

SKOROWIDZ
OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU
„OCHRONA SZPITALNA”

Rodzaj informacji/ postanowienia wzorca umownego	Nr zapisu
1. przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 pkt 2; § 9
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 12; § 9 pkt 3-5 i 7b

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA
NA ŻYCIE I NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU „OCHRONA SZPITALNA”
01.05.2026



POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie i na wypadek pobytu w szpitalu „Ochrona Szpitalna”, przyjęte Uchwałą Zarządu Generali Życie TU S.A., zwane dalej „OWU”, stosuje się do umów zawieranych od 1 maja 2026 r.
2. Zmiany OWU mogą nastąpić tylko w przypadku zmiany prawa, na skutek wytycznych organów administracji. Wszelkie zmiany OWU wymagają formy pisemnej albo innej formy uzgodnionej z ubezpieczającym oraz ich doręczenia drugiej stronie umowy.

DEFINICJE

§ 2

Określenia użyte w niniejszych OWU oznaczają:

1. **chemioterapia** – metodę systemowego leczenia choroby nowotworowej za pomocą leków stosowanych dożylnie lub doustnie. Są to leki stosowane do niszczenia komórek nowotworowych lub zatrzymania ich wzrostu (mogą to być leki cytostatyczne, leki ukierunkowane lub terapia biologiczna). Chemioterapię w rozumieniu OWU nie jest terapia hormonalna;
2. **choroba** – reakcję organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadzącą do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, będącą podstawą diagnozy lekarskiej, która rozpoczęła się i trwa w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela;
3. **choroba istniejąca** – uszkodzenie ciała, chorobę lub choroby, na które zachorował ubezpieczony lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze, w okresie 10 lat poprzedzających rozpoczęcie odpowiedzialności ubezpieczyciela, wymagające opieki lekarza, leczenia lub hospitalizacji. Definicja ta obejmuje również choroby, które są następstwem i powikłaniem choroby istniejącej, nawet jeśli wystąpiły w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela;
4. **dziecko/ dzieci** – dziecko/dzieci własne ubezpieczonego lub dziecko/dzieci przez niego przysposobione, które ukończyło/y 6. miesiąc i nie ukończyło/y 18. roku życia, pozostające na utrzymaniu ubezpieczonego, wymienione w polisie;
5. **hospitalizacja** – całonocny pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorego na zlecenie lekarza, włącznie z dniem przyjęcia ale z wyłączeniem dnia, w którym ubezpieczony został wypisany ze szpitala;

6. **lekarz** – osobę posiadającą właściwe kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych, potwierdzone wymaganymi przez prawo Rzeczypospolitej Polskiej dokumentami;
7. **nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, prowadzące do uszkodzenia ciała ubezpieczonego i hospitalizacji. Zawał serca, udar mózgu, wylew krwi do mózgu nie są uznawane za nieszczęśliwy wypadek. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się także następstw zdrowotnych dźwignięcia, długotrwałego lub nadmiernego wysiłku fizycznego;
8. **podwójne świadczenie szpitalne** – świadczenie dodatkowe podwajające kwotę wypłaty świadczenia dziennego maksymalnie przez okres 14 dni, jeżeli hospitalizacja jest bezpośrednio wynikiem nieszczęśliwego wypadku;
9. **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy;
10. **przysposobienie** – powstanie takiego stosunku między przysposabiającym a przysposobionym jak między rodzicem a dzieckiem, tj. przysposobienie pełne nierozwiązywalne/całkowite potwierdzone aktem urodzenia dziecka, w którym przysposabiający występuje w roli rodzica;
11. **radioterapia** – leczenie nowotworów złośliwych promieniami jonizującymi;
12. **składka** – kwotę należną z tytułu umowy, określoną w polisie, wyrażoną w walucie będącej prawnym środkiem płatniczym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, ustaloną w oparciu o taryfę składek obowiązującą w dniu złożenia wniosku;
13. **suma ubezpieczenia** – kwotę wskazaną w aktualnej polisie wypłacaną uposażonym w przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela;
14. **szpital** – zakład opieki zdrowotnej będący, w rozumieniu obowiązujących przepisów, zakładem lecznictwa zamkniętego lub zakładem udzielającym całonocowo świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, zatrudniający w pełnym wymiarze godzin profesjonalny i wykwalifikowany personel medyczny, zlokalizowany na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, z wyłączeniem zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, sanatoriów, prewentoriów, hospicjów, ośrodków leczniczych i uzdrowiskowych, spa, wodolecznictwa, szpitali uzdrowiskowych i sanatoryjnych, placówek leczenia odwykowego, domów opieki dla rekonwalescentów i osób starszych,

