

SPIS TREŚCI

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA POSAGOWEGO LEW JUNIOR

Artykuł I	Postanowienia ogólne	3
Artykuł II	Definicje	3
Artykuł III	Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności	4
Artykuł IV	Zawarcie Umowy	5
Artykuł V	Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa	5
Artykuł VI	Umowa	7
Artykuł VII	Rozwiązanie Umowy	7
Artykuł VIII	Suma ubezpieczenia i składka	8
Artykuł IX	Postępowanie w przypadku zaprzestania opłacania składek	8
Artykuł X	Ubezpieczenie bezskładkowe	9
Artykuł XI	Wykup polisy	10
Artykuł XII	Udział w zyskach	10
Artykuł XIII	Indeksacja	10
Artykuł XIV	Wypłata świadczeń oraz przejęcie opłacania składek	11
Artykuł XV	Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności	14
Artykuł XVI	Reklamacje	15
Artykuł XVII	Postanowienia końcowe	16

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Artykuł I	Postanowienia ogólne	17
Artykuł II	Definicje	17
Artykuł III	Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności	17
Artykuł IV	Umowa dodatkowa	18
Artykuł V	Suma ubezpieczenia i składka	18
Artykuł VI	Wypłata świadczenia	18
Artykuł VII	Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności	19
Artykuł VIII	Postanowienia końcowe	19

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO INWALIDZTWA DZIECKA SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Artykuł I	Postanowienia ogólne	20
Artykuł II	Definicje	20
Artykuł III	Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności	20
Artykuł IV	Umowa dodatkowa	20
Artykuł V	Suma ubezpieczenia i składka	21

Artykuł VI	Wypłata świadczenia	21
Artykuł VII	Postępowanie po zajściu nieszczęśliwego wypadku	23
Artykuł VIII	Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności	23
Artykuł IX	Postanowienia końcowe	23

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA DZIECKA

Artykuł I	Postanowienia ogólne	24
Artykuł II	Definicje	24
Artykuł III	Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności	26
Artykuł IV	Umowa dodatkowa	26
Artykuł V	Suma ubezpieczenia i składka	27
Artykuł VI	Wypłata świadczenia	27
Artykuł VII	Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności	28
Artykuł VIII	Postanowienia końcowe	28

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU DZIECKA W SZPITALU SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

Artykuł I	Postanowienia ogólne	29
Artykuł II	Definicje	29
Artykuł III	Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności	30
Artykuł IV	Umowa dodatkowa	30
Artykuł V	Suma ubezpieczenia i składka	30
Artykuł VI	Wypłata świadczenia	31
Artykuł VII	Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności	32
Artykuł VIII	Postanowienia końcowe	32

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU DZIECKA W SZPITALU

Artykuł I	Postanowienia ogólne	33
Artykuł II	Definicje	33
Artykuł III	Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności	34
Artykuł IV	Umowa dodatkowa	34
Artykuł V	Suma ubezpieczenia i składka	35
Artykuł VI	Wypłata świadczenia	35
Artykuł VII	Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności	36
Artykuł VIII	Postanowienia końcowe	37

Tabela limitów	38
--------------------------	----

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA POSAGOWEGO LEW JUNIOR

(KOD JNR_OWU_10.2015)

Artykuł I

Postanowienia ogólne

Na podstawie Umowy ubezpieczenia, zwanej dalej „Umową”, zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, zwanych dalej „OWU”, Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, zwane dalej „Towarzystwem”, zobowiązuje się wypłacić świadczenie w przypadku zajścia w życiu Ubezpieczonego zdarzenia przewidzianego w Umowie, a Ubezpieczający zobowiązuje się terminowo opłacać składki.

Artykuł II

Definicje

Terminy użyte w niniejszych OWU, polisie oraz innych dokumentach związanych z Umową oznaczają:

Ubezpieczony (Ubezpieczający) – osoba fizyczna, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, zawierająca Umowę i zobowiązana do opłacania składek.

Dziecko – osoba fizyczna, której wiek w dacie początku okresu ubezpieczenia nie przekroczył 15 lat, uprawniona do otrzymania świadczenia przewidzianego Umową.

Dywidenda – kwota utworzona w związku z przypisaniem do Umowy udziału w zyskach, wypłacana w przypadku dożycia przez Dziecko do końca okresu ubezpieczenia.

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

Niezdolność do pracy zarobkowej – spowodowana uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia zaistniałym w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej całkowita niezdolność Ubezpieczonego (Ubezpieczającego) do wykonywania pracy zgodnej z jego kwalifikacjami, wykształceniem, doświadczeniem zawodowym, ukończonymi kursami lub posiadanymi umiejętnościami, którą mógłby świadczyć na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu lub w ramach prowadzenia działalności gospodarczej lub rolniczej.

Okres ubezpieczenia – okres wyznaczony przez daty początku i końca okresu ubezpieczenia określone w polisie; data końca okresu ubezpieczenia odpowiada dacie ostatniego dnia poprzedzającego dzień rocznicy polisy, przypadającej w roku ukończenia przez Dziecko wieku między 18–25 lat określonego w polisie.

Polisa – dokument potwierdzający zawarcie Umowy i zawierający szczegółowe jej postanowienia.

Rocznica polisy – każda rocznica daty początku okresu ubezpieczenia określonego w polisie.

Rok polisy – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy; pierwszy rok polisy zaczyna się w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a kończy z upływem dnia poprzedzającego najbliższą rocznicę polisy.

Stopa techniczna – stopa zwrotu z inwestycji przyjęta we wzorach aktuarialnych do kalkulacji sumy ubezpieczenia, składki, wartości polisy, sumy ubezpieczenia dla ubezpieczenia bezskładkowego.

Suma ubezpieczenia – kwota określona w polisie, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku dożycia przez Dziecko do końca okresu ubezpieczenia lub śmierci Ubezpieczonego.

Udział w zyskach – udział Ubezpieczonego w zyskach wynikających z inwestowania przez Towarzystwo wartości polisy.

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 niniejszych OWU.

Wartość polisy – kwota, której wysokość ustalona jest na dzień poprzedzający każdą rocznicę polisy.

Wartość wykupu polisy – część wartości polisy określona jako procentowy wskaźnik wartości polisy.

Wiek ubezpieczonego – liczba ukończonych pełnych lat życia 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.

Wskaźnik indeksacji – wskaźnik, o jaki Ubezpieczający ma prawo podwyższyć sumę ubezpieczenia, ustalany w oparciu o wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych publikowany przez GUS. Wskaźnik indeksacji nie może być niższy od minimalnego wskaźnika indeksacji określonego w Tabeli limitów.

Artykuł III

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz życie Dziecka.
2. Ubezpieczeniem objęte są następujące zdarzenia:
 - 2.1. dożycie przez Dziecko do końca okresu ubezpieczenia,
 - 2.2. śmierć Ubezpieczonego,
 - 2.3. niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa polega na:
 - 3.1. wypłacie Dziecku, na zasadach określonych w niniejszych OWU:
 - a) sumy ubezpieczenia wraz z dywidendą, o ile ona istnieje, w przypadku dożycia przez Dziecko do końca okresu ubezpieczenia,
 - b) renty miesięcznej w wysokości 2% sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej,

- 3.2. przejęciu przez Towarzystwo, na zasadach określonych w niniejszych OWU, obowiązku opłacania składek w przypadku śmierci lub niezdolności do pracy zarobkowej Ubezpieczonego.

Artykuł IV

Zawarcie Umowy

1. Umowę zawiera się na czas określony, nie krótszy niż 5 lat i nie dłuższy niż 25 lat.
2. Koniec okresu ubezpieczenia przypada nie wcześniej niż w przeddzień rocznicy polisy, w której wiek Dziecka wynosi 18 lat, i nie później niż w przeddzień rocznicy polisy, w której wiek Dziecka wynosi 25 lat.
3. Umowa może zostać zawarta, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 3.1. wiek Ubezpieczonego w dniu początku okresu ubezpieczenia wynosi nie mniej niż 18 lat i nie więcej niż 50 lat,
 - 3.2. wiek Ubezpieczonego w dniu końca okresu ubezpieczenia nie przekroczy 65 lat,
 - 3.3. wiek Dziecka w dniu początku okresu ubezpieczenia nie przekracza 15 lat.
4. Umowę zawiera się na podstawie kompletnie i poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia w formie pisemnej na formularzu Towarzystwa.
5. Integralną częścią wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego. Towarzystwo zastrzega sobie prawo żądania dodatkowych informacji, niezbędnych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz skierowania Ubezpieczonego na badania lekarskie. Badania lekarskie przeprowadzane są przez lekarzy wyznaczonych przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.
6. Do chwili zawarcia Umowy Ubezpieczony zobowiązany jest do niezwłocznego zawiadomienia Towarzystwa o powstaniu jakichkolwiek okoliczności mogących mieć wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym także o zmianach w zakresie odpowiedzi udzielonych na pytania zamieszczone we wniosku oraz innych pismach skierowanych przez Towarzystwo do Ubezpieczonego.
7. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę ubezpieczenia przez Przedstawiciela, obowiązek o którym mowa w ust. 5 i 6 ciąży również na Przedstawicielu.
8. W przypadku złożenia zawiadomienia, o którym mowa w ust. 5, 6 i 7 Towarzystwo może odmówić zawarcia Umowy lub zaproponować zawarcie Umowy na warunkach odmiennych od określonych we wniosku.

