowy podstawowej.
2. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr GL/ob./6/4/2009 z dnia 15 kwietnia 2009 r. i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 maja 2009 r.

Andrzej Jarczyk



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

Artur Olech



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W ŚRODKU LOKOMOCJI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Artykuł I

Postanowienia ogólne

Niniejsze ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji stanowią integralną część Umowy podstawowej.

Artykuł II

Definicje

Terminy określone w OWU Umowy podstawowej stosuje się odpowiednio także w niniejszych OWU. Do terminów tych dodaje się następujące:

Nieszczęśliwy wypadek w środku lokomocji – nieszczęśliwy wypadek, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako kierowca lub pasażer pojazdu samochodowego lub był kierującym lub pasażerem pojazdu szynowego, statku wodnego lub powietrznego, który uległ wypadkowi w związku z ruchem drogowym, wodnym lub powietrznym, a także w związku z ruchem pojazdu szynowego.

Pojazd samochodowy – pojazd silnikowy, którego konstrukcja umożliwia jazdę z prędkością przekraczającą 25 km/h, z wyłączeniem ciągnika rolniczego.

Statek powietrzny – urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania powietrza innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów osobowych.

Statek wodny – urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, w tym również prom, wodolot i poduszkowiec. Suma ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej - kwota określona w Polisie, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy dodatkowej.

Umowa dodatkowa – Umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU, rozszerzająca zakres ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł III

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie świadczenia w wysokości Sumy ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 3.1. nieszczęśliwy wypadek w środku lokomocji nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej,
 - 3.2. śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

Artykuł IV

Umowa dodatkowa

1. Umowa dodatkowa jest integralną częścią Umowy podstawowej.
2. Umowa dodatkowa jest fakultatywnie zawierana wraz z Umową podstawową.
3. Umowa dodatkowa może być zawarta, jeżeli wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi nie mniej niż 15 lat i nie więcej niż 65.

4. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od początku dnia następującego po dniu zawarcia Umowy, nie wcześniej jednak niż od początku dnia następującego po dniu opłacenia składki. Składkę uważa się za opłaconą w dniu roboczym następującym po uznaniu rachunku bankowego wskazanego przez Towarzystwo.
5. Umowa dodatkowa może być zawarta w każdą rocznicę polisy, ze skutkiem od najbliższej rocznicy polisy następującej po pisemnym zatwierdzeniu jej zawarcia przez Towarzystwo.
6. Umowa dodatkowa zostaje zawarta na okres 1 roku. Co roku okres, na jaki zawarto Umowę dodatkową, ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok, chyba że Ubezpieczający lub Towarzystwo złoży pisemne oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej, na co najmniej 30 dni przed upływem każdego okresu, na jaki zawarto Umowę dodatkową.
7. W przypadku gdy Ubezpieczający nie skorzystał z możliwości automatycznego przedłużenia Umowy dodatkowej, traci prawo do ponownego zawarcia Umowy dodatkowej w przyszłości.
8. Niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a Umowa dodatkowa zostaje rozwiązana:
 - 8.1. z dniem rozwiązania Umowy podstawowej,
 - 8.2. z dniem poprzedzającym rocznicę polisy, następującą po ukończeniu przez Ubezpieczonego 66-tego roku życia,
 - 8.3. z upływem okresu na jaki została zawarta lub automatycznie odnowiona,
 - 8.4. z dniem zajścia zdarzenia objętego ochroną.

Artykuł V

Składka

1. W związku z zawarciem Umowy dodatkowej Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości określonej w polisie.
2. Składka z tytułu Umowy dodatkowej doliczana jest do składki z tytułu Umowy podstawowej i płatna jest z tą samą częstotliwością i w tych samych terminach oraz dla tej samej wersji.
3. Ubezpieczającemu dla drugiej i kolejnej składki przysługuje prawo do 30 dniowej prolongaty terminu płatności składki, licząc od dnia jej wymagalności. W okresie prolongaty Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową.
4. Po upływie okresu prolongaty w przypadku zaległości w opłacaniu składki regularnej, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty zaległej składki, w dodatkowym terminie 14 dni oraz poinformuje go o skutkach nieopłacenia składki w wyżej wymienionym dodatkowym terminie.
5. Skutkiem nieopłacenia składki może być rozwiązanie Umowy. Skutki, o których mowa powyżej powstają z upływem dodatkowego terminu wskazanego w ust. 4.
6. W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, o ile nie wystąpiło zdarzenie objęte Umową.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w środku lokomocji w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Artykuł VI

Wypłata świadczenia

1. Jeżeli Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z trwałym całkowitym bądź częściowym inwalidztwem w wyniku nieszczęśliwego wypadku, a następnie w ciągu 12 miesięcy od daty zajścia zdarzenia nastąpi śmierć Ubezpieczonego, będąca następstwem tego samego nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji, wówczas ze świadczenia wypłacanego w związku ze śmiercią w środku lokomocji w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego potrącona zostanie kwota świadczenia wypłaconego w związku z trwałym całkowitym bądź częściowym inwalidztwem.
2. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie dokumenty wskazane przez Towarzystwo, a w szczególności:
 - 2.1. wniosek o wypłatę świadczenia,
 - 2.2. dokument potwierdzający tożsamość Uposażonego,
 - 2.3. odpis skrócony aktu zgonu,
 - 2.4. zaświadczenie określające przyczynę śmierci, wystawione przez lekarza lub odnośne władze,
 - 2.5. protokół policyjny, jeśli była wzywana policja.
3. Dokumenty wymienione w ust. 2 muszą być sporządzone w języku polskim. Jeśli zdarzenie miało miejsce poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej a dokumenty wymienione w ust. 2 zostały sporządzone w języku obcym, osoba zgłaszająca roszczenie ma obowiązek przetłumaczyć je na język polski przez tłumacza przysięgłego na swój koszt. Dodatkowo dokumenty, o jakie Towarzystwo może wystąpić, niewymienione w ust. 2, osoba zgłaszająca roszczenie ma obowiązek przetłumaczyć na język polski przez tłumacza przysięgłego na swój koszt.
4. Łączna kwota świadczeń w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, należnych z tytułu wszystkich

Umów dodatkowych, w których przedmiotem jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego, z wyłączeniem umów obejmujących zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość sumy świadczeń należnych w związku ze śmiercią Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku i śmiercią Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji.

Artykuł VII

Ograniczenie i wyłączenie odpowiedzialności

Prawo do świadczenia określonego w art. III ust. 3 nie zostanie przyznane, jeżeli nieszczęśliwy wypadek w środku lokomocji, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, był bezpośrednio lub pośrednio spowodowany przyczynami wymienionymi w art. X ust. 3 OWU Umowy podstawowej.

Artykuł VIII

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się postanowienia OWU Umowy podstawowej.
2. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr GL/ob./6/4/2009 z dnia 15 kwietnia 2009 r. i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 maja 2009 r.

Andrzej Jarczyk



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

Artur Olech



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK REHABILITACJI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Artykuł I

Postanowienia ogólne

Niniejsze ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek rehabilitacji w wyniku nieszczęśliwego wypadku stanowią integralną część Umowy podstawowej.

Artykuł II

Definicje

Terminy określone w OWU Umowy podstawowej stosuje się odpowiednio także w niniejszych OWU. Do terminów tych dodaje się następujące:

Koszty rehabilitacji – niezbędne z medycznego punktu widzenia koszty poniesione przez Ubezpieczonego w związku z rehabilitacją stanowiącą integralną część leczenia następstw nieszczęśliwego wypadku, prowadzoną na zlecenia i pod kontrolą lekarza, mającą na celu uzyskanie optymalnego poziomu funkcjonowania utraconych w wyniku nieszczęśliwego wypadku czynności uszkodzonego narządu lub narządów.

Suma ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej – kwota określona w Polisie, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy dodatkowej.
Umowa dodatkowa - Umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU, rozszerzająca zakres ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł III

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje koszty rehabilitacji, która jest następstwem nieszczęśliwego wypadku.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa polega na zwrocie kosztów rehabilitacji, która jest następstwem nieszczęśliwego wypadku, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 3.1. nieszczęśliwy wypadek nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej,
 - 3.2. rehabilitacja Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w przeciągu 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.

Artykuł IV

Umowa dodatkowa

1. Umowa dodatkowa jest integralną częścią Umowy podstawowej.
2. Umowa dodatkowa jest fakultatywnie zawierana wraz z Umową podstawową.
3. Umowa dodatkowa może być zawarta, jeżeli wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi nie mniej niż 15 lat i nie więcej niż 65.

4. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od początku dnia następującego po dniu zawarcia Umowy, nie wcześniej jednak niż od początku dnia następującego po dniu opłacenia składki. Składkę uważa się za opłaconą w dniu roboczym następującym po uznaniu rachunku bankowego wskazanego przez Towarzystwo.
5. Umowa dodatkowa może być zawarta w każdą rocznicę polisy, ze skutkiem od najbliższej rocznicy polisy następującej po pisemnym zatwierdzeniu jej zawarcia przez Towarzystwo.
6. Umowa dodatkowa zostaje zawarta na okres 1 roku. Co roku okres, na jaki zawarto Umowę dodatkową, ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok, chyba że Ubezpieczający lub Towarzystwo złoży pisemne oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej, na co najmniej 30 dni przed upływem każdego okresu, na jaki zawarto Umowę dodatkową.
7. W przypadku gdy Ubezpieczający nie skorzystał z możliwości automatycznego przedłużenia Umowy dodatkowej, traci prawo do ponownego zawarcia Umowy dodatkowej w przyszłości.
8. Niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a Umowa dodatkowa zostaje rozwiązana:
 - 8.1. z dniem rozwiązania Umowy podstawowej,
 - 8.2. z dniem poprzedzającym rocznicę polisy, następującą po ukończeniu przez Ubezpieczonego 66-tego roku życia,
 - 8.3. z upływem okresu, na jaki została zawarta lub automatycznie odnowiona.