kliniki i placówek leczenia schorzeń psychiatrycznych, nawet jeśli formalnie są według prawa polskiego „szpitalami”;

15. **świadczenie** – kwotę należną ubezpieczonemu lub uposażonemu w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, wypłacaną według zasad określonych w umowie;
16. **świadczenie dodatkowe** – wskazane w polisie świadczenie dodatkowe (jeżeli takie świadczenie wybrano), które za opłatą dodatkowej składki dołączono do umowy ubezpieczenia „Ochrona Szpitalna”;
17. **świadczenie dzienne** – kwotę wskazaną w aktualnej polisie, należną ubezpieczonemu za każdy dzień hospitalizacji, wypłacaną według zasad określonych w umowie;
18. **świadczenie za bezszkodowość** – kwotę wypłacaną po upływie 5 rocznicy umowy i po upływie każdego następnego 5 lat obowiązywania umowy, zgodnie z § 9 pkt 8;
19. **ubezpieczający** – osobę fizyczną zawierającą z ubezpieczycielem umowę; osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą zawierają umowę poza zakresem tej działalności;
20. **ubezpieczony** – osobę fizyczną wymienioną w polisie, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia;
21. **ubezpieczyciel** – Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Senatorskiej 18, 00-082 Warszawa;
22. **umowa** – umowę ubezpieczenia „Ochrona Szpitalna” zawartą na podstawie wniosku oraz OWU;
23. **uposażony** – osobę wskazaną przez ubezpieczającego lub ubezpieczającego za uprzednią zgodą ubezpieczonego, w przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek (tj. rachunek ubezpieczonego), uprawnioną do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego;
24. **uszkodzenie ciała** – fizyczne uszkodzenie ciała doznane przez ubezpieczonego w wyniku działania siły mechanicznej, środków chemicznych lub temperatury, wymagające porady lekarskiej, leczenia, opieki lub hospitalizacji;
25. **wniosek** – wniosek ubezpieczeniowy o zawarcie umowy złożony na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela;
26. **współmałżonek** – osobę wskazaną w polisie, z którą w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie, ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim albo w partnerskim związku nieformalnym (konkubinacie) i prowadzi wspólne gospodarstwo domowe z ubezpieczonym, przy czym obie osoby w tym związku są stanu wolnego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - a) śmierć ubezpieczonego oraz;
 - b) pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku wymagających hospitalizacji, jeśli przyjęcie do szpitala w wyniku tego nieszczęśliwego wypadku nastąpi nie później niż 30 dni od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku oraz w zgodzie z zapisami OWU, które nastąpiły w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.
3. Umowa może być zawarta w jednym z trzech wariantów:
 - a) indywidualnym, z jednym ubezpieczonym;
 - b) ze współmałżonkiem ubezpieczonego jako dodatkowo ubezpieczonym;
 - c) rodzinnym, ze współmałżonkiem i dziećmi (do 3) wskazanymi w polisie jako dodatkowi ubezpieczeni. Umową ubezpieczenia

w wariantcie rodzinnym objętych może zostać więcej niż 3 dzieci po opłaceniu dodatkowej składki za każde kolejne dziecko.