Artykuł V

Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa

1. W okresie rozpatrywania przez Towarzystwo wniosku, Towarzystwo udziela tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, która rozpoczyna się następnego dnia po podpisaniu przez Ubezpieczającego wniosku, nie wcześniej jednak niż od następnego dnia po zaksięgowaniu składki w należnej wysokości na rachunku Towarzystwa.

2. Tymczasową ochroną ubezpieczeniową objęta jest śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że nieszczęśliwy wypadek nastąpił w okresie udzielania tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, a śmierć w jego wyniku nastąpiła w okresie udzielania ochrony tymczasowej lub podstawowej.
3. Prawo do świadczenia określonego w ust. 4 nie zostanie przyznane, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, był bezpośrednio lub pośrednio spowodowany przyczynami wymienionymi w art. XV ust. 2.1, a ponadto, jeśli powstał w związku z:
 - 3.1. chorobą psychiczną, niedorozwojem umysłowym lub zaburzeniami psychicznymi Ubezpieczonego oraz ich skutkami, a także atakiem konwulsji, epilepsji,
 - 3.2. spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych nie zaleconych przez lekarza, uśiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa przez Ubezpieczonego, próbą samobójczą, świadomym samookaleczeniem Ubezpieczonego lub okaleczeniem na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - 3.3. poddaniem się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, przeprowadzonym poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych, wszelkim eksperymentom medycznym oraz leczeniu metodami alternatywnymi,
 - 3.4. wypadkiem lotniczym zaistniałym w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych,
 - 3.5. uprawianiem przez Ubezpieczonego następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych: baloniarstwa, lotniarstwa, paralotniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów motorowych i motorowodnych uprawianych pojazdami niezależnie od pojemności silnika, sportów walki, sportów spadochronowych, wspinaczki górskiej lub skałkowej, speleologii, skoków do wody, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoków na elastycznej linie (bungee jumping), raftingu i wszystkich jego odmian, żeglarstwa morskiego, kite-surfingu, off-road skiingu/heliskiingu, kaskaderstwa oraz udziałem w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem,
 - 3.6. prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzeniem pojazdu niedopuszczonego do ruchu drogowego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
4. W przypadku wystąpienia zdarzenia, o którym mowa w ust. 2, Towarzystwo przejmuje obowiązek opłacania składek, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5.
5. Towarzystwo przejmuje obowiązek opłacania składek, jeżeli suma ubezpieczenia zadeklarowana we wniosku nie jest wyższa niż 50 000 zł. W przeciwnym razie ustala się sumę ubezpieczenia w wysokości 50 000 zł i Towarzystwo przejmuje obowiązek opłacania składek w wysokości odpowiadającej tej sumie ubezpieczenia.
6. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 7, tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem poprzedzającym wystawienie polisy.
7. Niezależnie od innych postanowień tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

- 7.1. z dniem doręczenia Ubezpieczonemu odmowy zawarcia Umowy i/lub zawiadomienia o zakończeniu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej,
 - 7.2. z dniem odmowy przyjęcia przez Ubezpieczonego oferty zawarcia Umowy na warunkach odmiennych od określonych we wniosku, ale nie później niż po upływie 14 dni od dnia jej doręczenia,
 - 7.3. z upływem 60 dni od daty jej rozpoczęcia.
8. Prawo do świadczenia, o którym mowa w ust. 4, nie zostanie przyznane, jeżeli którakolwiek z odpowiedzi na pytania postawione we wniosku jest nieprawdziwa lub niekompletna, chyba że okoliczności te nie mają wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia.

Artykuł VI

Umowa

1. Umowę uważa się za zawartą w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5.
2. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym na polisie, a wygasa z dniem końca okresu ubezpieczenia.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:
 - 3.1. odmowy zawarcia Umowy,
 - 3.2. zawarcia jej na warunkach odbiegających od wnioskowanych przez Ubezpieczonego.
4. W sytuacji, o której mowa w ust. 3 pkt 3.2, Ubezpieczony ma prawo do złożenia sprzeciwu w ciągu 14 dni, licząc od dnia doręczenia mu propozycji zawarcia Umowy na zmienionych warunkach.
5. Jeżeli Ubezpieczony nie złoży sprzeciwu, o którym mowa w ust. 4, Umowę uważa się za zawartą po upływie okresu na złożenie sprzeciwu, na warunkach zaproponowanych przez Towarzystwo.
6. W przypadku odmowy zawarcia Umowy, Towarzystwo poinformuje o tym Ubezpieczonego na piśmie, podając przyczyny odmowy.
7. W sytuacji, o której mowa w ust. 6, Towarzystwo jest zobowiązane zwrócić Ubezpieczonemu wpłaconą składkę w terminie 14 dni od daty podjęcia decyzji o odmowie zawarcia Umowy.
8. Towarzystwo jest zobowiązane do podjęcia decyzji w sprawie akceptacji lub odmowy zawarcia Umowy nie później niż w ciągu 60 dni od dnia złożenia wniosku w Towarzystwie.

Artykuł VII

Rozwiązanie umowy

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 Ubezpieczony ma prawo do odstąpienia od Umowy w terminie 30 dni od daty otrzymania polisy.

2. W przypadku gdy Ubezpieczony jest przedsiębiorcą w rozumieniu przepisów o swobodzie działalności gospodarczej, ma prawo do odstąpienia od Umowy w terminie 7 dni od daty doręczenia polisy.
3. W przypadku skorzystania z prawa, o którym mowa w ust. 1 i 2, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę w terminie 14 dni od daty złożenia oświadczenia o odstąpieniu od Umowy.
4. Ubezpieczony ma prawo do wypowiedzenia Umowy w dowolnym momencie jej trwania z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia. Wypowiedzenie Umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
5. W przypadku wypowiedzenia Umowy w myśl postanowień ust. 4, Ubezpieczającemu przysługuje prawo otrzymania wartości wykupu, jeżeli ona istnieje.
6. W przypadku zaległości w opłacaniu składki regularnej, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty zaległej składki, w dodatkowym terminie wyznaczonym w pisemnym wezwaniu oraz poinformuje go o skutkach nieopłacenia składki w wyżej wymienionym dodatkowym terminie, z zastrzeżeniem art. IX ust. 1 i 2 oraz art. X ust. 1.
7. Skutkiem nieopłacenia składki może być rozwiązanie umowy lub zawieszenie odpowiedzialności Towarzystwa. Skutki, o których mowa powyżej powstają z upływem terminu dodatkowego wskazanego w wezwaniu.
8. W przypadku rozwiązania Umowy Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki przeznaczonej na ochronę ubezpieczeniową za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł VIII

Suma ubezpieczenia i składka

1. Wysokość składki ustalana jest przez Towarzystwo na podstawie wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składki, wieku Ubezpieczonego, zgodnie z obowiązującą taryfą składek oraz z uwzględnieniem ewentualnej zwyżki za ryzyko ubezpieczeniowe.
2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo określenia minimalnej wysokości składki i sumy ubezpieczenia.
3. Składka płatna jest z góry z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną lub miesięczną przez cały okres ubezpieczenia, najpóźniej do pierwszego dnia okresu, za który jest należna.
4. Składkę uważa się za opłaconą w dniu roboczym następującym po dniu uznania rachunku bankowego wskazanego przez Towarzystwo.

Artykuł IX

Postępowanie w przypadku zaprzestania opłacania składek

1. W przypadku gdy składka nie została zapłacona w wymaganym terminie, a polisa posiada wartość wykupu, Ubezpieczający ma prawo do:

- 1.1. zamiany ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, jeżeli spełnione zostały warunki określone w art. X ust. 3,
 - 1.2. wykupu polisy, pod warunkiem złożenia w Towarzystwie odpowiedniego wniosku w terminie do 45 dni od daty wymagalności pierwszej nieopłaconej składki.
2. Jeżeli Ubezpieczający nie skorzystał z żadnego z przysługujących mu praw wymienionych w ust. 1, wówczas z upływem 45 dni od terminu wymagalności pierwszej nieopłaconej składki, ubezpieczenie przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe, zgodnie z postanowieniami ust. 1 pkt 1.1.
3. W sytuacji, o której mowa w ust. 2, jeżeli warunki wymagane do przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe nie zostały spełnione, to zastosowanie mają postanowienia art. VII ust. 6 i 7, a Towarzystwo wypłaca Ubezpieczającemu wartość wykupu polisy, jeżeli ona istnieje.