Artykuł V Składka

1. W związku z zawarciem Umowy dodatkowej Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości określonej w polisie.
2. Składka z tytułu Umowy dodatkowej doliczana jest do składki z tytułu Umowy i płatna jest z tą samą częstotliwością i w tych samych terminach oraz dla tej samej wersji.
3. Ubezpieczającemu dla drugiej i kolejnej składki przysługuje prawo do 30 dniowej prolongaty terminu płatności składki, licząc od dnia jej wymagalności. W okresie prolongaty Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową.
4. Po upływie okresu prolongaty w przypadku zaległości w opłacaniu składki regularnej, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty zaległej składki, w dodatkowym terminie 14 dni oraz poinformuje go o skutkach nieopłacenia składki w wyżej wymienionym dodatkowym terminie.
5. Skutkiem nieopłacenia składki może być rozwiązanie Umowy. Skutki, o których mowa powyżej powstają z upływem dodatkowego terminu wskazanego w ust. 4.
6. W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, o ile nie wystąpiło zdarzenie objęte Umową.

Artykuł VI Wypłata świadczenia

1. Towarzystwo pokryje koszty rehabilitacji powstałe z tytułu zabiegów rehabilitacyjnych. Towarzystwo nie pokrywa kosztów konsultacji lekarzy, kosztów zakupu sprzętu rehabilitacyjnego oraz kosztów pobytu w szpitalu w związku z rehabilitacją.
2. Świadczenie przysługuje wyłącznie, gdy Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia z tytułu trwałego całkowitego inwalidztwa, trwałego częściowego inwalidztwa lub operacji chirurgicznych w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
3. Zwrot kosztów następuje na podstawie dostarczonych oryginałów rachunków pod warunkiem, że koszty poniesione zostały w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
4. Świadczenie z Umowy dodatkowej przyznane w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć 100% Sumy ubezpieczenia dla umowy dodatkowej.
5. Łączna kwota świadczeń w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, należnych z tytułu wszystkich Umów dodatkowych, w których przedmiotem jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego, z wyłączeniem umów obejmujących zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość sumy świadczeń należnych w związku ze śmiercią Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku i śmiercią Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji.

Artykuł VII Ograniczenie i wyłączenie odpowiedzialności

Prawo do świadczenia określonego w art. VI ust. 1 i 2 nie zostanie przyznane, jeżeli nieszczęśliwy wypadek w środku lokomocji, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, był bezpośrednio lub pośrednio spowodowany przyczynami wymienionymi w art. X ust. 3 OWU Umowy podstawowej.

Artykuł VIII Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się postanowienia OWU Umowy podstawowej.
2. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr GL/ob./6/4/2009 z dnia 15 kwietnia 2009 r. i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 maja 2009 r.

Andrzej Jarczyk



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

Artur Olech



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEJ OPERACJI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Artykuł I

Postanowienia ogólne

Niniejsze ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnej operacji w wyniku nieszczęśliwego wypadku stanowią integralną część Umowy podstawowej.

Artykuł II

Definicje

Terminy określone w OWU Umowy podstawowej stosuje się odpowiednio także w niniejszych OWU. Do terminów tych dodaje się następujące:

Operacja – inwazyjny zabieg chirurgiczny, wykonywany w szpitalu, w obecności anestezjologa, przez osobę, która zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa jest uprawniona do jego przeprowadzenia, polegający na otwarciu przestrzeni i jam ciała lub światła narządów wewnętrznych, połączony z bezpośrednią ingerencją w ich wnętrze. Operacja musi być konieczna z medycznego punktu widzenia do leczenia albo złagodzenia przyczyn lub objawów choroby, uszkodzeń ciała, przywrócenia prawidłowych czynności narządu lub układu, albo usunięcia całości lub części narządu z ogniskiem chorobowym, powstałym w skutek nieszczęśliwego wypadku.

Suma ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej – kwota określona w Polisie, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy dodatkowej.

Szpital – działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi, ich leczenie, przeprowadzanie badań diagnostycznych, wykonywanie zabiegów chirurgicznych w warunkach stacjonarnych, w specjalnie do tych celów 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. W rozumieniu niniejszych OWU szpitalem nie jest dom opieki, hospicjum, ośrodek sanatoryjny, rehabilitacyjny lub wypoczynkowy, ani jakakolwiek placówka, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień.

Umowa dodatkowa – Umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU, rozszerzająca zakres ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł III

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie operacje wymienione w Załączniku do niniejszych OWU - Katalog poważnych operacji do Umowy dodatkowej przeprowadzone w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje operacji, których konieczność przeprowadzenia nie jest skutkiem nieszczęśliwego wypadku.

Artykuł IV

Umowa dodatkowa

1. Umowa dodatkowa jest integralną częścią Umowy podstawowej.
2. Umowa dodatkowa jest fakultatywnie zawierana wraz z Umową podstawową.
3. Umowa dodatkowa może być zawarta, jeżeli wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi nie mniej niż 15 lat i nie więcej niż 65.

4. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od początku dnia następującego po dniu zawarcia Umowy, nie wcześniej jednak niż od początku dnia następującego po dniu opłacenia składki. Składkę uważa się za opłaconą w dniu roboczym następującym po uznaniu rachunku bankowego wskazanego przez Towarzystwo.
5. Umowa dodatkowa może być zawarta w każdą rocznicę polisy, ze skutkiem od najbliższej rocznicy polisy następującej po pisemnym zatwierdzeniu jej zawarcia przez Towarzystwo.
6. Umowa dodatkowa zostaje zawarta na okres 1 roku. Co roku okres, na jaki zawarto Umowę dodatkową, ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok, chyba że Ubezpieczający lub Towarzystwo złoży pisemne oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej, na co najmniej 30 dni przed upływem każdego okresu, na jaki zawarto Umowę dodatkową.
7. W przypadku gdy Ubezpieczający nie skorzystał z możliwości automatycznego przedłużenia Umowy dodatkowej, traci prawo do ponownego zawarcia Umowy dodatkowej w przyszłości.
8. Niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a Umowa dodatkowa zostaje rozwiązana:
 - 8.1. z dniem rozwiązania Umowy podstawowej,
 - 8.2. z dniem poprzedzającym rocznicę polisy, następującą po ukończeniu przez Ubezpieczonego 66-tego roku życia,
 - 8.3. z upływem okresu na jaki została zawarta lub automatycznie odnowiona,
 - 8.4. z dniem w którym łączna wysokość świadczeń należnych z tytułu Umowy dodatkowej, liczonych jako suma punktów procentowych sumy ubezpieczenia, przekroczy 100%.

Artykuł V

Składka

1. W związku z zawarciem Umowy dodatkowej Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości określonej w polisie.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki regularnej za Umowę i płatna jest z tą samą częstotliwością oraz w tych samych terminach oraz dla tej samej wersji.
3. Ubezpieczającemu dla drugiej i kolejnej składki przysługuje prawo do 30 dniowej prolongaty terminu płatności składki, licząc od dnia jej wymagalności. W okresie prolongaty Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową.
4. Po upływie okresu prolongaty w przypadku zaległości w opłacaniu składki regularnej, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty zaległej składki, w dodatkowym terminie 14 dni oraz poinformuje go o skutkach nieopłacenia składki w wyżej wymienionym dodatkowym terminie.
5. Skutkiem nieopłacenia składki może być rozwiązanie Umowy. Skutki, o których mowa powyżej powstają z upływem dodatkowego terminu wskazanego w ust. 4.
6. W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, o ile nie wystąpiło zdarzenie objęte Umową.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnej operacji w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Artykuł VI

Wypłata świadczenia

1. W przypadku poddania Ubezpieczonego Operacji w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości części Sumy ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej określonej w Katalogu poważnych operacji. Katalog stanowi załącznik do Umowy dodatkowej.
2. W przypadku, gdy w okresie kolejnych 30 dni, w czasie których Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, zostały przeprowadzone u Ubezpieczonego inne operacje, niezależnie od ich ilości Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie, w wysokości świadczenia należnego za operację o najwyższej wartości spośród wszystkich operacji przeprowadzonych w tym okresie.
3. W przypadku, gdy operacja przeprowadzona u Ubezpieczonego jest objęta więcej niż jedną kategorią, Towarzystwo wypłaci jedno świadczenie w wysokości świadczenia wynikającego z kategorii o najwyższej wartości świadczenia spośród kategorii, do których zakwalifikowano operację.
4. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie dokumenty wskazane przez Towarzystwo, a w szczególności:
 - 4.1. wniosek o wypłatę świadczenia,
 - 4.2. dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego,
 - 4.3. dokumenty potwierdzające przeprowadzenie u Ubezpieczonego operacji:
 - a) karta wypisu ze szpitala lub karta leczenia ambulatoryjnego i wyniki badań,
 - b) zaświadczenie lekarskie.
5. Dokumenty wymienione w ust. 4 muszą być sporządzone w języku polskim. Jeśli zdarzenie miało miejsce poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej a dokumenty wymienione w ust. 4 zostały sporządzone w języku obcym, osoba zgłaszająca roszczenie ma obowiązek przetłumaczyć je na język polski przez tłumacza przysięgłego na swój koszt. Dodatkowe dokumenty, o jakie Towarzystwo może wystąpić, niewymienione w ust. 4, osoba zgłaszająca roszczenie ma obowiązek przetłumaczyć na język polski przez tłumacza przysięgłego na swój koszt.
6. W celu ustalenia zasadności zgłoszonego roszczenia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo skierowania Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie w zakresie określonym przez Towarzystwo

i przeprowadzone przez lekarzy wskazanych przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.