ZAWARCIE UMOWY

§ 4

1. Umowa może zostać zawarta, jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:
 - a) w dniu jej zawarcia zarówno ubezpieczający jak i ubezpieczony mają ukończone 18 lat (chyba, że ubezpieczony wymieniony jest w polisie jako dziecko), a ubezpieczony nie ma ukończonych 76 lat;
 - b) ubezpieczyciel otrzymał podpisany przez ubezpieczającego i ubezpieczonego wniosek;
 - c) ubezpieczyciel pozytywnie zweryfikował wniosek i na dowód zawarcia umowy wystawił polisę.
2. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy lub zaproponowania zmiany jej warunków zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
3. Ubezpieczający może zawrzeć umowę na cudzy rachunek (na rachunek ubezpieczonego). W takim przypadku ubezpieczający zobowiązany jest do uzyskania zgody ubezpieczonego na objęcie go ochroną ubezpieczeniową oraz na sumę ubezpieczenia, a także na wskazanie uposażonych.
4. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, ubezpieczony może żądać, ubezpieczyciel, udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.

OBOWIĄZYWANIE UMOWY

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od daty wskazanej w polisie jako data rozpoczęcia odpowiedzialności.
2. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy w terminie 30 dni od daty rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczyciel nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. W przypadku odstąpienia od umowy przez ubezpieczającego, ubezpieczyciel zwraca mu wpłacone składki.
3. Umowa zostaje zawarta na okres 5 lat od daty rozpoczęcia odpowiedzialności wskazanej w polisie, z zastrzeżeniem § 6 i § 7.
4. Ubezpieczyciel co najmniej na 45 dni przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa, może zaproponować jej przedłużenie na zmienionych warunkach. Zapłata składki przez ubezpieczającego, w wysokości zgodnej z propozycją ubezpieczyciela, oznacza zgodę na przedłużenie umowy na zmienionych warunkach. Jeżeli ubezpieczający nie zaakceptuje zmienionych warunków umowy, zostaje ona rozwiązana z końcem okresu, na jaki została zawarta.
5. Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia umowy w każdym czasie ze skutkiem na koniec okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka.
6. Dzieci objęte ubezpieczeniem, po osiągnięciu wieku 18 lat (tj. w dniu ukończenia 18. roku życia), automatycznie przestają być objęte ubezpieczeniem na warunkach określonych polisą. Gdy ubezpieczony lub współmałżonek kończą 80 lat (tj. w dniu ukończenia 80 roku życia), ubezpieczenie przestaje obowiązywać dla osoby, która przekracza ten wiek.

7. Umowa rozwiązuje się w miesiącu, w którym zostanie wypłacone świadczenie za maksymalną liczbę dni hospitalizacji lub w dniu śmierci ubezpieczonego, lub z datą wypowiedzenia umowy, zgodnie z § 5 punkt 5, lub zgodnie z § 5 punkt 4, lub zgodnie z § 7 punkt 2, lub z dniem ukończenia przez ubezpieczonego 80 lat, z zastrzeżeniem § 6 punkt 1, w zależności od tego, które z tych zdarzeń będzie pierwsze.

WARIANTY

§ 6

1. Jeżeli umowa została zawarta w wariantcie ze współmałżonkiem lub rodzinnym, po śmierci jednego ze współmałżonków umowa nie ulega rozwiązaniu, a drugi ze współmałżonków może kontynuować umowę, pod warunkiem terminowego opłacania składek. W takim przypadku wariant małżeński zmieniany jest na wariant indywidualny z dotychczasową wysokością świadczenia dziennego, zaś wariant rodzinny pozostaje bez zmian. Umowa zawarta w wariantcie ze współmałżonkiem lub rodzinnym rozwiązuje się w dniu śmierci drugiego współmałżonka lub z dniem ukończenia przez niego 80 lat.
2. Jeżeli umowa została zawarta w wariantcie ze współmałżonkiem, po ustaniu związku małżeńskiego lub nieformalnego, o których mowa w § 2 punkt 26, na wniosek ubezpieczającego i po akceptacji ubezpieczonych, umowa może być kontynuowana w wariantcie ze współmałżonkiem na dotychczasowych warunkach lub w wariantcie indywidualnym dla każdego z ubezpieczonych, na warunkach przedstawionych przez ubezpieczyciela.
3. W przypadku śmierci ubezpieczającego, który nie jest ubezpieczonym, wszelkie jego prawa i obowiązki wynikające z umowy przechodzą na jego następców prawnych.