Artykuł X

Ubezpieczenie bezskładkowe

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 3, Ubezpieczony ma prawo do przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe w każdym czasie, pod warunkiem że istnieje wartość wykupu polisy.
2. W zależności od roku polisowego, w którym następuje przekształcenie w ubezpieczenie bezskładkowe, suma ubezpieczenia dla ubezpieczenia bezskładkowego określona jest w polisie w wysokości ustalonej na dzień poprzedzający rocznicę polisy w poszczególnych latach polisowych.
3. Suma ubezpieczenia dla ubezpieczenia bezskładkowego nie może być niższa od minimalnej sumy ubezpieczenia określonej przez Towarzystwo w Tabeli limitów.
4. Po przekształceniu w ubezpieczenie bezskładkowe, Ubezpieczony ma prawo do wznowienia opłacania składek, jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:
 - 4.1. Ubezpieczony złożył wniosek o wznowienie opłacania składek w ciągu jednego roku od daty wymagalności pierwszej nieopłaconej składki,
 - 4.2. Ubezpieczony zapłacił wszystkie zaległe składki od daty wymagalności pierwszej nieopłaconej składki,
 - 4.3. Towarzystwo zaakceptuje ryzyko związane ze wznowieniem opłacania składek.
5. Wznowienie opłacania składek następuje od dnia następnego po dniu, w którym zostały spełnione wszystkie warunki wymienione w ust. 4.
6. Ubezpieczony ma prawo do wznowienia opłacania składek jeden raz w ciągu okresu ubezpieczenia.
7. W sytuacji, o której mowa w ust. 6, suma ubezpieczenia ustalana jest w wysokości, jaka obowiązywała w okresie przed przekształceniem w ubezpieczenie bezskładkowe.

Artykuł XI

Wykup polisy

1. Wykup polisy polega na wypłacie Ubezpieczającemu wartości wykupu polisy.
2. Wykup polisy może zostać dokonany w dowolnym czasie, na pisemny wniosek Ubezpieczającego, złożony w Towarzystwie. Datą wykupu, dla której oblicza się wartość wykupu polisy, jest data otrzymania przez Towarzystwo wniosku. Z datą wykupu ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a Umowa jest rozwiązana.
3. Wartość wykupu polisy wypłaca się Ubezpieczającemu jednorazowo.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty wartości wykupu polisy w terminie 30 dni od daty wykupu.
5. Towarzystwo wypłaca wartość wykupu polisy w terminie 30 dni od daty dostarczenia przez Ubezpieczającego niezbędnych dokumentów wymienionych w ust. 6 wraz z wnioskiem o wypłatę wartości wykupu polisy.
6. Towarzystwo dokona wypłaty wartości wykupu po otrzymaniu oświadczenia Ubezpieczonego złożonego na formularzu Towarzystwa za okazaniem urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość. W przypadku wypłaty wartości wykupu niezbędne jest również przesłanie oryginału polisy.

Artykuł XII

Udział w zyskach

1. Ubezpieczający ma prawo do udziału w zyskach w formie dywidendy, pod warunkiem istnienia wartości wykupu polisy.
2. Wartość przypisywanego udziału w zyskach jest określana przez Towarzystwo jako różnica pomiędzy co najmniej 85% zysków z zainwestowanej wartości polisy a zyskiem zagwarantowanym na poziomie stopy technicznej, jeżeli różnica ta jest wartością dodatnią.
3. Udział w zyskach przypisany jest w każdą rocznicę polisy.
4. O wysokości przypisanego udziału w zyskach Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego pisemnie nie rzadziej niż raz w każdym roku obowiązywania Umowy.
5. Wysokość dywidendy ustalana jest na podstawie kwoty przypisanego udziału w zyskach, przy zastosowaniu aktualnej stopy technicznej, aktualnego wieku Ubezpieczonego, czasu pozostałego do końca okresu ubezpieczenia oraz innych parametrów wskazanych w art. VIII ust. 1.

Artykuł XIII

Indeksacja

1. W każdą rocznicę polisy, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5, 8 i 9, Ubezpieczającemu przysługuje prawo do indeksacji (podwyższania) sumy ubezpieczenia, bez konieczności poddawania się przez Ubezpieczonego ocenie ryzyka ubezpieczeniowego. Indeksacja sumy ubezpieczenia powoduje odpowiednie podwyższenie składek.

2. Ubezpieczony ma prawo do indeksacji o zaproponowany przez Towarzystwo wskaźnik.
3. Przed każdą rocznicą polisy Towarzystwo określa wskaźnik indeksacji i na jego podstawie proponuje Ubezpieczonemu nową wysokość sumy ubezpieczenia i składki, obliczonej zgodnie z postanowieniami ust. 4.
4. Obliczenie podwyższonych składek w związku z indeksacją dokonywane jest dla aktualnego wieku Ubezpieczonego i czasu pozostałego do końca okresu ubezpieczenia, przy zastosowaniu aktualnej stopy technicznej oraz innych parametrów wskazanych w art. VIII ust. 1.
5. Ubezpieczający ma prawo do indeksowania sumy ubezpieczenia w każdą rocznicę polisy przez cały okres ubezpieczenia z uwzględnieniem ust. 9 oraz z wyjątkiem ostatnich lat okresu ubezpieczenia zgodnie z poniższą tabelą:

Okres ubezpieczenia	Ostatnie lata trwania ubezpieczenia, w których suma ubezpieczenia nie jest indeksowana
5 lat	1 rok
6 lat	2 lata
7 lat i więcej	3 lata

6. Towarzystwo zobowiązane jest do pisemnego poinformowania Ubezpieczonego o proponowanej zmianie wysokości sumy ubezpieczenia i składki najpóźniej do 30-tego dnia przed każdą rocznicą polisy.
7. Ubezpieczony może zrezygnować z prawa, o którym mowa w ust. 1. W takim przypadku ma obowiązek poinformować na piśmie Towarzystwo o rezygnacji z indeksacji najpóźniej do 15-tego dnia przed rocznicą polisy. Brak pisemnego zawiadomienia o rezygnacji traktowany jest jako wyrażenie na nią zgody.
8. Indeksacja nie dotyczy Umów, które zostały przekształcone w ubezpieczenie bezskładkowe.
9. Prawo do indeksacji nie przysługuje Ubezpieczonemu od daty przejścia przez Towarzystwo obowiązku opłacania składek oraz obowiązku wypłacania Dziecku renty.

Artykuł XIV

Wypłata świadczeń oraz przejęcie opłacania składek

1. Dożycie Dziecka do końca okresu ubezpieczenia
 - 1.1. W przypadku dożycia przez Dziecko do końca okresu ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Dziecku świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia wraz z dywidendą, jeżeli ona istnieje.
 - 1.2. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia, o którym mowa w ust. 1, zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie dokumenty wskazane przez Towarzystwo, a w szczególności:

- 1.2.1 wniosek o wypłatę świadczenia,
 - 1.2.2. dokument potwierdzający tożsamość i datę urodzenia Dziecka.
 - 1.3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, wypłacane jest Dziecku w formie jednorazowej.
2. Renta
- 2.1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w formie renty miesięcznej, w wysokości 2% sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2.2. Renta należna jest od miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, do końca okresu ubezpieczenia. Renta wypłacana jest w terminie do końca miesiąca, za który jest należna.
 - 2.2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli przyczyną śmierci był nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił w okresie udzielania tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości 2% sumy ubezpieczenia, jednak nie większej niż 50 000 zł.
 - 2.3. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia, o którym mowa w ust. 2.1 i 2.2, zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie dokumenty wskazane przez Towarzystwo, a w szczególności:
 - 2.3.1. wniosek o wypłatę świadczenia,
 - 2.3.2. oryginał odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - 2.3.3. zaświadczenie określające przyczynę śmierci wystawione przez lekarza lub odnośne władze,
 - 2.3.4. dokument potwierdzający tożsamość Uposażonego.
 - 2.4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do żądania innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
 - 2.5. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - 2.6. Gdyby wyjaśnienie w terminie określonym w ust. 2.5 okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
 - 2.7. Bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie, o którym mowa w ust. 2.5.
3. Przejęcie obowiązku opłacania składek na wypadek śmierci Ubezpieczonego oraz jego niezdolności do pracy zarobkowej.
- 3.1. Towarzystwo przejmuje obowiązek opłacania składek w przypadku śmierci Ubezpieczonego, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w okresie udzielenia ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem że ubezpieczenie nie zostało przekształcone w ubezpieczenie bezskładkowe.