7. W przypadku poddania Ubezpieczonego operacji, Ubezpieczony zobowiązany jest, pod rygorem utraty prawa do świadczenia, do:
 - 7.1. umożliwienia Towarzystwu uzyskania informacji dotyczących okoliczności wystąpienia nieszczęśliwego wypadku powodującego konieczność przeprowadzenia operacji,
 - 7.2. dostarczenia Towarzystwu wszelkich dokumentów, jakie uznane zostaną za niezbędne do rozpatrzenia zasadności roszczenia i ustalenia wysokości świadczenia.
8. Jeżeli Ubezpieczony nie dopełnił obowiązków wymienionych w ust. 7, a miało to wpływ na możliwość ustalenia zasadności roszczenia, Towarzystwo ma prawo do odmowy przyznania świadczenia.

Artykuł VII

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

1. Prawo do świadczenia w związku z poddaniem Ubezpieczonego operacji nie zostanie przyznane, jeżeli konieczność jej przeprowadzenia bezpośrednio lub pośrednio spowodowana była przyczynami wymienionymi w art. X ust. 3. OWU Umowy podstawowej, a ponadto, jeśli związana była z:
 - 2.1. wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 2.2. chorobą AIDS Ubezpieczonego lub zarażeniem się wirusem HIV.

Artykuł VIII

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się odpowiednio postanowienia OWU Umowy podstawowej.
2. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr GL/ob./6/4/2009 z dnia 15 kwietnia 2009 r. i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 maja 2009 r.

Andrzej Jarczyk



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

Artur Olech



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO CZĘŚCIOWEGO INWALIDZTWA W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Artykuł I

Postanowienia ogólne

Niniejsze ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego częściowego inwalidztwa spowodowanych wynikiem nieszczęśliwego wypadku stanowią integralną część Umowy podstawowej.

Artykuł II

Definicje

Terminy określone w OWU Umowy podstawowej stosuje się odpowiednio także w niniejszych OWU. Do terminów tych dodaje się następujące:

Oparzenie – proces chorobowy obejmujący zmiany miejscowe i ogólnoustrojowe wskutek zadziałania czynnika termicznego, chemicznego lub elektrycznego na organizm człowieka.

Suma ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej – kwota określona w Polisie, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy dodatkowej;

Trwałe częściowe inwalidztwo – powstałe w wyniku nieszczęśliwego wypadku trwałe uszkodzenie ciała Ubezpieczonego. Towarzystwo obejmuje ochroną ubezpieczeniową wyłącznie te rodzaje trwałego inwalidztwa, które wymienione zostały w Tabeli 2.

Umowa dodatkowa – Umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego częściowego inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Artykuł III

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Trwałe częściowe inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie Ubezpieczonemu świadczenia w przypadku wystąpienia Trwałego częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego, spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem.

Artykuł IV

Umowa dodatkowa

1. Umowa dodatkowa jest integralną częścią Umowy podstawowej.
2. Umowa dodatkowa jest fakultatywnie zawierana wraz z Umową podstawową.
3. Umowa dodatkowa może być zawarta, jeżeli wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi nie mniej niż 15 lat i nie więcej niż 65.
4. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od początku dnia następującego po dniu zawarcia Umowy, nie wcześniej jednak niż od początku dnia następującego po dniu opłacenia składki. Składkę uważa się za opłaconą w dniu roboczym następującym po uznaniu rachunku bankowego wskazanego przez Towarzystwo.
5. Umowa dodatkowa może być zawarta w każdej rocznicę polisy, ze skutkiem od najbliższej rocznicy polisy następującej po pisemnym zatwierdzeniu jej zawarcia przez Towarzystwo.
6. Umowa dodatkowa zostaje zawarta na okres 1 roku. Co roku okres, na jaki zawarto Umowę dodatkową, ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok, chyba że Ubezpieczający lub Towarzystwo złoży pisemne oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej, na co najmniej 30 dni przed upływem każdego okresu, na jaki zawarto Umowę dodatkową.
7. W przypadku gdy Ubezpieczający nie skorzystał z możliwości automatycznego przedłużenia Umowy dodatkowej, traci prawo do ponownego zawarcia Umowy dodatkowej w przyszłości.
8. Niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a Umowa dodatkowa zostaje rozwiązana:
 - 8.1. z dniem rozwiązania Umowy podstawowej,
 - 8.2. z dniem poprzedzającym rocznicę polisy, następującą po ukończeniu przez Ubezpieczonego 66-tego roku życia,
 - 8.3. z upływem okresu, na jaki została zawarta lub automatycznie odnowiona,
 - 8.4. z dniem, w którym łączna wysokość świadczeń należnych z tytułu Umowy dodatkowej, liczonych jako suma punktów procentowych sumy ubezpieczenia, przekroczy 100%.

Artykuł V

Składka

1. W związku z zawarciem Umowy dodatkowej Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości określonej w polisie.
2. Składka z tytułu Umowy dodatkowej doliczana jest do składki z tytułu Umowy podstawowej i płatna jest z tą samą częstotliwością i w tych samych terminach oraz dla tej samej wersji.
3. Ubezpieczającemu dla drugiej i kolejnej składki przysługuje prawo do 30 dniowej prolongaty terminu płatności składki, licząc od dnia jej wymagalności. W okresie prolongaty Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową.
4. Po upływie okresu prolongaty w przypadku zaległości w opłaceniu składki regularnej, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty zaległej składki, w dodatkowym terminie 14 dni oraz poinformuje go o skutkach nieopłacenia składki w wyżej wymienionym dodatkowym terminie.
5. Skutkiem nieopłacenia składki może być rozwiązanie Umowy. Skutki, o których mowa powyżej powstają z upływem dodatkowego terminu wskazanego w ust. 4.
6. W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, o ile nie wystąpiło zdarzenie objęte Umową.

Artykuł VI

Wypłata świadczenia

1. Świadczenie, o którym mowa w art. III ust. 3, zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, a Trwałe częściowe inwalidztwo nastąpiło przed upływem 6 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku.
2. Oceny stopnia inwalidztwa dokonuje się po zakończeniu leczenia i zalecanej rehabilitacji.
3. Podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku Trwałego częściowego inwalidztwa jest Suma ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej określona w Polisie.
4. Jeżeli nieszczęśliwy wypadek spowodował powstanie więcej niż jednego rodzaju obrażeń, spośród wymienionych w ust. 6, świadczenie wypłacane jest w wysokości sumy świadczeń należnych, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5.
5. Świadczenie w związku z Trwałym częściowym inwalidztwem Ubezpieczonego spowodowanym tym samym nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia określonej w Polisie dla Trwałego częściowego inwalidztwa.
6. W przypadku Trwałego częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości określonego w Tabeli nr 2 procentu Sumy ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej.

Tabela 2 Trwałe częściowe inwalidztwo

1)	Przepona - uszkodzenie mechaniczne lub uszkodzenie nerwu przeponowego	10%
2)	Żołądek - jeśli doszło do utraty > 60 % narządu	20%
3)	Przełyk	
	a) jeśli możliwe jest jedynie przyjmowanie płynów	30%
	b) jeśli konieczne jest odżywianie przez przetokę do żołądka	60%
4)	Wątroba	
	a) utrata segmentu wątroby	10%
	b) utrata płata wątroby	40%
5)	Płuca i opłucna (z zaburzeniami oddychania)	

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego częściowego inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku

	a)	bez niewydolności oddechowej	5%
	b)	z niewydolnością oddechową (potwierdzoną w spirometrii i gazometrii)	30%
6)	Serce		
	a)	z wydolnym układem krążenia	15%
	b)	z niewydolnością krążenia (potwierdzoną badaniem ECHO - EF <40%)	40%
7)	Jelito cienkie lub grube		
	a)	Jeśli doszło do wycięcia powyżej 50% długości jelita	20%
8)	Zwieracz odbytu - uszkodzenia powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów		50%
9)	Pęcherz moczowy lub cewka moczowa - Powodujące stałe, całkowite nietrzymanie moczu		20%
10)	Narząd wzroku		
	a)	utrata ostrości wzroku w jednym oku powyżej 70%, przy nie zaburzonym widzeniu drugiego oka	20%
	b)	utrata ostrości wzroku, przekraczająca 70% w każdym z obu oczu	50%
11)	Encefalopatia pourazowa z zespołem otępiennym, zespołami zaburzeń równowagi, zespołami pozapiramidowymi, wymagająca stałej opieki osób trzecich		100%
12)	Porażenie 4 kończynowe		100%
13)	Porażenie połowicze utrwalone		90%
14)	Porażenie dwóch kończyn górnych lub dolnych		80%
15)	Porażenie całej kończyny górnej		60%
16)	Porażenie całej kończyny dolnej		50%
17)	Utrwalony niedowład cztero kończynowy lub dwóch kończyn górnych lub dolnych		90%
18)	Niedowład połowiczny utrwalone z afazją		80%
19)	Niedowład połowiczny utrwalone		50%
20)	Niedowład jednej kończyny górnej		25%
21)	Niedowład jednej kończyny dolnej		15%
22)	Padaczka pourazowa		
	a)	z częstymi napadami grand - mal (3 lub więcej na miesiąc, pomimo leczenia)	40%
	b)	z napadami rzadkimi grand - mal (2 lub mniej na miesiąc, pomimo leczenia)	20%
23)	Całkowite porażenie n.pachowego		15%
24)	Całkowite porażenie n.pośrodkowego w obrębie ramienia		25%
25)	Całkowite porażenie n.promieniowego w okolicy barku		30%
26)	Całkowite porażenie n.promieniowego w okolicy przedramienia		10%
27)	Całkowite porażenie n.lokciowego		20%
28)	Całkowite porażenie n.udowego		20%
29)	Całkowite porażenie n.kulszowego		40%
30)	Zespół stożka końcowego rdzenia (zaburzenia ze strony zwieraczy)		30%
31)	Wstrząśnienie mózgu - Konieczne rozpoznanie w trakcie pobytu szpitalnego, trwającego co najmniej 3 dni		5%
32)	Urazowe bólowe zespoły korzeniowe		
	a)	szyjne	5%
	b)	piersiowe	3%
	c)	lędźwiowo-krzyżowe	5%
	d)	guziczne	2%
33)	Oparzenia II stopnia		
	a)	obejmujące 5 - 15 % powierzchni ciała	10%
	b)	obejmujące 16 - 30 % powierzchni ciała	25%
	c)	obejmujące powyżej 30 % powierzchni ciała	45%
34)	Oparzenia III stopnia		
	a)	obejmujące do 5% powierzchni ciała	10%
	b)	obejmujące 6 - 10% powierzchni ciała	25%
	c)	obejmujące powyżej 10% powierzchni ciała	45%