SKŁADKI

§ 7

1. Składki są płatne miesięcznie w wysokości wskazanej w polisie oraz zgodnie z wyborem ubezpieczającego.
2. Jeżeli pomimo uprzedniego wezwania wystosowanego przez ubezpieczyciela, ubezpieczający nie dokonał wpłaty zaległej składki, w ciągu dodatkowego terminu 30 dni od terminu jej wymagalności, umowę uważa się za wypowiedzianą przez ubezpieczającego, a odpowiedzialność ubezpieczyciela wygasa.
3. Składki obliczane są w oparciu o wiek ubezpieczonego i uwzględniają rodzaj, poziom należnych świadczeń oraz prawdopodobieństwo wypłaty świadczeń w tym przedziale wieku, jak również opłaty oraz koszty związane z zawarciem i obsługą umowy.
4. W przypadku zaległości w opłaceniu składek, przekazywane kwoty przeznaczone są w pierwszej kolejności na pokrycie zaległości.

ZMIANA UMOWY

§ 8

1. Ubezpieczyciel, na wniosek ubezpieczającego, za zgodą ubezpieczonego przedstawia warunki dodania kolejnych dzieci, zmiany wariantu umowy oraz wysokości dziennego świadczenia wskazanego w polisie. Ubezpieczyciel może także proponować zmianę warunków umowy, tj. zaproponować dodanie świadczenia dodatkowego lub zaproponować podwyższenie wysokości świadczenia dziennego.
2. Jeżeli ubezpieczyciel pozytywnie zweryfikował wniosek o zmianę umowy, dostarczy ubezpieczającemu nową polisę na potwierdzenie dokonania zmiany.

3. W przypadku dodania do umowy kolejnej osoby ubezpieczonej, terminy, o których mowa w § 9 punkt 7, będą liczone od daty dodania osoby ubezpieczonej, ale tylko dla osoby, która zostaje dodana do ubezpieczenia.
4. W przypadku podwyższenia świadczenia dziennego, terminy, o których mowa w § 9 punkt 7, będą liczone od daty podwyższenia tego świadczenia, ale tylko dla kwoty, o którą podwyższono dzienne świadczenie.
5. Ubezpieczający może odstąpić od uzgodnionych zmian umowy w ciągu 30 dni od daty rozpoczęcia obowiązywania nowej sumy ubezpieczenia lub dodatkowego świadczenia (umowy dodatkowej) i jest uprawniony do otrzymania zwrotu różnicy zapłaconej składki. Jeżeli do czasu zawarcia zmian w umowie ubezpieczyciel nie poinformował ubezpieczającego o prawie do odstąpienia, okres 30 (trzydziestu) dni rozpoczyna się od dnia, w którym ubezpieczający został poinformowany o prawie do odstąpienia. W przypadku odstąpienia strony pozostają związane wcześniejszymi warunkami umowy. Ubezpieczający nie będzie uprawniony do zwrotu składki, jeżeli odstąpi od uzgodnionych zmian lub wypowie umowę po upływie 30 dni.

ŚWIADCZENIA

§ 9

1. W przypadku śmierci ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie za okres hospitalizacji dłuższy niż 2 dni w wyniku choroby lub uszkodzenia ciała.
3. Świadczenie dzienne dotyczące dzieci, które nie ukończyły 5. roku życia, wynosi 50% świadczenia dziennego określonego w polisie.
4. Wypłacone świadczenie będzie równe sumie świadczeń dziennych za każdy dzień hospitalizacji, z tym zastrzeżeniem, że świadczenie będzie płacone za maksymalnie 20 dni hospitalizacji w przypadku pobytu w szpitalu będącego przyczyną tego samego nieszczęśliwego wypadku, choroby czy uszkodzenia ciała lub hospitalizacji powiązanej z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, chorobą czy uszkodzeniem ciała.
5. Świadczenie zostanie wypłacone łącznie za nie więcej niż 80 dni wszystkich hospitalizacji w ciągu całego okresu trwania umowy.
6. W okresie trwania umowy ubezpieczyciel wypłaci jednorazowe świadczenie w wysokości równej 5-krotności kwoty dziennego świadczenia wskazanego w polisie w przypadku, gdy ubezpieczony jest leczony chemioterapią lub radioterapią. Świadczenie to przysługuje każdemu ubezpieczonemu, z zastrzeżeniem z § 9 punkt 7b i wyłączeniami wskazanymi w § 12 i ogranicza się do jednej wypłaty świadczenia dla każdego ubezpieczonego w trakcie trwania umowy.
7. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu hospitalizacji:
 - a) w następstwie nieszczęśliwego wypadku – od dnia wskazanego w polisie jako data rozpoczęcia odpowiedzialności;
 - b) w następstwie choroby – po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia wskazanego w polisie jako data rozpoczęcia odpowiedzialności.
8. Obowiązek wypłaty świadczenia za bezszkodowość w wysokości 10% wszystkich składek zapłaconych w poprzednich 5 latach obowiązywania umowy powstaje w przypadku, gdy umowa pozostaje w mocy na koniec każdego 5 roku obowią-