- 3.2. Osoba zgłaszająca roszczenie w związku ze zdarzeniem, o którym mowa w ust. 3.1, zobowiązana jest złożyć dokumenty wskazane przez Towarzystwo, a w szczególności wskazane w ust. 2.3.
- 3.3. Towarzystwo przyjmuje obowiązek opłacania składek wymagalnych po 180-tym dniu nieprzerwanego trwania niezdolności do pracy zarobkowej do dnia odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania pracy zarobkowej lub podjęcia jakiejkolwiek pracy zarobkowej, jednak nie dłużej niż do rozwiązania umowy lub upływu okresu ubezpieczenia, pod warunkiem że ubezpieczenie nie zostało przekształcone w ubezpieczenie bezskładkowe.
- 3.4. Osoba zgłaszająca roszczenie w związku ze zdarzeniem, o którym mowa w ust. 3, zobowiązana jest złożyć dokumenty wskazane przez Towarzystwo, a w szczególności:
 - 3.4.1. wniosek o uznanie roszczenia,
 - 3.4.2. dowody medyczne powstania niezdolności do pracy zarobkowej Ubezpieczonego (wyniki badań lekarskich, analizy laboratoryjne itp.),
 - 3.4.3. dokument potwierdzający tożsamość Uposażonego w przypadku śmierci Ubezpieczonego,
 - 3.4.4. dokument potwierdzający tożsamość Ubezpieczonego w przypadku jego niezdolności do pracy zarobkowej.
- 3.5. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do żądania innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
- 3.6. W celu ustalenia powstania niezdolności do pracy zarobkowej Ubezpieczonego, Towarzystwo zastrzega sobie prawo skierowania Ubezpieczonego na badania lekarskie. Badania lekarskie przeprowadzane są przez lekarzy wyznaczonych przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.
- 3.7. W okresie przejścia przez Towarzystwo obowiązku opłacania składek, Towarzystwo ma prawo wymagać od Ubezpieczonego na każde żądanie i w wyznaczonym terminie:
 - 3.7.1. przedstawienia zaświadczeń o trwaniu niezdolności do pracy zarobkowej,
 - 3.7.2. poddania się badaniom lekarskim w celu stwierdzenia ciągłości niezdolności do pracy zarobkowej.Niedopełnienie przez Ubezpieczonego powyższych warunków powoduje wznowienie obowiązku Ubezpieczonego do opłacania składek z upływem wyznaczonego przez Towarzystwo terminu.
- 3.8. Ubezpieczony zobowiązany jest poinformować Towarzystwo o ustaniu niezdolności do pracy zarobkowej w terminie 14 dni od daty jej ustania.
- 3.9. W przypadku niedopełnienia obowiązku, o którym mowa w ust. 3.8, Ubezpieczony zobowiązany jest do zapłacenia składek należnych od daty ustania niezdolności do pracy zarobkowej, w którym to okresie Towarzystwo przejęło obowiązek opłacania składek.

- 3.10. Towarzystwo zwolnione jest z odpowiedzialności, jeżeli niezdolność do pracy zarobkowej nastąpiła bezpośrednio lub pośrednio w wyniku zdarzeń wymienionych w art. V ust. 3, choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV, a ponadto, jeśli powstała w związku z obrażeniami ciała doznanyymi przed datą zawarcia Umowy lub chorobą rozpoznaną przed datą zawarcia Umowy bądź ujawnioną w ciągu 180 dni od daty jej zawarcia, z wyłączeniem chorób, o których Towarzystwo zostało poinformowane przed zawarciem Umowy.
4. Śmierć Dziecka.
- 4.1. W przypadku śmierci Dziecka Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu wartość wykupu polisy po złożeniu dokumentów, o których mowa w art. XI ust. 6.
- 4.2. W sytuacji, o której mowa w ust. 4.1, ochrona ubezpieczeniowa i Umowa wygasają w dniu śmierci Dziecka.
5. Warunkiem wypłaty świadczeń określonych w ustępach 1, 2, 3 i 4 jest dostarczenie wskazanych przez Towarzystwo dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności.

Artykuł XV

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

1. Przed upływem trzech lat od daty zawarcia Umowy Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku spełnienia świadczenia, jeżeli przy zawieraniu Umowy Ubezpieczony podał informacje nieprawdziwe albo niekompletne, chyba że okoliczności te nie mają wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia objętego ochroną.
2. Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku wypłaty świadczenia w związku ze śmiercią Ubezpieczonego, 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,
- 2.2. samobójstwa popełnionego w okresie dwóch lat od daty zawarcia Umowy.
3. W sytuacji, o której mowa w ust. 2, Towarzystwo wypłaci Dziecku wartość wykupu polisy, jeżeli ona istnieje.
4. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku umyślnego przestępstwa dokonanego przez Dziecko, wówczas świadczenie nie zostanie wypłacone Dziecku. W takim przypadku Towarzystwo wypłaci świadczenie rodzinie Ubezpieczonego w następującej kolejności:
- 4.1. współmałżonkowi,
- 4.2. pozostałym dzieciom, w równych częściach, jeśli brak współmałżonka,
- 4.3. rodzicom, w równych częściach, jeśli brak współmałżonka i dzieci,
- 4.4. rodzeństwu, w równych częściach, jeśli brak współmałżonka, dzieci i rodziców,
- 4.5. w pozostałych przypadkach – innym spadkobiercom w porządku ustawowym.

Artykuł XVI Reklamacje

1. Będący osobą fizyczną Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uprawniony oraz inna osoba upoważniona do otrzymania świadczenia (zwany w tym paragrafie „Klient”) może składać w każdym czasie zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, w tym skargi i zażalenia (zwane dalej „Reklamacje”). Złożenie Reklamacji niezwłocznie po powzięciu przez Klienta zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie Reklamacji.
2. Reklamacje mogą być składane:
 - 2.1. w formie pisemnej – osobiście w jednostce podmiotu rynku finansowego, obsługującej Klientów, albo przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe na adres ul. Postępu 15 B, 02-676 Warszawa;
 - 2.2. ustnie - telefonicznie pod numerem +48 913 913 913 albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w jednostce podmiotu rynku finansowego obsługującej Klientów.
3. Reklamacja powinna zawierać dane Klienta umożliwiające jego identyfikację, numer polisy oraz zastrzeżenia zgłaszane przez Klienta. Na wniosek Klienta Towarzystwo potwierdzi wpływ Reklamacji pisemnie lub w inny sposób uzgodniony z Klientem.
4. Towarzystwo rozpatruje Reklamację niezwłocznie po jej otrzymaniu. Odpowiedź na Reklamację jest udzielana bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od chwili otrzymania Reklamacji, chyba że mają miejsce szczególnie skomplikowane okoliczności, uniemożliwiające rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w tym terminie. W takim przypadku Towarzystwo poinformuje Klienta, który złożył Reklamację o przyczynach opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
5. Odpowiedź na Reklamację jest udzielana w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Na wniosek Klienta odpowiedź na Reklamację może być dostarczona pocztą elektroniczną.
6. Spór między Klientem a Towarzystwem może być zakończony w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między Klientami a podmiotami rynku finansowego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
7. Inne osoby niż wymienione w ust. 1 mogą składać Reklamacje w formie i na zasadach wskazanych w ust. 1-3 powyżej. Reklamacje te są rozpatrywane na zasadach i w terminach określonych w ust. 4-5 powyżej, z zastrzeżeniem, że Towarzystwo informuje zainteresowanego o sposobie załatwienia Reklamacji w sposób uzgodniony z tą osobą.
8. Niezależnie od powyższego Klient może składać skargi i zażalenia na działalność Towarzystwa do uprawnionych organów, w tym Komisji Nadzoru Finansowego, Rzecznika Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną Klientów podmiotów rynku finansowego.

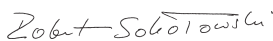
Artykuł XVII

Postanowienia końcowe

1. Za zgodą stron Umowy mogą zostać wprowadzone do niej postanowienia dodatkowe lub odmienne od OWU.
2. Wprowadzenie do Umowy postanowień dodatkowych lub odmiennych od OWU wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
3. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia dotyczące Umowy powinny być składane na piśmie pod rygorem nieważności, chyba, że postanowienia OWU lub Umowy dopuszczają inną formę.
4. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia wysłane odpowiednio na adres siedziby, miejsca zamieszkania lub na adres do korespondencji wywierają skutek z chwilą ich doręczenia adresatowi. Strony Umowy są zobowiązane do informowania się o każdej zmianie adresu siedziby lub odpowiednio miejsca zamieszkania oraz o każdej zmianie adresu do korespondencji.
5. Towarzystwo ma prawo przed realizacją dyspozycji składanych przez Ubezpieczającego żądać potwierdzenia jego tożsamości.
6. Towarzystwo dokona zmian w Umowie na wniosek Ubezpieczającego, pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 30 dni przed dniem, w którym zmiana jest możliwa do dokonania.
7. W zakresie opodatkowania świadczeń należnych z tytułu Umowy zastosowanie mają obowiązujące przepisy prawa dotyczące podatku dochodowego, w szczególności przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.
8. Powództwa o roszczenia wynikające z Umowy mogą zostać wytoczone albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Uposażonego lub uprawnionego.
9. Językiem obowiązującym w relacjach stron jest język polski.
10. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.
11. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/ob./1/10/2015 z dnia 7 października 2015 roku i obowiązują od 11 października 2015 roku.

Robert Sokołowski

Arkadiusz Wiśniewski



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

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

(KOD JNR_ADB_10.2015)

Artykuł I

Postanowienia ogólne

1. Niniejsze ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej „OWU”, stosuje się do Umów zawieranych jako rozszerzenie Umów zawartych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia posagowego Lew Junior.
2. Umowa dodatkowa jest integralną częścią Umowy podstawowej, może być zawarta jedynie jako Umowa rozszerzająca Umowę podstawową i nie może trwać dłużej niż Umowa podstawowa.