7. W przypadku zaistnienia inwalidztwa w obrębie organu, który był uszkodzony przed zajściem nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu sumy ubezpieczenia, liczonego jako różnica pomiędzy stopniem inwalidztwa po zajściu nieszczęśliwego wypadku a stopniem inwalidztwa istniejącym przed tym wypadkiem.
8. Jeżeli Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z Trwałym częściowym inwalidztwem w wyniku nieszczęśliwego wypadku, a następnie w ciągu 12 miesięcy od daty zajścia zdarzenia nastąpi śmierć Ubezpieczonego, będąca następstwem tego samego nieszczęśliwego wypadku, wówczas ze świadczenia

wypłacanego w związku ze śmiercią Ubezpieczonego potrącona zostanie kwota świadczenia wypłacanego w związku z Trwałym częściowym inwalidztwem Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

9. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie dokumenty wskazane przez Towarzystwo, a w szczególności:
- 9.1. wniosek o wypłatę świadczenia,
 - 9.2. dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego,
 - 9.3. zaświadczenie lekarskie określające rodzaj trwałego częściowego inwalidztwa i dokumentację medyczną z leczenia,

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego częściowego inwalidztwa w wyniku nieszczęśliwego wypadku

- 9.4. protokół policyjny, jeśli była wzywana policja.
10. Dokumenty wymienione w ust. 9 i art.VII ust. 2 pkt 2.1 muszą być sporządzone w języku polskim. Jeśli zdarzenie miało miejsce poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej a dokumenty wymienione w ust. 9 i art.VII ust. 2 pkt 2.1 zostały sporządzone w języku obcym, osoba zgłaszająca roszczenie ma obowiązek przetłumaczyć je na język polski przez tłumacza przysięgłego na swój koszt. Dodatkowe dokumenty, o jakie Towarzystwo może wystąpić, niewymienione w ust. 9 i art.VII ust. 2 pkt 2.1, osoba zgłaszająca roszczenie ma obowiązek przetłumaczyć na język polski przez tłumacza przysięgłego na swój koszt.
11. Łączna kwota świadczeń w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, należnych z tytułu wszystkich Umów dodatkowych, w których przedmiotem jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego, z wyłączeniem umów obejmujących zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość sumy świadczeń należnych w związku ze śmiercią Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku i śmiercią Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji.

Artykuł VII

Postępowanie po zajściu nieszczęśliwego wypadku

1. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy przyznania świadczenia, jeżeli Ubezpieczony nie zgłosił się niezwłocznie po zajściu nieszczęśliwego wypadku do lekarza lub nie poddał się zaleconemu leczeniu w celu złagodzenia skutków nieszczęśliwego wypadku.
2. W celu ustalenia zasadności zgłoszonego roszczenia oraz wysokości świadczenia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo:

- 2.1. żądania od osoby zgłaszającej roszczenie przedstawienia dowodów medycznych (dokumentacji leczenia, wyników badań lekarskich, analiz laboratoryjnych itp.), świadczących o zakończeniu leczenia i rehabilitacji,
- 2.2. skierowania Ubezpieczonego na badania lekarskie przeprowadzane przez lekarzy wyznaczonych przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.

Artykuł VIII

Ograniczenie i wyłączenie odpowiedzialności


Prawo do świadczenia określonego w art. III ust. 3 nie zostanie przyznane, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, który spowodował Trwałe całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, był bezpośrednio lub pośrednio spowodowany przyczynami wymienionymi w art. X ust. 3 OWU Umowy podstawowej.

Artykuł IX

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się odpowiednio postanowienia OWU Umowy podstawowej.
2. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr GL/ob./6/4/2009 z dnia 15 kwietnia 2009 r. i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 maja 2009 r.

Andrzej Jarczyk



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

Artur Olech



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URAZÓW KOŃCZYN I ZŁAMANIA KOŚCI W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Artykuł I

Postanowienia ogólne

Niniejsze ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek urazów kończyn i złamań kości spowodowanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku stanowią integralną część Umowy podstawowej.

Artykuł II

Definicje

Terminy określone w OWU Umowy podstawowej stosuje się odpowiednio także w niniejszych OWU. Do terminów tych dodaje się następujące:

Suma ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej – kwota określona w Polisie, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy dodatkowej.

Umowa dodatkowa – Umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU.

Uraz kończyny – uraz, który nie doprowadził do złamania kości, ale na zlecenie lekarza dokonano unieruchomienia w opatrunku gipsowym na co najmniej 10 dni.

Złamanie – spowodowane urazem przerwanie ciągłości tkanki kostnej. W rozumieniu niniejszych OWU złamaniem nie jest przerwanie ciągłości tkanki kostnej związane z istniejącym wcześniej stanem chorobowym (tzw. złamanie patologiczne).

Złamanie otwarte – złamanie powodujące przerwanie ciągłości skóry powyżej miejsca złamania przez odłamy kostne.

Złamanie wieloodłamowe – złamanie, w którym dochodzi do powstania więcej niż jednej szczeliny złamania.

Złamanie z przemieszczeniem – złamanie, w którym dochodzi do boczno, kątownego, obrotowego lub podłużnego przemieszczenia odłamów kostnych.

Pod pojęciem urazów kończyn i złamań kości rozumie się wyłącznie przypadki określone w art. VI ust. 5.

Artykuł III

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje urazy kończyn i złamanie kości Ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie Ubezpieczonemu świadczenia w przypadku wystąpienia urazu kończyny lub złamania kości Ubezpieczonego, spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem.

Artykuł IV

Umowa dodatkowa

1. Umowa dodatkowa jest integralną częścią Umowy podstawowej.
2. Umowa dodatkowa jest fakultatywnie zawierana wraz z Umową podstawową.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek urazów kończyn i złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku

3. Umowa dodatkowa może być zawarta, jeżeli wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi nie mniej niż 15 lat i nie więcej niż 65.
4. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od początku dnia następującego po dniu zawarcia Umowy, nie wcześniej jednak niż od początku dnia następującego po dniu opłacenia składki. Składkę uważa się za opłaconą w dniu roboczym następującym po uznaniu rachunku bankowego wskazanego przez Towarzystwo.
5. Umowa dodatkowa może być zawarta w każdej rocznicę polisy, ze skutkiem od najbliższej rocznicy polisy następującej po pisemnym zatwierdzeniu jej zawarcia przez Towarzystwo.
6. Umowa dodatkowa zostaje zawarta na okres 1 roku. Co roku okres, na jaki zawarto Umowę dodatkową, ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok, chyba że Ubezpieczający lub Towarzystwo złoży pisemne oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej, na co najmniej 30 dni przed upływem każdego okresu, na jaki zawarto Umowę dodatkową.
7. W przypadku gdy Ubezpieczający nie skorzystał z możliwości automatycznego przedłużenia Umowy dodatkowej, traci prawo do ponownego zawarcia Umowy dodatkowej w przyszłości.
8. Niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a Umowa dodatkowa zostaje rozwiązana:
 - 8.1. z dniem rozwiązania Umowy podstawowej,
 - 8.2. z dniem poprzedzającym rocznicę polisy, następującą po ukończeniu przez Ubezpieczonego 66-tego roku życia,
 - 8.3. z upływem okresu, na jaki została zawarta lub automatycznie odnowiona,
 - 8.4. z dniem, w którym łączna wysokość świadczeń należnych z tytułu Umowy dodatkowej, liczonych jako suma punktów procentowych sumy ubezpieczenia, przekroczy 100%.

Artykuł V Składka

1. W związku z zawarciem Umowy dodatkowej Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości określonej w polisie.
2. Składka z tytułu Umowy dodatkowej doliczana jest do składki z tytułu Umowy i płatna jest z tą samą

- częstotliwością i w tych samych terminach oraz dla tej samej wersji.
3. Ubezpieczającemu dla drugiej i kolejnej składki przysługuje prawo do 30 dniowej prolongaty terminu płatności składki, licząc od dnia jej wymagalności. W okresie prolongaty Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową.
 4. Po upływie okresu prolongaty w przypadku zaległości w opłacaniu składki regularnej, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty zaległej składki, w dodatkowym terminie 14 dni oraz poinformuje go o skutkach nieopłacenia składki w wyżej wymienionym dodatkowym terminie.
 5. Skutkiem nieopłacenia składki może być rozwiązanie Umowy. Skutki, o których mowa powyżej powstają z upływem dodatkowego terminu wskazanego w ust. 4.
 6. W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, o ile nie wystąpiło zdarzenie objęte Umową.