zywania umowy. Wypłata świadczenia za bezszkodowość jest należna, jeżeli w poprzednich 5 latach nie zostało wypłacone żadne świadczenie wynikające z obowiązywania umowy. Świadczenie za bezszkodowość nie stanowi świadczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego i tym samym kwota tego świadczenia nie korzysta ze zwolnienia na podstawie art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych. Ubezpieczający będzie zobowiązany do zapłaty podatku zgodnie z zasadami wskazanymi w tej ustawie. Jednocześnie ubezpieczyciel sporządzi i przekaze ubezpieczającemu oraz właściwemu urzędowi skarbowemu informacje o wysokości uzyskanego świadczenia, o którym mowa w art. 42a ustawy.

9. Jeżeli do umowy dodano podwójne świadczenie szpitalne, o którym mowa w § 2 punkt 8 niniejszych OWU, za pierwsze 14 dni hospitalizacji będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku zostanie wypłacona podwójna wysokość kwoty świadczenia dziennego. Kolejne hospitalizacje dotyczące tego samego nieszczęśliwego wypadku będą wypłacone w kwocie podstawowej świadczenia dziennego.

UPOSAŻONY

§ 10

1. Ubezpieczający może wskazać uposażonych do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy. Ubezpieczający może to wskazanie w każdym czasie zmienić lub odwołać. W przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek wskazanie oraz zmiana uposażonego wymaga uprzedniej zgody ubezpieczonego.
2. Jeżeli wskazano kilku uposażonych, z których jeden lub kilku nie żyje w chwili śmierci ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, pozostałe w ten sposób udziały przypadają pozostałym uposażonym proporcjonalnie do ich udziałów.
3. Jeżeli nie wskazano uposażonych, uposażeni nie żyją w chwili śmierci ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, świadczenie jest wypłacane członkom rodziny ubezpieczonego według kolejności pierwszeństwa:
 - a) małżonek w całości;
 - b) dzieci w częściach równych, jeśli brak współmałżonka;
 - c) wnuki w częściach równych, jeśli brak współmałżonka i dzieci;
 - d) rodzice w częściach równych, jeśli brak współmałżonka, dzieci i wnuków;
 - e) rodzeństwo w częściach równych, jeśli brak osób wymienionych w podpunktach a)-d);
 - f) inni ustawowi spadkobiercy ubezpieczonego w częściach równych, jeśli brak osób wymienionych powyżej, z wyłączeniem gminy właściwej dla ostatniego miejsca zamieszkania ubezpieczonego oraz Skarbu Państwa.
4. Jeżeli udziały procentowe uposażonych w kwocie świadczenia nie zostaną określone, przyjmuje się, że są one równe.