Artykuł II

Definicje

Terminy określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia posagowego Lew Junior stosuje się odpowiednio także w niniejszych OWU. Do terminów tych dodaje się:

Suma ubezpieczenia – kwota określona w polisie, równa sumie ubezpieczenia dla Umowy podstawowej, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

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 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 okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej,
 - 3.3. śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku,
 - 3.4. śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpiła przed rocznicą polisy następującą po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65. roku życia.

Artykuł IV

Umowa dodatkowa

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na czas, na jaki została zawarta Umowa podstawowa, jednak nie dłużej niż do rocznicy polisy, w której wiek Ubezpieczonego wyniesie 65 lat.
2. Umowa dodatkowa może być zawarta, jeżeli wiek Ubezpieczonego w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi nie mniej niż 15 lat i nie więcej niż 60 lat.
3. Umowa dodatkowa może być zawarta w każdą rocznicę polisy, ze skutkiem od najbliższej rocznicy polisy następującej po pisemnym zatwierdzeniu jej zawarcia przez Towarzystwo.
4. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym na polisie.
5. Niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem końca okresu ubezpieczenia określonym w polisie, w przypadkach określonych w Umowie podstawowej oraz:
 - 5.1. z dniem rozwiązania Umowy podstawowej,
 - 5.2. z dniem przekształcenia Umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe,
 - 5.3. z dniem poprzedzającym rocznicę polisy następującą po ukończeniu przez Ubezpieczającego 65. roku życia,
 - 5.4. z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej.

Artykuł V

Suma ubezpieczenia i składka

1. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki za Umowę podstawową i płatna jest z tą samą częstotliwością oraz w tych samych terminach.
2. Suma ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej podlega indeksacji zgodnie z postanowieniami Umowy podstawowej i jest możliwa tylko wtedy, gdy jednocześnie indeksowana jest suma ubezpieczenia Umowy podstawowej. Indeksacja sumy ubezpieczenia powoduje odpowiednie podwyższenie składek.

Artykuł VI

Wyplata świadczenia

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaca Dziecku świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia.
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. oryginał odpisu skróconego aktu zgonu,
 - 2.4. zaświadczenie określające przyczynę śmierci wystawione przez lekarza lub odnośne władze.

3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do żądania innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.

Artykuł VII

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

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

Artykuł VIII

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się odpowiednio postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia posagowego Lew Junior.
2. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/ob./1/10/2015 z dnia 7 października 2015 roku i obowiązują od 11 października 2015 roku.

Robert Sokołowski



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

Arkadiusz Wiśniewski



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO INWALIDZTWA DZIECKA SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

(KOD JNR_ADISB_10.2015)

Artykuł I

Postanowienia ogólne

1. Niniejsze ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego inwalidztwa Dziecka spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, zwane dalej „OWU”, stosuje się do Umów zawieranych jako rozszerzenie Umów zawartych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia posagowego Lew Junior.
2. Umowa dodatkowa jest integralną częścią Umowy podstawowej, może być zawarta jedynie jako Umowa rozszerzająca Umowę podstawową i nie może trwać dłużej niż Umowa podstawowa.

Artykuł II

Definicje

Terminy określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia posagowego Lew Junior stosuje się odpowiednio także w niniejszych OWU. Do terminów tych dodaje się:

Suma ubezpieczenia – kwota określona w polisie, równa sumie ubezpieczenia dla Umowy podstawowej, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku trwałego inwalidztwa Dziecka spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem.

Trwałe inwalidztwo – całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata władzy nad kończyną górną (ramię, przedramię, dłoń) lub kończyną dolną (udo, podudzie, stopa) bądź całkowita utrata: wzroku w obu oczach, wzroku w jednym oku, słuchu w obu uszach, słuchu w jednym uchu. Pod pojęciem trwałego inwalidztwa rozumie się wyłącznie przypadki określone w art. VI ust. 6.

Artykuł III

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje trwałe inwalidztwo Dziecka spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie Dziecku świadczenia w przypadku wystąpienia trwałego inwalidztwa Dziecka, spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem.

Artykuł IV

Umowa dodatkowa

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na czas, na jaki została zawarta Umowa podstawowa.

2. Umowa dodatkowa może być zawarta, jeżeli wiek Dziecka w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi nie więcej niż 15 lat.
3. Umowa dodatkowa może być zawarta w każdą rocznicę polisy, ze skutkiem od najbliższej rocznicy polisy następującej po pisemnym zatwierdzeniu jej zawarcia przez Towarzystwo.
4. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym na polisie.
5. Niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem końca okresu ubezpieczenia określonym w polisie w przypadkach określonych w Umowie podstawowej oraz:
 - 5.1. z dniem rozwiązania Umowy podstawowej,
 - 5.2. z dniem przekształcenia Umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe,
 - 5.3 z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej,
 - 5.4. z dniem, w którym łączna wysokość świadczeń należnych z tytułu Umowy dodatkowej, liczonych jako suma punktów procentowych trwałego inwalidztwa, przekroczy 100%.

Artykuł V

Suma ubezpieczenia i składka

1. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki za Umowę podstawową i płatna jest z tą samą częstotliwością oraz w tych samych terminach.
2. Suma ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej podlega indeksacji zgodnie z postanowieniami Umowy podstawowej i jest możliwa tylko wtedy, gdy jednocześnie indeksowana jest suma ubezpieczenia Umowy podstawowej. Indeksacja sumy ubezpieczenia powoduje odpowiednie podwyższenie składek.

Artykuł VI

Wyplata świadczenia

1. Świadczenie, o którym mowa w art. III ust. 3, zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, a trwałe inwalidztwo nastąpiło przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
2. Oceny stopnia inwalidztwa dokonuje się po zakończeniu leczenia i zalecanej rehabilitacji.
3. Podstawą do ustalenia wysokości świadczenia jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dacie zajścia nieszczęśliwego wypadku.
4. Jeżeli nieszczęśliwy wypadek spowodował fizyczną utratę organu lub utratę władzy 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 inwalidztwem Dziecka spowodowanym tym samym nieszczęśliwym wypadkiem nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia obowiązującej w dacie zajścia nieszczęśliwego wypadku.

6. W przypadku trwałego inwalidztwa Dziecka spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości określonego poniżej procentu sumy ubezpieczenia:

1. Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata władzy nad poszczególnymi organami:		
kończyna górna:	w stawie barkowym	70%
	powyżej stawu łokciowego	65%
	poniżej stawu łokciowego	60%
	poniżej nadgarstka	55%
kciuk		20%
palec wskazujący		10%
inny palec ręki		5%
kończyna dolna:	w stawie biodrowym	70%
	powyżej stawu kolanowego	60%
	poniżej stawu kolanowego	50%
	stopa	40%
	stopa z wyłączeniem pięty	30%
paluch		5%
inny palec stopy		2%
2. Całkowita utrata:		
wzrok w obu oczach		100%
wzrok w jednym oku		50%
słuch w obu uszach		60%
słuch w jednym uchu		30%

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. Osoba zgłaszająca roszczenie wypłaty świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie dokumenty wskazane przez Towarzystwo, a w szczególności:
- 8.1. wniosek o wypłatę świadczenia,
 - 8.2. dokument potwierdzający tożsamość Dziecka,
 - 8.3. zaświadczenie określające rodzaj trwałego inwalidztwa wystawione przez lekarza lub dokumentację medyczną z leczenia.
9. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do żądania innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.

Artykuł VII

Postępowanie po zajściu nieszczęśliwego wypadku

1. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy przyznania świadczenia, jeżeli Dziecko nie zgłosiło się niezwłocznie po zajściu nieszczęśliwego wypadku do lekarza lub nie poddało się zaleconemu leczeniu w celu złagodzenia skutków nieszczęśliwego wypadku, a miało to wpływ na zakres odpowiedzialności Towarzystwa.
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 Dziecka na badania lekarskie przeprowadzane przez lekarzy wyznaczonych przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa.

Artykuł VIII

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności


1. Prawo do świadczenia określonego w art. III ust. 3 nie zostanie przyznane, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, który spowodował trwałe inwalidztwo Dziecka, był bezpośrednio lub pośrednio spowodowany przyczynami wymienionymi w art. V ust. 3 lub art. XV ust. 2 OWU Umowy podstawowej.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy, jeżeli trwałe inwalidztwo powstało w związku z obrażeniami ciała doznanymi przed datą zawarcia Umowy lub chorobą rozpoznaną przed datą zawarcia Umowy.

Artykuł IX

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się odpowiednio postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia posagowego Lew Junior.
2. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/ob./1/10/2015 z dnia 7 października 2015 roku i obowiązują od 11 października 2015 roku.

Robert Sokółowski



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

Arkadiusz Wiśniewski



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA DZIECKA

(KOD JNR_DD_10.2015)

Artykuł I

Postanowienia ogólne

1. Niniejsze ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka, zwane dalej „OWU”, stosuje się do Umów zawieranych jako rozszerzenie Umów zawartych na podstawie ogólnych warunków Ubezpieczenia posagowego Lew Junior.
2. Umowa dodatkowa jest integralną częścią Umowy podstawowej, może być zawarta jedynie jako Umowa rozszerzająca Umowę podstawową i nie może trwać dłużej niż Umowa podstawowa.