Artykuł VI Wypłata świadczenia

1. Świadczenie, o którym mowa w art. III ust. 3, zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, a uraz kończyny i złamanie kości powstało jako jego bezpośredni skutek.
2. Podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku urazów kończyn i złamań kości jest Suma ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej określona w Polisie.
3. Jeżeli nieszczęśliwy wypadek spowodował więcej niż jeden uraz lub złamanie, spośród wymienionych w ust. 5, świadczenie wypłacane jest w wysokości sumy świadczeń należnych w, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
4. Świadczenie w związku z urazem kończyn i złamaniem kości Ubezpieczonego spowodowanym tym samym nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia określonej w Polisie dla Urazów kończyn i złamań kości.
5. W przypadku urazów kończyn i złamań kości Ubezpieczonego spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości określonego w tabeli nr 3 i 4 procentu Sumy ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej.

Tabela nr 3 Urazy kończyn

1)	Urazy kończyn (Dotyczy urazów, które nie doprowadziły do złamania kości, ale na zlecenie lekarza dokonano unieruchomienia w opatrunku gipsowym na co najmniej 10 dni).		
	a)	staw biodrowy	20%
	b)	staw barkowy	15%
	c)	staw kolanowy	15%
	d)	staw łokciowy	10%
	e)	nadgarstek	8%
	f)	staw skokowy	8%
	g)	obojczyk	5%
	h)	kciuk	5%
	i)	śródręcze i śródstopie	5%
	j)	palce dłoni i stóp	2%

**Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek urazów kończyn i złamania kości
w wyniku nieszczęśliwego wypadku**

Tabela nr 4 Złamania kości

1)	Złamanie kości: - miednicy (z wyjątkiem izolowanych złamań kości łonowej lub kulszowej, kości ogonowej, kości guzicznej); - w obrębie stawu biodrowego (panewka stawu, nasada bliższa kości udowej, krętarze, złamania pod- i nadkrętarzowe)	
	a) wieloodłamowe otwarte;	25%
	b) inne złamania otwarte	10%
	c) inne złamania wieloodłamowe	8%
	d) inne złamania	5%
2)	Złamanie kości: - ramiennej; - udowej;	
	a) wieloodłamowe otwarte;	15%
	b) inne złamania otwarte	10%
	c) inne złamania wieloodłamowe	8%
	d) inne złamania	5%
3)	Złamanie obu kości: - podudzia; - przedramienia;	
	a) wieloodłamowe otwarte;	10%
	b) inne złamania otwarte	8%
	c) inne złamania wieloodłamowe	6%
	d) inne złamania	4%
4)	Złamania w obrębie stawu łokciowego lub kolanowego	
	a) wieloodłamowe otwarte;	20%
	b) inne złamania otwarte	10%
	c) inne złamania wieloodłamowe	8%
	d) inne złamania	5%
6)	Złamanie kości - podstawy i sklepienia czaszki; - łopatki	
	a) wieloodłamowe otwarte;	15%
	b) inne złamania otwarte	10%
	c) inne złamania wieloodłamowe	8%
	d) inne złamania	5%
7)	Złamanie kości : - twarzoczaszki (z wyjątkiem kości nosa); - żuchwy; - kciuka (dotyczy paliczków kciuka i I kości śródreźcza); - palca wskazującego; - skokowej;- piętowej;	
	a) wieloodłamowe otwarte;	10%
	b) inne złamania otwarte	8%
	c) inne złamania wieloodłamowe	6%
	d) inne złamania	4%
8)	Złamanie kości : - talerza biodrowego; - kolcy biodrowych; - guza kulszowego; - trzonów kręgow;	
	a) złamania otwarte	10%
	b) inne złamania	5%
9)	Złamanie kości : - łokciowej; - promieniowej; - piszczelowej; - obojczyka	
	a) wieloodłamowe otwarte;	10%
	b) inne złamania otwarte	6%
	c) inne złamania wieloodłamowe	4%
	d) inne złamania	2%
10)	Złamania kości: - ogonowej; - łonowej; - kulszowej; - guzicznej; -wrostków ościstych i poprzecznych kręgosłupa; - mostka; - nadgarstka; - żeber (3 lub więcej)	
	a) złamania otwarte;	8%
	b) inne złamania	3%
11)	Złamania kości: -strzałkowej; - palców dłoni i stóp (z wyjątkiem kciuka i wskaziciela); - stępu/śródstopia i śródreźcza (z wyjątkiem I k. śródreźcza); - żeber (mniej niż 3); - nosa	
	a) złamania otwarte;	6%
	b) inne złamania	2%

6. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie dokumenty wskazane przez Towarzystwo, a w szczególności:
- 6.1. wniosek o wypłatę świadczenia,
 - 6.2. dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego,
 - 6.3. zaświadczenie lekarskie określające rodzaj urazu kończyny lub złamania kości i dokumentację medyczną z leczenia,
 - 6.4. protokół policyjny, jeśli była wzywana policja.
7. Dokumenty wymienione w ust. 6 i art.VII ust. 2 pkt 2.1 muszą być sporządzone w języku polskim. Jeśli zdarzenie miało miejsce poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej a dokumenty wymienione w ust. 6 i art.VII ust. 2 pkt 2.1 zostały sporządzone w języku obcym, osoba zgłaszająca roszczenie ma obowiązek przetłumaczyć je na język polski

- przez tłumacza przysięgłego na swój koszt. Dodatkowe dokumenty, o jakie Towarzystwo może wystąpić, niewymienione w ust. 6 i art.VII ust. 2 pkt 2.1, osoba zgłaszająca roszczenie ma obowiązek przetłumaczyć na język polski przez tłumacza przysięgłego na swój koszt.
8. Łączna kwota świadczeń w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, należnych z tytułu wszystkich Umów dodatkowych, w których przedmiotem jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego, z wyłączeniem umów obejmujących zakresem pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość sumy świadczeń należnych w związku ze śmiercią Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku i śmiercią Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w środku lokomocji.

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek urazów kończyn i złamania kości w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Artykuł VII

Postępowanie po zajściu nieszczęśliwego wypadku

1. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy przyznania świadczenia, jeżeli Ubezpieczony nie zgłosił się niezwłocznie po zajściu nieszczęśliwego wypadku do lekarza lub nie poddał się zaleconemu leczeniu w celu złagodzenia skutków nieszczęśliwego wypadku.
2. W celu ustalenia zasadności zgłoszonego roszczenia oraz wysokości świadczenia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo:
 - 2.1. żądania od osoby zgłaszającej roszczenie przedstawienia dowodów medycznych (dokumentacji leczenia, wyników badań lekarskich, analiz laboratoryjnych itp.), świadczących o zakończeniu leczenia i rehabilitacji,
 - 2.2. skierowania Ubezpieczonego na badania lekarskie przeprowadzane przez lekarzy wyznaczonych przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.

Artykuł VIII

Ograniczenie i wyłączenie odpowiedzialności

Prawo do świadczenia określonego w art. III ust. 3 nie zostanie przyznane, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, który spowodował uraz kończyny lub złamanie kości Ubezpieczonego, był bezpośrednio

lub pośrednio spowodowany przyczynami wymienionymi w art. X ust. 3 OWU Umowy podstawowej.

Artykuł IX

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się odpowiednio postanowienia OWU Umowy podstawowej.
2. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr GL/ob./6/4/2009 z dnia 15 kwietnia 2009 r. i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 maja 2009 r.

Andrzej Jarczyk



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

Artur Olech



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

Artykuł I

Postanowienia ogólne

Niniejsze ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania stanowią integralną część Umowy podstawowej.

Artykuł II

Definicje

Terminy określone w OWU Umowy podstawowej stosuje się odpowiednio także w niniejszych OWU. Do terminów tych dodaje się następujące:

Poważne zachorowanie – jednostka chorobowa lub zabieg operacyjny określone poniżej.

Anemia plastyczna – Przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów:

- a) przetaczanie preparatów krwiopochodnych
- b) podawanie preparatów stymulujących szpik
- c) podawanie preparatów immunosupresyjnych
- d) przeszczepienie szpiku kostnego

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii.

Łagodny nowotwór mózgu – Wewnątrzczaszkowy zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwałe ubytki neurologiczne.

Nowotwór złośliwy – Nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- a) Rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
- b) Rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania co najwyżej T2NOMO,
- c) Wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
- d) Rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
- e) Wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

Operacja aorty – Operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej przeprowadzona z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty. Ubezpieczenie nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty.

Operacja pomostowania naczyń wieńcowych – Przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.

Stwardnienie rozsiane – Choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołana procesami zapalnymi i demielinizacyjnymi powodująca powstanie objawów neurologicznych. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę neurologa na podstawie kryteriów diagnostycznych McDonalda (Revised McDonald Criteria 2005). Ubezpieczeniem nie są objęte przypadki, w których rozpoznanie stwardnienia rozsianego jest możliwe ale nie udowodnione.

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. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie

neurologii. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających.

Udar mózgu – Martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

- a) wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu
- b) obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu
- c) obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone)

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- a) epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
- b) zawały mózgu lub krwawienia Śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem,
- c) wtórny krwotok do istniejących ognisk poudarowych,
- d) jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.

Zawał serca – Rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej 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 lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego
- b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

Suma ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej – kwota określona w Polisie, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy dodatkowej.

Umowa dodatkowa – Umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU.