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 11

1. W celu rozpoczęcia procedury wypłaty świadczenia należy skontaktować się z ubezpieczycielem.
2. Wnioskodawca zgłaszający roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego zobowiązany jest złożyć następujące dokumenty:
 - a) wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości wnioskodawcy;

- c) kopię odpisu skróconego aktu zgonu ubezpieczonego;
- d) w przypadku, o którym mowa w § 10 punkt 3, dokument potwierdzający bycie członkiem rodziny, a stosownym wykazaniem takiego stanu będą w szczególności: kopia aktu małżeństwa, kopia aktu urodzenia, kopia prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku, kopia notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia.
3. Wnioskodawca zgłaszający roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu hospitalizacji zobowiązany jest złożyć dokumenty, o których mowa w punkcie 2 a i b oraz kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej pobyt ubezpieczonego w szpitalu wraz z określeniem przyczyny tego pobytu.
4. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w punkcie 2 lub 3 powyżej okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia, ubezpieczyciel może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
5. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego będzie wypłacone w terminie 7 dni roboczych od daty dostarczenia do ubezpieczyciela kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, zgodnie ze wzorem umieszczonym na stronie internetowej www.4lifedirect.pl oraz dokumentów, o których mowa w punkcie 2 i 4.
6. Świadczenie z tytułu hospitalizacji ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy będzie wypłacone w terminie 7 dni roboczych od daty dostarczenia do ubezpieczyciela kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia zgodnie ze wzorem umieszczonym na stronie internetowej www.4lifedirect.pl oraz dokumentów, o których mowa w punkcie 3 i 4.
7. Terminy wypłaty świadczeń nie przekroczą terminów do wypłaty określonych przepisami prawa.
8. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez ubezpieczyciela. Koszty badań będą pokrywane przez ubezpieczyciela. Wszelkie świadczenia z tytułu umowy zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 12

1. Obowiązek wypłaty świadczenia z tytułu hospitalizacji nie zachodzi, jeśli hospitalizacja lub nieszczęśliwy wypadek w wyniku którego nastąpiła hospitalizacja był konsekwencją:
 - a) działania wroga (w sensie militarnym), wojny (wypowiedzianej lub nie), wojny domowej, strajku, lokautu, zamieszek o charakterze rebelii lub rewolucyjnym, uzurpacji władzy, aktywnego udziału w działaniach militarnych, paramilitarnych lub policyjnych i terroryzmu;
 - b) epidemii ogłaszanych oficjalnie przez odpowiednie organy administracji samorządowej lub Ministerstwa Zdrowia;
 - c) niedorozwoju umysłowego ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - d) nadużywania przez ubezpieczonego alkoholu, alkoholizmu ubezpieczonego, spożycia alkoholu przez ubezpieczonego (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - e) pozostawiania przez ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez ubez-

- pieczonego, próby samobójczej ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia ubezpieczonego lub okaleczenia ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
- f) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika;
- g) hospitalizacji wynikającej z choroby istniejącej;
- h) hospitalizacji spowodowanej rutynowymi lub innymi badaniami, które nie są bezpośrednio wynikiem choroby lub nieszczęśliwego wypadku;
- i) jakichkolwiek aktów łamania przez ubezpieczonego obowiązującego prawa;
- j) kosmetycznych zabiegów stomatologicznych;
- k) pobytów w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, sanatoriach, prewentoriach, hospicjach, ośrodkach leczniczych i uzdrowiskowych, spa, szpitali uzdrowiskowych i sanatoryjnych, wodolecznictwa lub w miejscach odbywania kwarantanny, placówkach lecznictwa odwykowego i placówkach rehabilitacyjno-uzdrowiskowych;
- l) prowadzenia niebezpiecznej działalności zawodowej i gospodarczej polegającej na wykonywaniu pracy i czynności pod wodą i pod ziemią na głębokości poniżej 40 metrów, pracy i czynności z materiałami wybuchowymi, pracy i czynności na powierzchni znajdującej się na wysokości powyżej 20 metrów, która nie jest osłonięta ze wszystkich stron do wysokości co najmniej 1,5 m pełnymi ścianami lub ścianami z oknami oszklonymi albo wyposażona w inne stałe konstrukcje lub urządzenia chroniące przed upadkiem z wysokości;
- m) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- n) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- o) schorzeń wynikających z promieniowania, skażenia promieniotwórczego, reakcji jądrowej, skażenia chemicznego, w tym z zatrucia substancjami stałymi, cieczami, oparami lub gazami trującymi;
- p) wad wrodzonych ubezpieczonego i schorzeń będących ich skutkiem;
- q) choroby AIDS ubezpieczonego;
- r) astmy oskrzelowej ubezpieczonego, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc ubezpieczonego (POCHP), przewlekłego zapalenia oskrzeli ubezpieczonego;
- s) uszkodzenia ciała powstałego u ubezpieczonego w wyniku aktywnej służby lub szkolenia w formacji wojskowej, obrony cywilnej, policji, agencji ochrony osób i mienia lub każdej innej formacji o charakterze militarnym lub paramilitarnym.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu hospitalizacji, jeżeli miała ona na celu:
- a) operację plastyczną lub kosmetyczną ubezpieczonego, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela;
- b) wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych u ubezpieczonego;
- c) leczenie lub zabiegi związane z ciążą, usunięciem ciąży, położeniem lub porodem, poza przypadkami gdy zdiagnozowano komplikacje porodu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiące zagrożenie dla życia ubezpieczonego;
- d) poddanie się leczeniu dentyścycznemu przez ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem;
- e) pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu od ubezpieczonego;
- f) leczenie wszelkiego rodzaju uzależnień ubezpieczonego;
- a także, jeżeli hospitalizacja:
- a. została zlecona ubezpieczonemu lub o której postanowiono przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela;
- b. była następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
- i. zdiagnozowanych u ubezpieczonego lub
- ii. leczonych u ubezpieczonego, lub
- iii. których leczenie zalecono u ubezpieczonego, w okresie 10 lat poprzedzających rozpoczęcie odpowiedzialności ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczyciel nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu umowy naraziłyby ubezpieczyciela na konsekwencje związane z nieprzebraniem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do umowy ubezpieczenia, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron umowy ubezpieczenia, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać wypłacone świadczenie.