Artykuł II

Definicje

Terminy określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia posagowego Lew Junior stosuje się odpowiednio także w niniejszych OWU. Do terminów tych dodaje się:

Suma ubezpieczenia – kwota określona w polisie, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku wystąpienia u Dziecka poważnego zachorowania.

Karencja – okres wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa w przypadkach określonych w niniejszych OWU.

Poważne zachorowanie – jednostka chorobowa lub zabieg operacyjny określone poniżej:

Nowotwór złośliwy – niekontrolowany wzrost i rozprzestrzenianie się komórek nowotworowych powodujące naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Termin ten obejmuje również białaczkę (z wyłączeniem przewlekłej białaczki limfatycznej o stopniu zaawansowania mniejszym niż 3 wg RAI), chłoniaki, włącznie z ziarnicą złośliwą (choroba Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Termin ten nie obejmuje nieinwazyjnych nowotworów in situ, nowotworów towarzyszących zakażeniu wirusem HIV, czerniaka złośliwego skóry w stopniu zaawansowania 1A wg klasyfikacji AJCC z 2002 roku (≤ 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia), wczesnego raka gruczołu krokowego – T 1 wg klasyfikacji TNM (wliczając T1a i T1b) lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji, raka szyjki macicy w stopniu CIN 1 – 3, raka podstawnomórkowego i kolczystokomórkowego skóry.

Niewydolność nerek – schyłkowe stadium niewydolności nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem ich czynności oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii przez co najmniej 90 dni lub przeszczepu nerki.

Przeszczep narządu – przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów: serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka. Zakres ubezpieczenia obejmuje też przeszczepienie szpiku kostnego przy zastosowaniu komórek macierzystych po uprzednim całkowitym zniszczeniu własnego szpiku biorcy. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.

Operacja zastawek serca – pierwszorazowa operacja wymiany lub naprawy jednej lub więcej zastawek serca wykonywana z otwarciem klatki piersiowej.

Operacja aorty – operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej przeprowadzona z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej (np. koarktacja, tętniak, rozwarstwienie). Termin nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu stentu do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty.

Utrata wzroku – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach spowodowana chorobą lub urazem. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

Guz mózgu – wewnątrzczaszkowy zagrażający życiu niezłośliwy nowotwór wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwałe ubytki neurologiczne. Rozpoznanie musi być zweryfikowane badaniem histopatologicznym, a w przypadku gdy nie zastosowano leczenia operacyjnego, konieczne jest potwierdzenie badaniem tomografii komputerowej, magnetycznego rezonansu jądrowego lub angiografii. Termin ten nie obejmuje zlokalizowanych wewnątrzczaszkowo malformacji naczyniowych, krwiaków, ziarniniaków, torbieli, ropni, a także guzów przysadki mózgowej i szyszynki mniejszych niż 1 cm.

Stwardnienie rozsiane – przewlekła, postępująca choroba centralnego układu nerwowego charakteryzująca się powstawaniem rozsianych ognisk demielinizacji w mózgu i rdzeniu przedłużonym oraz występowaniem trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się przez co najmniej 180 dni. Rozpoznanie musi być ostateczne i postawione przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji, zaburzeń czucia. Termin ten nie obejmuje innych chorób demielinizacyjnych (np. poprzecznego zapalenia rdzenia kręgowego), zapaleń nerwów, chorób zwyrodnieniowych układu nerwowego, zapaleń mózgu.

Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych i/lub mózgu – ostra infekcja bakteryjna dotycząca opon mózgowo-rdzeniowych i/lub mózgu powodująca trwałe ubytki neurologiczne utrzymujące się przez co najmniej 180 dni. Termin ten nie obejmuje aseptycznego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (np. wirusowego, grzybiczego, chemicznego), odczynów oponowych w przebiegu schorzeń innych narządów (meningismus), zakażeń okołooponowych (np. wyrostka sutkowatego).

Śpiączka – stan utraty przytomności spowodowany chorobą lub urazem, 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, powodujący trwałe ubytki neurologiczne utrzymujące się przez co najmniej 180 dni. Termin ten nie obejmuje przypadków spowodowanych spożyciem alkoholu i innych substancji odurzających.

Artykuł III

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Dziecka poważnego zachorowania.
3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje poważnych zachorowań:
 - 3.1. które zostały zdiagnozowane lub były leczone u Dziecka przed dniem objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej,
 - 3.2. które mogły być następstwem schorzeń rozpoznanych lub leczonych u Dziecka przed dniem objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Towarzystwo zostało poinformowane przed zawarciem Umowy dodatkowej.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa obejmuje poważne zachorowania, które wystąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł IV

Umowa dodatkowa

1. Umowa dodatkowa może być zawarta, jeżeli wiek Dziecka w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi nie mniej niż 5 lat i nie więcej niż 15 lat.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres, na jaki została zawarta Umowa podstawowa, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
3. W przypadku gdy Umowa podstawowa zawierana jest przed ukończeniem przez Dziecko piątego roku życia, Umowa dodatkowa może zostać zawarta po zawarciu Umowy podstawowej w każdą rocznicę polisy następującą po spełnieniu warunków wymienionych w ust. 1.
4. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym na polisie.
5. Okres karencji wynosi 90 dni i liczony jest od daty początku okresu ubezpieczenia Umowy dodatkowej określonej w polisie lub dołączonych do niej aneksach oraz od daty wznowienia Umowy podstawowej, a także wznowienia opłacania składek po zawieszeniu ich płatności.
6. Niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a Umowa dodatkowa zostaje rozwiązana z dniem końca okresu ubezpieczenia określonym w polisie, w przypadkach określonych w Umowie podstawowej oraz:
 - 6.1. z dniem rozwiązania Umowy podstawowej,
 - 6.2. z dniem przekształcenia Umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe,
 - 6.3. z dniem zajścia zdarzenia powodującego powstanie obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
 - 6.4. z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej.
7. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia dodatkowego lub zawarcia jej na warunkach odbiegających od wnioskowanych, w zależności od stopnia ryzyka ubezpieczeniowego ocenionego na podstawie uzyskanych informacji.

Artykuł V

Suma ubezpieczenia i składka

1. Suma ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej jest równa 50% sumy ubezpieczenia dla Umowy podstawowej.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki za Umowę podstawową i płatna jest z tą samą częstotliwością oraz w tych samych terminach.
3. Suma ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej podlega indeksacji zgodnie z postanowieniami Umowy podstawowej i jest możliwa tylko wtedy, gdy jednocześnie indeksowana jest suma ubezpieczenia Umowy podstawowej. Indeksacja sumy ubezpieczenia powoduje odpowiednie podwyższenie składek.

Artykuł VI

Wypłata świadczenia

1. W przypadku wystąpienia u Dziecka poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaca Dziecku 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 Dziecka.
3. Towarzystwo wypłaca jedno świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej, bez względu na liczbę poważnych zachorowań.
4. W przypadku wystąpienia u Dziecka poważnego zachorowania, Dziecko lub jego przedstawiciel ustawowy zobowiązany jest pod rygorem utraty prawa do świadczenia do:
 - 4.1. złagodzenia skutków poważnego zachorowania przez niezwłoczne poddanie się opiece i leczeniu lekarskiemu,
 - 4.2. umożliwienia Towarzystwu uzyskania informacji dotyczących okoliczności wystąpienia poważnego zachorowania, szczególnie u lekarzy, którzy sprawowali lub sprawują opiekę nad Dzieckiem,
 - 4.3. dostarczenia Towarzystwu wszelkich dokumentów, jakie uznane zostaną za niezbędne do rozpatrzenia zasadności roszczenia i ustalenia wysokości świadczenia.
5. Jeżeli nie zostały dopełnione obowiązki wymienione w ust. 4, a miało to wpływ na wystąpienie poważnego zachorowania, pogorszenie stanu zdrowia lub możliwość ustalenia zasadności roszczenia, Towarzystwo ma prawo do odmowy przyznania świadczenia w całości lub w części.
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 Dziecka,
- 7.3. dokumenty potwierdzające wystąpienie poważnego zachorowania u Dziecka:
 - a) karta wypisu ze szpitala lub karta leczenia ambulatoryjnego i wyniki badań,
 - b) zaświadczenie lekarskie wystawione przez specjalistę odpowiedniej specjalności,
 - c) inne dokumenty wymienione w odpowiednich definicjach poważnych zachorowań.
8. Towarzystwo zastrzega sobie prawo żądania innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
9. W celu ustalenia zasadności zgłoszonego roszczenia Towarzystwo zastrzega sobie prawo skierowania Dziecka 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. Przed upływem trzech lat od daty zawarcia Umowy Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku spełnienia świadczenia, jeżeli przy zawieraniu Umowy Ubezpieczony podał informacje nieprawdziwe albo niekompletne, 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 spowodowane było przyczynami wymienionymi w art. V ust. 3 oraz art. XV ust. 2 OWU Umowy podstawowej, z zastrzeżeniem, że ilekroć w postanowieniach tych mowa o Ubezpieczonym, należy rozumieć Dziecko, a ponadto, jeśli związane było z:
 - 2.1. wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 2.2. chorobą AIDS Dziecka lub zarażeniem się wirusem HIV.