Artykuł III

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania.
3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje Poważnych zachorowań, które:
 - 3.1. zostały zdiagnozowane lub były leczone u Ubezpieczonego przed dniem objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej,
 - 3.2. mogły być następstwem schorzeń rozpoznanych lub leczonych u Ubezpieczonego przed dniem objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa obejmuje Poważne zachorowania, które wystąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł IV

Umowa dodatkowa

1. Umowa dodatkowa jest integralną częścią Umowy podstawowej.
2. Umowa dodatkowa jest fakultatywnie zawierana wraz z Umową podstawową.
3. Umowa dodatkowa może być zawarta, jeżeli wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi nie mniej niż 15 lat i nie więcej niż 45 lat z zastrzeżeniem art. II (Dziecko) Umowy podstawowej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od początku dnia następującego po dniu zawarcia Umowy, nie wcześniej jednak niż od początku dnia następującego po dniu opłacenia składki. Składkę uważa się za opłaconą w dniu roboczym następującym po uznaniu rachunku bankowego wskazanego przez Towarzystwo.
5. Umowa dodatkowa może być zawarta w każdą rocznicę polisy, ze skutkiem od najbliższej rocznicy polisy następującej po pisemnym zatwierdzeniu jej zawarcia przez Towarzystwo.
6. Umowa dodatkowa zostaje zawarta na okres 1 roku. Co roku okres, na jaki zawarto Umowę dodatkową, ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok, chyba że Ubezpieczający lub Towarzystwo złoży pisemne oświadczenie o nieprzedłużeniu Umowy dodatkowej, na co najmniej 30 dni przed upływem każdego okresu, na jaki zawarto Umowę dodatkową.
7. W przypadku gdy Ubezpieczający nie skorzystał z możliwości automatycznego przedłużenia Umowy dodatkowej, traci prawo do ponownego zawarcia Umowy dodatkowej w przyszłości.
8. Niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a Umowa dodatkowa zostaje rozwiązana:
 - 8.1. z dniem rozwiązania Umowy podstawowej,
 - 8.2. z dniem poprzedzającym rocznicę polisy, następującą po ukończeniu przez Ubezpieczonego 46-tego roku życia,
 - 8.3. z upływem okresu na jaki została zawarta lub automatycznie odnowiona,
 - 8.4. z dniem, w którym nastąpiła wypłata świadczenia z Umowy dodatkowej.

Artykuł V

Składka

1. W związku z zawarciem Umowy dodatkowej Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości określonej w polisie.
2. Składka z tytułu Umowy dodatkowej doliczana jest do składki z tytułu Umowy i płatna jest z tą samą częstotliwością i w tych samych terminach oraz dla tej samej wersji.
3. Ubezpieczającemu dla drugiej i kolejnej składki przysługuje prawo do 30 dniowej prolongaty terminu płatności składki, licząc od dnia jej wymagalności. W okresie prolongaty Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową.
4. Po upływie okresu prolongaty w przypadku zaległości w opłacaniu składki regularnej, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty zaległej składki, w dodatkowym terminie 14 dni oraz poinformuje go o skutkach nieopłacenia składki w wyżej wymienionym dodatkowym terminie.
5. Skutkiem nieopłacenia składki może być rozwiązanie Umowy. Skutki, o których mowa powyżej powstają z upływem dodatkowego terminu wskazanego w ust. 4.

6. W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, o ile nie wystąpiło zdarzenie objęte Umową.

Artykuł VI

Wypłata świadczenia

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, nie zostanie wypłacone, jeżeli przed upływem 30 dni od daty rozpoznania choroby lub wykonania zabiegu operacyjnego nastąpi śmierć Ubezpieczonego.
3. Towarzystwo wypłaca jedno świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej, bez względu na liczbę Poważnych zachorowań.
4. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, Ubezpieczony zobowiązany jest, pod rygorem utraty prawa do świadczenia, do:
 - 4.1. złagodzenia skutków Poważnego zachorowania przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i leczeniu,
 - 4.2. umożliwienia Towarzystwu uzyskania informacji dotyczących okoliczności wystąpienia Poważnego zachorowania, szczególnie u lekarzy, którzy sprawowali lub sprawują opiekę nad Ubezpieczonym,
 - 4.3. dostarczenia Towarzystwu wszelkich dokumentów, jakie uznane zostaną za niezbędne do rozpatrzenia zasadności roszczenia i ustalenia wysokości świadczenia.
5. Jeżeli Ubezpieczony nie dopełnił obowiązków wymienionych w ust. 4, a miało to wpływ na wystąpienie Poważnego zachorowania, pogorszenie stanu jego zdrowia lub możliwość ustalenia zasadności roszczenia, Towarzystwo ma prawo do odmowy przyznania świadczenia.
6. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest zawiadomić Towarzystwo o zajściu zdarzenia objętego ochroną w terminie 14 dni od daty zajścia tego zdarzenia.
7. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie dokumenty wskazane przez Towarzystwo, a w szczególności:
 - 7.1. wniosek o wypłatę świadczenia,
 - 7.2. dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego,
 - 7.3. dokumenty potwierdzające wystąpienie poważnego zachorowania u Ubezpieczonego:
 - 7.3.1. karta wypisu ze szpitala lub karta leczenia ambulatoryjnego i wyniki badań,
 - 7.3.2. zaświadczenie lekarskie wystawione przez specjalistę odpowiedniej specjalności,

- 7.3.3. inne dokumenty wymienione w odpowiednich definicjach poważnych zachorowań.

8. Dokumenty wymienione w ust.7 muszą być sporządzone w języku polskim. Jeśli zdarzenie miało miejsce poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej a dokumenty wymienione w ust.7 zostały sporządzone w języku obcym, osoba zgłaszająca roszczenie ma obowiązek przetłumaczyć je na język polski przez tłumacza przysięgłego na swój koszt. Dodatkowe dokumenty, o jakie Towarzystwo może wystąpić, niewymienione w ust. 7, osoba zgłaszająca roszczenie ma obowiązek przetłumaczyć na język polski przez tłumacza przysięgłego na swój koszt.
9. W celu ustalenia zasadności zgłoszonego roszczenia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo skierowania Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie w zakresie określonym przez Towarzystwo i przeprowadzone przez lekarzy wskazanych przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.

Artykuł VII

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

1. Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia, jeżeli przy zawieraniu Umowy Ubezpieczony lub Ubezpieczający podał informacje nieprawdziwe, chyba że okoliczności te nie mają wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
2. Prawo do świadczenia w związku z wystąpieniem poważnego zachorowania nie zostanie przyznane, jeżeli wystąpienie poważnego zachorowania bezpośrednio lub pośrednio związane było z:
 - 2.1. wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 2.2. chorobą AIDS Ubezpieczonego lub zarażeniem się wirusem HIV.

Artykuł VIII

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się odpowiednio postanowienia OWU Umowy podstawowej.
2. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr GL/ob./6/4/2009 z dnia 15 kwietnia 2009 r. i mają zastosowanie do Umów zawieranych od 1 maja 2009 r.

Andrzej Jarczyk



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

Artur Olech



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

KATALOG POWAŻNYCH OPERACJI

Katalog poważnych operacji stanowi załącznik do Umowy dodatkowego ubezpieczenia na Wypadek Poważnej Operacji w wyniku nieszczęśliwego wypadku i jest jej integralną częścią.

Lp.	NAZWA OPERACJI	% sumy ubezpieczenia
OPERACJE UKŁADU NERWOWEGO		
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	100%
15)	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	100%
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)	Operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych	100%
24)	Wycięcie nerwu obwodowego	40%
25)	Zniszczenie nerwu obwodowego	40%
26)	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	40%
27)	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	60%
28)	Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	60%
29)	Wycięcie przysadki	80%
30)	Zniszczenie przysadki	80%
31)	Operacje szyszynki	80%
OPERACJE UKŁADU DOKREWNEGO ORAZ GRUCZOŁU SUTKOWEGO		
32)	Wycięcie tarczycy	40%
33)	Operacje dotyczące nieprawidłowo umiejscowionej tkanki tarczycy	80%
34)	Operacje dotyczące przewodu tarczowo-językowego	60%
35)	Wycięcie przytarczycy	80%
36)	Wycięcie grasicy	40%
37)	Wycięcie nadnercza	60%
38)	Operacje dotyczące nieprawidłowej tkanki nadnerczy	60%
39)	Całkowita amputacja sutka	40%
40)	Operacje rekonstrukcyjne sutka	40%
41)	Operacje na przewodach mlekoноśnych sutka	40%
42)	Operacje brodawki sutkowej	40%
OPERACJE OKA		
43)	Usunięcie oka (gałki ocznej) - enukleacja	40%
44)	Wycięcie zmiany w obrębie oczodołu	60%
45)	Wszczepienie protezy oka	40%
46)	Rewizja protezy oka	40%
47)	Plastyczna operacja naprawcza oczodołu	60%
48)	Nacięcie oczodołu	40%
49)	Połączone operacje mięśni oka	60%
50)	Cofnięcie mięśnia oka	40%
51)	Wycięcie mięśnia oka	40%