REKLAMACJE

§ 13

1. Będący osobą fizyczną ubezpieczający, ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z umowy oraz spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub w spełnieniu świadczenia z umowy („klient”) może składać w każdym czasie reklamacje, których przedmiotem są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez ubezpieczyciela. Reklamacje, obejmujące zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez ubezpieczyciela, mogą być również składane przez poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczającego, ubezpieczonego będących osobami prawnymi lub spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej.
2. Reklamacje mogą być składane przez Klientów:
- a) na piśmie, w postaci papierowej – osobiście w siedzibie ubezpieczyciela, ul. Senatorska 18, 00-082 Warszawa lub w każdej jednostce Ubezpieczyciela obsługującej Klientów, albo przesyłane przesyłką pocztową, albo nadane w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej, albo

- b) na piśmie, w postaci elektronicznej – z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej za pomocą formularza dostępnego na www.4lifedirect.pl/reklamacje/ oraz na www.generali.pl/reklamacja, albo wysłane na adres do doręczeń elektronicznych AE:PL-48634-65343-GDUJD-13, albo
- c) ustnie – telefonicznie pod numerem +48 22 354 50 00 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie lub jednostce, o których mowa w pkt a) powyżej.
3. Reklamacja powinna zawierać dane klienta umożliwiające jego identyfikację, numer polisy oraz zastrzeżenia zgłaszane przez klienta.
4. Ubezpieczyciel 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. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w powyższym terminie ubezpieczyciel poinformuje klienta, który wystąpił z reklamacją, 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 klienta jest udzielana na następujących zasadach:
- a) gdy reklamacja została złożona przez Klienta na piśmie w postaci elektronicznej z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej za pomocą formularza dostępnego na www.4lifedirect.pl/reklamacje/ lub na www.generali.pl/reklamacja odpowiedź jest udzielana również na piśmie w postaci elektronicznej z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej wskazanego przez Klienta w formularzu, chyba że Klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej;
- b) gdy reklamacja została wysłana przez Klienta na adres do doręczeń elektronicznych, odpowiedź jest udzielana również na adres Klienta do doręczeń elektronicznych, chyba że Klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej;
- c) gdy reklamacja została złożona przez Klienta na piśmie w postaci papierowej, odpowiedź jest udzielana również na piśmie w postaci papierowej, chyba że Klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;
- d) gdy reklamacja została złożona przez Klienta ustnie, odpowiedź jest udzielana w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem Klienta.
6. W przypadku reklamacji składanych przez osoby prawne lub spółki nieposiadające osobowości prawnej, odpowiedź jest udzielana w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta. Do reklamacji, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, postanowienia niniejszego paragrafu stosuje się odpowiednio, z wyłączeniem pkt 5 i 9.
7. Spór między klientem a ubezpieczycielem może być zakończony w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami a podmiotami rynku finansowego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, przed Rzecznikiem Finansowym (www.rf.gov.pl).