Artykuł VIII

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się odpowiednio postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia posagowego Lew Junior.
2. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/ob./1/10/2015 z dnia 7 października 2015 roku i obowiązują od 11 października 2015 roku.

Robert Sokołowski

Arkadiusz Wiśniewski





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

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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU DZIECKA W SZPITALU SPOWODOWANEGO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

(KOD JNR_ADCHB_10.2015)

Artykuł I

Postanowienia ogólne

1. Niniejsze ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu dziecka w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, zwane dalej „OWU”, stosuje się do Umów zawieranych jako rozszerzenie Umów zawartych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia posagowego Lew Junior.
2. Umowa dodatkowa jest integralną częścią Umowy podstawowej, może być zawarta jedynie jako Umowa rozszerzająca umowę podstawową i nie może trwać dłużej niż Umowa podstawowa.

Artykuł II

Definicje

Terminy określone w ogólnych warunkach Ubezpieczenia posagowego Lew Junior stosuje się odpowiednio także w niniejszych OWU. Do terminów tych dodaje się:

Suma ubezpieczenia – kwota określona w polisie, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku pobytu Dziecka w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem.

Szpital – działający zgodnie z polskim prawem zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony dla chorych wymagających opieki leczniczej, zabiegów operacyjnych lub zabiegów diagnostycznych zapewniający chorem całodobową opiekę średniego i wyższego personelu medycznego. Definicja szpitala nie obejmuje ośrodków opieki społecznej, ośrodków dla psychicznie chorych, hospicjów onkologicznych, ośrodków leczenia uzależnień od narkotyków, alkoholu i innych, ośrodków sanatoryjnych, rehabilitacyjnych i wypoczynkowych.

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

Pobyt w szpitalu – nieprzerwany pobyt Dziecka w szpitalu na zlecenie lekarza służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorego; początek pobytu liczy się od daty zarejestrowania Dziecka jako pacjenta szpitala; za ostatni dzień pobytu w szpitalu uważa się dzień, w którym Dziecko zostało wypisane ze szpitala.

Artykuł III

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Dziecka w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Artykuł IV

Umowa dodatkowa

1. Umowa dodatkowa może być zawarta, jeżeli wiek Dziecka w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi nie mniej niż 5 lat i nie więcej niż 15 lat.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres, na jaki została zawarta Umowa podstawowa, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
3. W przypadku gdy Umowa podstawowa zawierana jest przed ukończeniem przez Dziecko piątego roku życia, Umowa dodatkowa może zostać zawarta po zawarciu Umowy podstawowej. W powyższej sytuacji Umowa dodatkowa może zostać zawarta od najbliższej rocznicy polisy następującej po spełnieniu warunków wymienionych w ust. 1.
4. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie.
5. Niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a Umowa dodatkowa zostaje rozwiązana z dniem końca okresu ubezpieczenia określonym w polisie, w przypadkach określonych w Umowie podstawowej oraz:
 - 5.1. z dniem rozwiązania Umowy podstawowej,
 - 5.2. z dniem przekształcenia Umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe,
 - 5.3. z upływem okresu, na jaki została zawarta,
 - 5.4. z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Umowy dodatkowej lub zawarcia jej na warunkach odbiegających od wnioskowanych, w zależności od stopnia ryzyka ubezpieczeniowego, ocenionego na podstawie uzyskanych informacji.

Artykuł V

Suma ubezpieczenia i składka

1. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki za Umowę podstawową i płatna jest z tą samą częstotliwością oraz w tych samych terminach.
2. Suma ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej podlega indeksacji zgodnie z postanowieniami Umowy podstawowej i jest możliwa tylko wtedy, gdy jednocześnie indeksowana jest suma ubezpieczenia dla Umowy podstawowej.

Artykuł VI

Wypłata świadczenia

1. W przypadku pobytu w szpitalu Dziecka, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej 2 dni, Towarzystwo wypłaci Dziecku świadczenie równe:
 - 1.1. sumie dziennych stawek wypadkowych za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 1.2. dodatkowo, niezależnie od świadczeń wymienionych w pkt 1.1, sumie dziennych stawek wypadkowych za każdy dzień pobytu w szpitalu na OIOM-ie, liczonego od pierwszego dnia tego pobytu, jednak za okres nieprzekraczający 5 dni.
2. Dzienna stawka wypadkowa jest równa 1% sumy ubezpieczenia za pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu, za kolejne dni pobytu w szpitalu wynosi ona 0,5% sumy ubezpieczenia.
3. Towarzystwo wypłaci łącznie świadczenia za okres nieprzekraczający:
 - 3.1. 90 dni w związku z pobytem lub pobytami w szpitalu spowodowanymi tym samym nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 3.2. 180 dni w związku z więcej niż jednym pobytem w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
4. W przypadku gdy w jednym dniu Dziecko było pacjentem więcej niż jednego szpitala, świadczenie wypłacane jest w związku z pobytem w jednym szpitalu.
5. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest zawiadomić Towarzystwo o zajściu zdarzenia objętego ochroną w terminie 14 dni od daty zajścia tego zdarzenia.
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 Dziecka,
 - 6.3. kartę wypisu ze szpitala.
7. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do żądania innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
8. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu pobytu w szpitalu Dziecka, Dziecko lub jego przedstawiciel ustawowy zobowiązany jest pod rygorem utraty prawa do świadczenia do:
 - 8.1. umożliwienia Towarzystwu uzyskania informacji dotyczących okoliczności wystąpienia zdarzenia powodującego konieczność pobytu w szpitalu Dziecka,
 - 8.2. dostarczenia Towarzystwu wszelkich dokumentów, jakie uznane zostaną za niezbędne do rozpatrzenia zasadności roszczenia i ustalenia wysokości świadczenia.
9. Jeżeli Ubezpieczony nie dopełnił obowiązków wymienionych w ust. 8, a miało to wpływ na możliwość ustalenia zasadności roszczenia, Towarzystwo ma prawo do odmowy przyznania świadczenia.

Artykuł VII

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

1. Przed upływem trzech lat od daty zawarcia Umowy Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku spełnienia świadczenia, jeżeli przy zawieraniu Umowy Ubezpieczony lub Dziecko podali informacje nieprawdziwe albo niekompletne, chyba że okoliczności te nie mają wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
2. Prawo do świadczenia w związku z pobytem Dziecka w szpitalu nie zostanie przyznane, jeżeli konieczność hospitalizacji bezpośrednio lub pośrednio spowodowana była przyczynami wymienionymi w art. V ust. 3 oraz art. XV ust. 2 OWU Umowy podstawowej, a ponadto, jeśli związana była z:
 - 2.1. wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 2.2. chorobą AIDS Dziecka lub zarażeniem się wirusem HIV,
 - 2.3. pełnieniem zasadniczej służby wojskowej,
 - 2.4. wykonywaniem zabiegów rehabilitacyjnych.

Artykuł VIII

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia posagowego Lew Junior stosuje się odpowiednio.
2. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/ob./1/10/2015 z dnia 7 października 2015 roku i obowiązują od 11 października 2015 roku.

Robert Sokołowski



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

Arkadiusz Wiśniewski



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

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU DZIECKA W SZPITALU

(KOD JNR_DCHB_10.2015)

Artykuł I

Postanowienia ogólne

1. Niniejsze ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek pobytu Dziecka w szpitalu, zwane dalej „OWU”, stosuje się do Umów zawieranych jako rozszerzenie Umów zawartych na podstawie ogólnych warunków Ubezpieczenia posagowego Lew Junior.
2. Umowa dodatkowa jest integralną częścią Umowy podstawowej, może być zawarta jedynie jako Umowa rozszerzająca umowę podstawową i nie może trwać dłużej niż Umowa podstawowa.

Artykuł II

Definicje

Terminy określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia posagowego Lew Junior stosuje się odpowiednio także w niniejszych OWU. Do terminów tych dodaje się:

Suma ubezpieczenia – kwota określona w polisie, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku pobytu Dziecka w szpitalu.

Karencja – okres wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa w przypadkach określonych w niniejszych OWU.

Szpital – działający zgodnie z polskim prawem zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony dla chorych wymagających opieki leczniczej, zabiegów operacyjnych lub zabiegów diagnostycznych, zapewniający chorym całodobową opiekę średniego i wyższego personelu medycznego. Definicja szpitala nie obejmuje ośrodków opieki społecznej, ośrodków dla psychicznie chorych, hospicjów onkologicznych, ośrodków leczenia uzależnień od narkotyków, alkoholu i innych, ośrodków sanatoryjnych, rehabilitacyjnych i wypoczynkowych.

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

Pobyt w szpitalu – nieprzerwany pobyt Dziecka w szpitalu na zlecenie lekarza służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorego; początek pobytu liczy się od daty zarejestrowania Dziecka jako pacjenta szpitala; za ostatni dzień pobytu w szpitalu uważa się dzień, w którym Dziecko zostało wypisane ze szpitala.