Katalog poważnych operacji

52)	Częściowe rozdzielenie ścięгна mięśnia oka	40%
53)	Zeszycie rogówki	20%
54)	Wycięcie zmiany w obrębie twardówki	40%
55)	Operacje odklejającej się siatkówki z klamrowaniem	20%
56)	Wycięcie tęczówki	40%
57)	Operacje filtrujące tęczówki	60%
58)	Wycięcie ciała rzęskowego	40%
59)	Zewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	40%
60)	Wewnątrztorebkowe wycięcie soczewki	40%
61)	Operacje ciała szklistego	60%
62)	Odklejenie siatkówki - leczenie fotokoagulacją	40%
63)	Zniszczenie zmiany siatkówki	40%
OPERACJE LARYNGOLOGICZNE		
64)	Wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego	80%
65)	Operacje naprawcze błony bębenkowej	20%
66)	Drenaż ucha środkowego	20%
67)	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	80%
68)	Wycięcie zmiany ucha środkowego	40%
69)	Amputacja (resekcja) nosa	60%
70)	Operacje zatoki szczękowej z dostępu podwargowego	40%
71)	Operacje zatoki czołowej	40%
72)	Operacje zatoki klinowej	40%
73)	Operacje niewyszczególnionej zatoki przynosowej	20%
74)	Wycięcie gardła	80%
75)	Operacje naprawcze gardła	60%
76)	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe gardła	20%
77)	Wycięcie krtani	60%
78)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie krtani	60%
79)	Odtworzenie krtani	80%
OPERACJE UKŁADU ODDECHOWEGO		
80)	Częściowe wycięcie tchawicy	100%
81)	Operacje plastyczne tchawicy	60%
82)	Otwarta implantacja protezy tchawicy	60%
83)	Wyłonienie tchawicy (tracheostomia)	40%
84)	Otwarte operacje ostrogi tchawicy	60%
85)	Częściowe wycięcie oskrzela	60%
86)	Endofiberoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dolnych dróg oddechowych	20%
87)	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w obrębie dolnych dróg oddechowych z użyciem bronchoskopu	20%
88)	Przeszczep płuca	100%
89)	Wycięcie płuca	100%
90)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie płuca	80%
91)	Otwarte operacje śródpiersia	40%
92)	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu	40%
OPERACJE JAMY USTNEJ		
93)	Wycięcie języka	60%
94)	Wycięcie zmiany w obrębie języka	20%
95)	Wycięcie zmiany w obrębie podniebienia	20%
96)	Korekcja zniekształcenia podniebienia	40%
97)	Wycięcie zmiany w obrębie innych części jamy ustnej	20%
98)	Odtworzenie innej części jamy ustnej	40%
99)	Wycięcie ślinianki	40%
100)	Wycięcie zmiany w obrębie ślinianki	40%
101)	Przemieszczenie przewodu ślinianki (przeszczepienie ujścia przewodu ślinianki)	40%
102)	Otwarte usunięcie kamienia z przewodu ślinianki	20%
103)	Podwiązanie przewodu ślinianki	20%
104)	Poszerzenie przewodu ślinianki	20%
105)	Usunięcie kamienia ze światła przewodu ślinianki	20%
OPERACJE GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO		

Katalog poważnych operacji

106)	Wycięcie przelyku i żołądka	100%
107)	Całkowite wycięcie przelyku	100%
108)	Częściowe wycięcie przelyku	60%
109)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie przelyku	60%
110)	Zespolenie omijające przelyku	80%
111)	Rewizja zespolenia przelykowego	60%
112)	Operacja naprawcza przelyku	100%
113)	Wytworzenie przetoki przelykowej	60%
114)	Nacięcie przelyku	20%
115)	Otwarte operacje żyłaków przelyku	60%
116)	Otwarta implantacja protezy przelyku	60%
117)	Fibroendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie przelyku	20%
118)	Usunięcie zmiany w obrębie przelyku przy użyciu sztywnego endoskopu	20%
119)	Całkowite wycięcie żołądka	100%
120)	Częściowe wycięcie żołądka	80%
121)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie żołądka	60%
122)	Operacje plastyczne żołądka	60%
123)	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	60%
124)	Zespolenie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym	60%
125)	Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii)	60%
126)	Operacje wrzodu żołądka	60%
127)	Nacięcie odźwiernika	60%
128)	Fibroendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego	20%
129)	Wycięcie dwunastnicy	60%
130)	Otwarte usunięcie zmiany w obrębie dwunastnicy	80%
131)	Zespolenie omijające dwunastnicę	60%
132)	Operacje wrzodu dwunastnicy	60%
133)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dwunastnicy	20%
134)	Wycięcie jelita czczego	60%
135)	Wycięcie zmiany w obrębie jelita czczego	60%
136)	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomii)	60%
137)	Zespolenie omijające jelito czcze	60%
138)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita czczego	20%
139)	Wycięcie jelita krętego	60%
140)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita krętego	60%
141)	Zespolenie omijające jelito kręte	60%
142)	Rewizja zespolenia jelita krętego	60%
143)	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)	60%
144)	Rewizja przetoki jelita krętego (ileostomii)	60%
145)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita krętego	20%
OPERACJE DOLNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO		
146)	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	100%
147)	Całkowite wycięcie okrężnicy	80%
148)	Wycięcie odbytnicy	80%
149)	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	20%
150)	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie okrężnicy	20%
151)	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie dolnej części okrężnicy przy użyciu fibrosigmoidoskopu	20%
152)	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie dolnej części okrężnicy przy użyciu sztywnego sigmoidoskopu	20%
153)	Wycięcie zmiany w obrębie okrężnicy	60%
154)	Zespolenie omijające okrężnicę	60%
155)	Wylonienie kątnicy (cekostomia)	60%
156)	Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu	60%
157)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie odbytnicy	60%
158)	Ufiksowanie odbytnicy z powodu jej wypadania	60%
159)	Przezwieraczowe operacje odbytnicy	60%
160)	Operacje z powodu wypadania odbytnicy z dostępu przez krocze	60%
161)	Rozszerzone wycięcie prawej połowy okrężnicy	80%
162)	Wycięcie poprzeczny	80%

Katalog poważnych operacji

163)	Wycięcie lewej połowy okrężnicy	80%
164)	Wycięcie esicy	80%
OPERACJE INNYCH NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ		
165)	Przeszczep wątroby	100%
166)	Częściowe wycięcie wątroby	80%
167)	Operacja naprawcza wątroby	80%
168)	Zabiegi terapeutyczne w obrębie wątroby przy użyciu laparoskopu	20%
169)	Transluminalne (śródnaczyniowe) zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby	40%
170)	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	20%
171)	Zespolecie pęcherzyka żółciowego	60%
172)	Przezskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące pęcherzyka żółciowego	40%
173)	Wycięcie przewodu żółciowego	80%
174)	Wycięcie zmiany w obrębie przewodu żółciowego	60%
175)	Zespolecie przewodu żółciowego	60%
176)	Zespolecie przewodu żółciowego wspólnego	60%
177)	Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego	60%
178)	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	60%
179)	Plastyka zwieracza Oddiego z dostępu przedwunastniczego	60%
180)	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego (sfinkterotomia endoskopowa)	20%
181)	Endoskopowe wsteczne protezowanie dróg trzustkowych	40%
182)	Przezskórna rewizja zespolenia dróg żółciowych	40%
183)	Przezskórna implantacja protezy dróg żółciowych	40%
184)	Zabiegi terapeutyczne w obrębie dróg żółciowych z dostępu przez dren T	40%
185)	Przeszczep trzustki	100%
186)	Całkowite wycięcie trzustki	100%
187)	Wycięcie głowy trzustki	100%
188)	Wycięcie zmiany w obrębie trzustki	60%
189)	Zespolecie przewodu trzustkowego	80%
190)	Otwarty drenaż zmiany w obrębie trzustki	60%
191)	Nacięcie trzustki	60%
192)	Przezskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki	20%
193)	Całkowite wycięcie śledziony	40%
OPERACJE SERCA		
194)	Przeszczep serca i płuc	100%
195)	Zamknięcie kanału przedsionkowokomorowego	100%
196)	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej	100%
197)	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzykomorowej	100%
198)	Zamknięcie ubytku w nieokreślonej przegrodzie serca	100%
199)	Operacje przegrody serca wykonywane bez otwierania serca	80%
200)	Zabiegi terapeutyczne dotyczące przegrody serca wykonywane od strony jam serca	100%
201)	Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem wstawki z zastawką	100%
202)	Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem innej wstawki	100%
203)	Plastyka przedsionka serca	100%
204)	Walwuloplastyka mitralna	100%
205)	Walwuloplastyka aortalna	100%
206)	Plastyka zastawki trójdzielskiej	100%
207)	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	100%
208)	Plastyka nieokreślonej zastawki serca	100%
209)	Rewizja plastyki zastawki serca	100%
210)	Otwarta walwulotomia	100%
211)	Zamknięta walwulotomia	100%
212)	Zabiegi terapeutyczne dotyczące zastawki serca z dostępu od strony światła serca	80%
213)	Usunięcie zwężenia w obrębie struktur towarzyszących zastawce serca	100%
214)	Pomost aortalno-wieńcowy z użyciem własnej żyły odpiszczelowej	100%
215)	Pomost aortalno-wieńcowy z użyciem obcej tkanki (allograficzny)	100%
216)	Pomostowanie tętnicy wieńcowej z użyciem protezy naczyniowej	100%
218)	Operacja naprawcza tętnicy wieńcowej	100%
219)	Przezskórna angioplastyka wieńcowa	100%