8. Spór między klientem a ubezpieczycielem może być zakończony w drodze mediacji przed Sądem Polubownym działającym przy Komisji Nadzoru Finansowego (https://www.knf.gov.pl/dla_ryнку/sad_polubowny_przy_KNF).
9. Skargi mogą być składane przez inne podmioty, niż wymienione w pkt 1 powyżej lub gdy ich przedmiotem są nieprawidłowości nie dotyczące usług świadczonych przez ubezpieczyciela. Skargi powinny zawierać przynajmniej dane umożliwiające identyfikację składającego skargę oraz zgłaszane nieprawidłowości. Skargi są rozpatrywane w terminie 30 dni od ich otrzymania przez ubezpieczyciela. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi i udzielenie odpowiedzi w powyższym terminie, ubezpieczyciel może przedłużyć termin rozpatrzenia skargi do 60 dni. Ubezpieczyciel informuje zainteresowanego o sposobie załatwienia skargi niezwłocznie po jej rozpatrzeniu, na piśmie w formie papierowej lub w sposób uzgodniony z tą osobą. Do skarg składanych zgodnie z niniejszym ustępem postanowienia niniejszego paragrafu stosuje się odpowiednio, z wyłączeniem pkt 3 i 5 powyżej.
10. Niezależnie od powyższego klient może składać skargi na działalność ubezpieczyciela do uprawnionych organów, np. Komisji Nadzoru Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną klientów podmiotów rynku finansowego. Skargi na działalność ubezpieczyciela do Komisji Nadzoru Finansowego składać mogą także pozostałe podmioty, wskazane w pkt 1 powyżej.
11. Podmioty określone w pkt 1, mogą składać zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych i agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające, wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń (zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej), w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową, w sposób ustalony przez te podmioty rynku finansowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 14

1. Wszystkie zawiadomienia lub oświadczenia stron umowy powinny być składane drugiej stronie na piśmie i przesyłane na koszt wysyłającego lub za pomocą elektronicznych kanałów komunikacji, które zostaną przyjęte i utrwalone na elektronicznym nośniku informacji przez ubezpieczyciela.
2. Wszystkie zawiadomienia lub oświadczenia dotyczące umowy powinny być składane przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego w języku polskim na adres ubezpieczyciela wskazany w § 2 punkt 21 lub do dowolnej jednostki organizacyjnej ubezpieczyciela, z wyłączeniem reklamacji, o których mowa w § 13. Jeżeli zachodzi konieczność tłumaczenia dokumentacji związanej z wypłatą świadczenia, obowiązek dostarczenia tłumaczenia spoczywa na osobie wnioskodawcy.

3. Ubezpieczony i ubezpieczający mają obowiązek informowania ubezpieczyciela o każdej zmianie danych kontaktowych zawartych we wniosku.
4. OWU, polisa i wniosek składają się na umowę i stanowią podstawę do ustalenia warunków udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
5. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych z tytułu umowy regulują przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.
6. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie właściwe przepisy prawa polskiego.
7. W przypadku sporu między stronami umowy, właściwe są polskie sądy powszechne według właściwości ogólnej albo sądy powszechne właściwe według miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
8. Językiem obowiązującym w relacjach stron jest język polski.
9. Ubezpieczyciel publikuje sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń na stronie generali.pl.
10. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

DI/OWU/v9/01.05.2026



Roger Hodgkiss
Prezes Zarządu
Generali Życie TU S.A.



Agnieszka Callen
Członek Zarządu
Generali Życie TU S.A.