Choroba – reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.

Artykuł III

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt Dziecka w szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i był spowodowany chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje pobytów w szpitalu:
 - 3.1. które zostały zalecone Ubezpieczonemu lub o których postanowiono przed dniem objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej,
 - 3.2. których przyczyny zostały zdiagnozowane lub były leczone u Ubezpieczonego przed dniem zawarcia umowy dodatkowej.

Artykuł IV

Umowa dodatkowa

1. Umowa dodatkowa może być zawarta, jeżeli wiek Dziecka w dacie początku okresu ubezpieczenia wynosi nie mniej niż 5 lat i nie więcej niż 15 lat.
2. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres, na jaki została zawarta Umowa podstawowa, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
3. W przypadku gdy Umowa podstawowa zawierana jest przed ukończeniem przez Dziecko piątego roku życia, Umowa dodatkowa może zostać zawarta po zawarciu Umowy podstawowej w każdą rocznicę polisy następującą po spełnieniu warunków wymienionych w ust. 1.
4. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym na polisie.
5. Okres karencji wynosi 60 dni i liczony jest od daty początku okresu ubezpieczenia Umowy dodatkowej, określonej w polisie oraz od daty wznowienia Umowy podstawowej. Karencja nie dotyczy pobytu w szpitalu, który spowodowany został nieszczęśliwym wypadkiem.
6. Niezależnie od innych postanowień, ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a Umowa dodatkowa zostaje rozwiązana z dniem końca okresu ubezpieczenia określonym w polisie, a także w przypadkach określonych w Umowie podstawowej oraz:
 - 6.1. z dniem rozwiązania Umowy podstawowej,
 - 6.2. z dniem przekształcenia Umowy podstawowej w ubezpieczenie bezskładkowe,
 - 6.3. z upływem okresu, na jaki została zawarta,
 - 6.4. z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej.
7. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Umowy dodatkowej lub zawarcia jej na warunkach odbiegających od wnioskowanych, w zależności od stopnia ryzyka ubezpieczeniowego, ocenionego na podstawie uzyskanych informacji.

Artykuł V

Suma ubezpieczenia i składka

1. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki za Umowę podstawową i płatna jest z tą samą częstotliwością oraz w tych samych terminach.
2. Suma ubezpieczenia dla Umowy dodatkowej podlega indeksacji zgodnie z postanowieniami Umowy podstawowej i jest możliwa tylko wtedy, gdy jednocześnie indeksowana jest suma ubezpieczenia Umowy podstawowej.

Artykuł VI

Wypłata świadczenia

1. W przypadku pobytu w szpitalu Dziecka, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej 2 dni, jeżeli spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem oraz co najmniej 5 dni, jeżeli spowodowany był chorobą, Towarzystwo wypłaci Dziecku świadczenie równe:
 - 1.1. sumie dziennych stawek chorobowych za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowany chorobą,
 - 1.2. sumie dziennych stawek wypadkowych za każdy dzień pobytu w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 1.3. dodatkowo, niezależnie od świadczeń wymienionych w pkt 1.1. lub 1.2, sumie dziennych stawek wypadkowych za każdy dzień pobytu w szpitalu na OIOM-ie, liczonego od pierwszego dnia tego pobytu, jednak za okres nie dłuższy niż 5 dni.
2. Dzienna stawka chorobowa jest równa 0,5‰ sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
3. Dzienna stawka wypadkowa jest równa 1‰ sumy ubezpieczenia za pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu, za kolejne dni pobytu w szpitalu wynosi ona 0,5‰ sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
4. Towarzystwo wypłaci łącznie świadczenia w związku z pobytem w szpitalu za okres nie dłuższy niż:
 - 4.1. 90 dni w związku z jednym pobytem w szpitalu lub pobytemi w szpitalu spowodowanymi tą samą przyczyną, tj. tą samą chorobą lub tym samym nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 4.2. 180 dni w związku z więcej niż jednym pobytem w szpitalu w ciągu każdego roku polisowego.
5. Jeżeli w tym samym czasie przyczyną pobytu w szpitalu jest zarówno choroba, jak i nieszczęśliwy wypadek, Towarzystwo wypłaca jedno świadczenie w związku z tym pobytem, jego wysokość ustala się przy zastosowaniu dziennej stawki wypadkowej.
6. W przypadku gdy w jednym dniu Dziecko było pacjentem więcej niż jednego szpitala, świadczenie wypłacane jest w związku z pobytem w jednym szpitalu.

7. W przypadku jednorazowego pobytu w szpitalu, którego okres przekracza 30 dni, Dziecko ma prawo do uzyskania części świadczenia, którego wysokość wynika z części okresu pobytu w szpitalu. Powyższe uprawnienie przysługuje Dziecku dla każdego 30-dniowego okresu pobytu w szpitalu.
8. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie dokumenty wskazane przez Towarzystwo, a w szczególności:
 - 8.1. wniosek o wypłatę świadczenia,
 - 8.2. dokument potwierdzający tożsamość Dziecka,
 - 8.3. kartę wypisu ze szpitala.
9. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do żądania innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
10. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu pobytu w szpitalu Dziecka, Dziecko lub jego przedstawiciel ustawowy zobowiązany jest pod rygorem utraty prawa do świadczenia, do:
 - 10.1. umożliwienia Towarzystwu uzyskania informacji dotyczących okoliczności wystąpienia zdarzenia powodującego konieczność pobytu w szpitalu Dziecka,
 - 10.2. dostarczenia Towarzystwu wszelkich dokumentów, jakie uznane zostaną za niezbędne do rozpatrzenia zasadności roszczenia i ustalenia wysokości świadczenia.
11. Jeżeli Ubezpieczony nie dopełnił obowiązków wymienionych w ust. 10, a miało to wpływ na możliwość ustalenia zasadności roszczenia, Towarzystwo ma prawo do odmowy przyznania świadczenia.

Artykuł VII

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

1. Przed upływem trzech lat od daty zawarcia Umowy Towarzystwo zwolnione jest z obowiązku spełnienia świadczenia, jeżeli przy zawieraniu Umowy Ubezpieczony lub Dziecko podali informacje nieprawdziwe albo niekompletne, chyba że okoliczności te nie mają wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
2. Prawo do świadczenia w związku z pobytem Dziecka w szpitalu nie zostanie przyznane, jeżeli konieczność hospitalizacji bezpośrednio lub pośrednio spowodowana była przyczynami wymienionymi w art. V ust. 3 oraz art. XV ust. 2. OWU Umowy podstawowej, a ponadto, jeśli związana była z:
 - 2.1. wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 2.2. chorobą AIDS Dziecka lub zarażeniem się wirusem HIV,
 - 2.3. pełnieniem zasadniczej służby wojskowej.
3. Świadczenie, o którym mowa w art. VI ust. 1, nie zostanie wypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu miał na celu:
 - 3.1. operację plastyczną lub kosmetyczną, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej,


- 3.2. operację przeprowadzaną przy wykorzystaniu terapii genowej lub operację na płodzie ludzkim,
- 3.3. wykonywanie rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich nie wynikających z zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku,
- 3.4. wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych,
- 3.5. leczenie lub zabiegi związane z ciążą, porodem i połogiem,
- 3.6. poddanie się leczeniu dentystycznemu z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany został nieszczęśliwym wypadkiem,
- 3.7. pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu,
- 3.8. skorygowanie wady wzroku,
- 3.9. zmianę płci,
- 3.10. pozbawienie płodności, leczenie bezpłodności,
- 3.11. leczenie wszelkiego rodzaju uzależnień.

Artykuł VIII

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się odpowiednio postanowienia ogólnych warunków Ubezpieczenia posagowego Lew Junior.
2. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/ob./1/10/2015 z dnia 7 października 2015 roku i obowiązują od 11 października 2015 roku.

Robert Sokołowski



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

Arkadiusz Wiśniewski



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

Tabela limitów

Lp.	Limit	Aktualna wysokość
1.	Minimalna suma ubezpieczenia dla ubezpieczenia bezskładkowego	10 000 zł
2.	Zwyżki składek przy płatnościach innych niż roczne:	
	Miesięczna	8%
	Kwartalna	5%
	Półroczna	3,5%
3.	Minimalny wskaźnik indeksacji	3%

1. Tabela limitów ustalana jest okresowo przez Towarzystwo.
2. Towarzystwo poinformuje o zmianie treści Tabeli limitów w ciągu 30 dni od dokonania takiej zmiany.
3. W związku ze zmianą Tabeli limitów Ubezpieczającemu przysługuje prawo wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia z zachowaniem okresu wypowiedzenia określonego w ogólnych warunkach ubezpieczenia posagowego Lew Junior.
4. Niniejsza Tabela limitów została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa nr GL/ob./1/10/2015 z dnia 7 października 2015 roku i obowiązuje od 11 października 2015 roku.

Robert Sokołowski

Robert Sokołowski

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

Arkadiusz Wiśniewski

Arkadiusz Wiśniewski

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