Katalog poważnych operacji

220)	Otwarte zabiegi operacyjne dotyczące układu bódźcoprzewodzącego serca	100%
221)	Wycięcie osierdzia	100%
222)	Drenaż osierdzia	80%
223)	Przecięcie osierdzia	40%
224)	Operacje złożonych wad wielkich naczyń serca wykonywane przy otwartym sercu	100%
225)	Operacja przetrwałego przewodu tętniczego wykonywana przy otwartym sercu	100%
226)	Zabiegi operacyjne dotyczące wad wielkich naczyń serca wykonywane od strony jam serca	100%
OPERACJE NACZYŃ TĘTNICZYCH ORAZ ŻYLNÝCH		
227)	Wytworzenie zespolenia naczyniowego tętnicy płucnej z aortą z użyciem wstawki naczyniowej	100%
228)	Wytworzenie połączenia naczyniowego tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową z użyciem protezy naczyniowej	100%
229)	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	100%
230)	Zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej wykonywane od strony światła naczynia	80%
231)	Nieanatomiczne pomostowanie aorty	100%
232)	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty wykonywana z nagłych wskazań	100%
233)	Rewizja protezy aortalnej	100%
234)	Plastyczna operacja naprawcza aorty	100%
235)	Zabiegi operacyjne aorty wykonywane od strony światła aorty	80%
236)	Operacja naprawcza tętnicy szyjnej	100%
237)	Zabiegi operacyjne tętnicy szyjnej wykonywane od strony światła tętnicy szyjnej	80%
238)	Operacje tętniaka tętnicy mózgowej	100%
239)	Zabiegi operacyjne tętnicy mózgowej wykonywane od strony światła tętnicy mózgowej	80%
240)	Odtworzenie tętnicy podobojczykowej	100%
241)	Zabiegi operacyjne tętnicy podobojczykowej wykonywane od strony światła tętnicy podobojczykowej	80%
242)	Odtworzenie tętnicy nerkowej	100%
243)	Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej wykonywane od strony światła tętnicy nerkowej	80%
244)	Odtworzenie innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	100%
245)	Zabiegi operacyjne innych gałęzi aorty brzusznej wykonywane od strony światła tych naczyń	80%
246)	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana	100%
247)	Odtworzenie tętnicy biodrowej	100%
248)	Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane od strony światła tętnicy biodrowej	80%
249)	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z nagłych wskazań	100%
250)	Odtworzenie tętnicy udowej	100%
251)	Zabiegi dotyczące tętnicy udowej wykonywane od strony światła tętnicy udowej	60%
252)	Rewizja odtworzonej tętnicy	80%
OPERACJE UKŁADU MOCZOWEGO		
253)	Przeszczep nerki	80%
254)	Całkowite wycięcie nerki	80%
255)	Częściowe wycięcie nerki	60%
256)	Wycięcie zmiany w nerce	60%
257)	Otwarta naprawcza operacja nerki	60%
258)	Nacięcie nerki	20%
259)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące kamieni nerkowych	20%
260)	Zabiegi terapeutyczne w obrębie nerek z dostępu przez nefrostomię	20%
261)	Wycięcie moczowodu	60%
262)	Odprowadzenie moczu przez przetokę	80%
263)	Ponowne wszczepienie moczowodu	60%
264)	Operacja naprawcza moczowodu	60%
265)	Nacięcie moczowodu	20%
266)	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą nefroskopii	20%
267)	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	20%
268)	Operacje ujścia moczowodu	40%
269)	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	100%
270)	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	60%
271)	Powiększenie pęcherza moczowego	80%
272)	Otwarty drenaż pęcherza moczowego	40%
273)	Wycięcie zmiany pęcherza moczowego metodą endoskopową	20%

Katalog poważnych operacji

274)	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu brzusznego i przezpochwowego u kobiet	60%
275)	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu brzusznego i przezpochwowego u kobiet	60%
276)	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu przezpochwowego u kobiet	60%
277)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego u kobiet	20%
278)	Otwarte wycięcie gruczołu krokowego	60%
279)	Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego u mężczyzn	20%
280)	Wycięcie cewki moczowej	60%
281)	Operacja naprawcza cewki moczowej	60%
282)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	20%
283)	Operacje ujścia cewki moczowej	20%
OPERACJE NARZĄDÓW PŁCIOWYCH		
284)	Wycięcie moszny	40%
285)	Obustronne wycięcie jąder	60%
286)	Wycięcie zmiany w obrębie jądra	40%
287)	Obustronna implantacja jąder do moszny	60%
288)	Proteza jądra	40%
289)	Operacja wodniaka jądra	20%
290)	Operacje najądrza	20%
291)	Wycięcie nasieniowodu	20%
292)	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	40%
295)	Amputacja prącia	60%
293)	Operacja żyłaków powrózka nasiennego	40%
294)	Operacje pęcherzyków nasiennych	40%
301)	Operacja naprawcza sromu	20%
302)	Wycięcie zmiany w obrębie krocza u kobiet	20%
303)	Nacięcie kanału pochwy	20%
304)	Wycięcie pochwy	20%
305)	Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych	20%
306)	Wycięcie zmiany w obrębie pochwy	40%
307)	Operacja plastyczna pochwy	20%
308)	Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	40%
309)	Operacja naprawcza sklepienia pochwy	20%
310)	Operacje zatoki Douglasa	20%
311)	Amputacja szyjki macicy	40%
312)	Brzuszne wycięcie macicy	60%
313)	Przezpochwowe wycięcie macicy	60%
314)	Obustronne wycięcie przydatków macicy	60%
315)	Jednostronne wycięcie przydatków macicy	40%
316)	Częściowe wycięcie jajowodu	20%
317)	Implantacja protezy jajowodu	20%
318)	Otwarte obustronne zamknięcie światła jajowodów	20%
319)	Nacięcie jajowodu	40%
320)	Operacje strzępków jajowodu	20%
321)	Częściowe wycięcie jajnika	20%
322)	Otwarte zniszczenie zmiany w obrębie jajnika	20%
323)	Operacja naprawcza jajnika	20%
OPERACJE TKANEK MIĘKKICH		
324)	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	80%
325)	Odtworzenie ściany klatki piersiowej	80%
326)	Otwarte wycięcie opłucnej	80%
327)	Otwarty drenaż opłucnej	60%
328)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	20%
329)	Operacja naprawcza pęknięcia przepony	100%
330)	Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej	20%
331)	Pierwotna operacja przepukliny udowej	20%
332)	Operacja przepukliny pępkowej	20%

Katalog poważnych operacji

333)	Pierwotna operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	20%
334)	Otwarte wycięcie zmiany otrzewnej	60%
335)	Otwarty drenaż otrzewnej	60%
336)	Operacje sieci większej	60%
337)	Operacje krezki jelita cienkiego	60%
338)	Operacje krezki okrężnicy	60%
339)	Operacje dotyczące otrzewnej ściennej tylnej ściany brzucha	60%
340)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne otrzewnej	20%
341)	Przeszczep powięzi	20%
342)	Wycięcie powięzi brzucha	20%
343)	Wycięcie innej powięzi	20%
344)	Wycięcie zmiany w obrębie powięzi	20%
345)	Rozdzielenie powięzi	20%
346)	Uwolnienie powięzi	20%
347)	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	20%
348)	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	20%
349)	Przemieszczenie ścięgna	40%
350)	Wycięcie ścięgna	40%
351)	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	40%
352)	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	40%
353)	Zmiana długości ścięgna	20%
354)	Wycięcie pochewki ścięgna	20%
355)	Przeszczep mięśni	60%
356)	Wycięcie mięśnia	20%
357)	Operacja naprawcza mięśnia	20%
358)	Uwolnienie przykurczu mięśnia	20%
359)	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	20%
360)	Drenaż zmiany węzła chłonnego	20%
361)	Operacje przewodu limfatycznego	80%
362)	Operacje kieszonki skrzelowej	40%
OPERACJE KOŚCI I STAWÓW		
363)	Plastyka czaszki	80%
364)	Otwarcie czaszki	100%
365)	Wycięcie kości twarzy	40%
366)	Nastawienie złamania szczęki	40%
367)	Nastawienie złamania innej kości twarzy	40%
368)	Rozdzielenie kości twarzy	60%
369)	Stabilizacja kości twarzy	40%
370)	Wycięcie żuchwy	60%
371)	Nastawienie złamania żuchwy	40%
372)	Rozdzielenie żuchwy	40%
373)	Stabilizacja żuchwy	40%
374)	Plastyka stawu skroniowo żuchwowego	60%
375)	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	100%
376)	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	80%
377)	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	100%
378)	Odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	100%
379)	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	100%
380)	Odbarczenie rdzenia kręgowego w nieokreślonym odcinku	80%
381)	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	80%
382)	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	80%
383)	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	80%
384)	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	80%
385)	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	60%
386)	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	60%
387)	Wycięcie krążka międzykręgowego w nieokreślonym odcinku	60%
388)	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	100%
389)	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w innym odcinku	80%

Katalog poważnych operacji

390)	Rewizja zespolenia kręgow (artrodezy)	80%
391)	Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	100%
392)	Wycięcie zmiany kręgosłupa	80%
393)	Odbarczenie złamania kręgosłupa	80%
394)	Stabilizacja złamania kręgosłupa	80%
395)	Całkowita rekonstrukcja kciuka	60%
396)	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	60%
397)	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	60%
398)	Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości	60%
399)	Całkowite wycięcie kości	40%
400)	Wycięcie kości ektopowej	20%
401)	Wycięcie zmiany w obrębie kości	40%
402)	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	40%
403)	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	40%
404)	Rozdzielenie trzonu kości	40%
405)	Rozdzielenie kości stopy	40%
406)	Drenaż kości	40%
407)	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	40%
408)	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	40%
409)	Pierwotne nastawienie śródstawowego złamania kości	40%
410)	Wtórne otwarte nastawienie złamania kości	40%
411)	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	40%
412)	Stabilizacja oddzielonej nasady kości	40%
413)	Wyciąg szkieletowy kości	20%
414)	Przeszczep szpiku kostnego	40%
INNE ZABIEGI OPERACYJNE		
415)	Replantacja kończyny górnej	60%
416)	Replantacja kończyny dolnej	60%
417)	Replantacja innego organu	60%
418)	Transplantacja międzyukładowa	60%
419)	Wszczepienie protezy kończyny	100%
420)	Amputacja w zakresie ramienia	60%
421)	Amputacja ręki	40%
422)	Amputacja nogi	60%
423)	Amputacja stopy	40%
424)	Amputacja palucha	20%
425)	Operacje w zakresie kikuta po amputacji	40%
426)	Amputacja brzuszno miedniczna	80%