

SKOROWIDZ
OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA
„BEZTERMINOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE DLA LOJALNYCH KLIENTÓW”

Rodzaj informacji/ postanowienia wzorca umownego	Nr zapisu
1. przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 10
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 10 pkt 3; § 11; § 12

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA
„BEZTERMINOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE DLA LOJALNYCH KLIENTÓW”
01.05.2026



POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

- Niniejsze Ogólne Warunki „Bezterminowego Ubezpieczenia na Życie dla Lojalnych Klientów”, przyjęte Uchwałą Zarządu Generali Życie TU S.A., zwane dalej „OWU”, stosuje się do umów zawieranych od 1 maja 2026 r.
- Zmiany OWU mogą nastąpić tylko w przypadku zmiany prawa lub 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:

- lekarz** – osobę posiadającą właściwe kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych, potwierdzone wymaganymi przez prawo Rzeczypospolitej Polskiej dokumentami;
- nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
- podwójne świadczenie wypadkowe** – umowę dodatkową, której zawarcie możliwe jest w trakcie trwania umowy ubezpieczenia „Bezterminowe Ubezpieczenie na Życie dla Lojalnych Klientów”, podwajającą wypłatę sumy ubezpieczenia, jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
- polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy;
- 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;
- suma ubezpieczenia** – kwotę wskazaną w aktualnej polisie wypłacaną według zasad określonych w umowie;
- świadczenie** – kwotę należną uposażonemu zgodnie z ogólnymi warunkami umowy ubezpieczenia;
- ubezpieczający** – osobę fizyczną zawierającą z ubezpieczycielem umowę; osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą zawierają umowę poza zakresem tej działalności;
- ubezpieczony** – osobę fizyczną wymienioną w polisie, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;

- ubezpieczyciel** – Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Senatorskiej 18, 00-082 Warszawa;
- umowa** – umowę ubezpieczenia „Bezterminowe Ubezpieczenie na Życie dla Lojalnych Klientów” zawartą na podstawie wniosku oraz OWU;
- umowa dodatkowa** – wskazaną w polisie umowę (jeżeli wybrano), którą za opłatą dodatkowej składki dołączono do umowy „Bezterminowego Ubezpieczenia na Życie dla Lojalnych Klientów”;
- 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;
- wniosek** – wniosek ubezpieczeniowy o zawarcie umowy złożony na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela;
- wnioskodawca** – osobę występującą z roszczeniem;
- 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, przy czym obie osoby są stanu wolnego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY

§ 3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego oraz śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, które nastąpiły w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.
- Umowa może być zawierana w dwóch wariantach:
 - indywidualnym: z jednym ubezpieczonym albo
 - ze współmałżonkiem ubezpieczonego: jako drugim ubezpieczonym.

ZAWARCIE UMOWY

§ 4

- Umowa zostanie zawarta, jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:
 - w dniu jej zawarcia zarówno ubezpieczający jak i ubezpieczony mają ukończone 18 lat, a ubezpieczony nie ma ukończonych 86 lat;

- b) ubezpieczyciel otrzymał podpisany wniosek na podstawie którego wystawił polisę jako dokument potwierdzający zawarcie umowy.

OBOWIĄZYWANIE UMOWY

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od daty wskazanej w polisie jako data rozpoczęcia odpowiedzialności.
2. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy w terminie 30 dni od daty rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela. W przypadku 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. Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia umowy w każdym czasie ze skutkiem na koniec okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka.
4. Umowa wygasa w dniu śmierci ubezpieczonego lub z datą jej wypowiedzenia zgodnie z § 5 punkt 3 lub z § 8 punkt 2, w zależności które z tych zdarzeń będzie pierwsze.

WARIANTY

§ 6

1. Jeżeli umowa została zawarta w wariantcie ze współmałżonkiem, po śmierci jednego ze współmałżonków umowa nie kończy się. Ubezpieczyciel wypłaca uposażonemu świadczenie za osobę zmarłą, a drugi ze współmałżonków może nadal podlegać ubezpieczeniu, pod warunkiem terminowego opłacania składek. W takim przypadku wariant małżeński zmieniany jest na wariant indywidualny, zaś suma ubezpieczenia i składka wskazane w umowie pozostają identyczne jak w umowie, której są kontynuacją, z wyłączeniem sytuacji o której mowa w § 11 punkt 2.
2. Jeżeli umowa została zawarta w wariantcie ze współmałżonkiem, po ustaniu związku małżeńskiego lub nieformalnego, o których mowa w § 2 punkt 16, na wniosek ubezpieczającego 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.

UPOSAŻONY

§ 7

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, a także odwołanie uposażonego wymaga uprzedniej zgody ubezpieczonego.
2. Jeżeli wskazano kilku uposażonych, z których jeden lub kilku nie żyje w chwili śmierci ubezpieczonego lub utracili oni 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.

SKŁADKI

§ 8

1. Składki są płatne miesięcznie w wysokości wskazanej w polisie, 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 ustaje.
3. Składki zostały obliczone na poziomie niezmiennym dla całego okresu trwania ubezpieczenia. Składki uwzględniają rodzaj i wysokość sumy ubezpieczenia oraz prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzeń uprawniających do wypłaty należnych świadczeń w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, jak również opłaty, koszty zawarcia i obsługi umowy.

ZMIANA WYSOKOŚCI SUMY UBEZPIECZENIA

§ 9

1. Ubezpieczający może wnioskować o zmianę sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie lub dodać dodatkowe świadczenie (umowa dodatkowa) do polisy, w dowolnym momencie w czasie trwania umowy. Ubezpieczyciel po dokonaniu oceny ryzyka ma prawo zdecydować, czy wniosek ubezpieczającego o zmianę sumy ubezpieczenia lub dodanie dodatkowego świadczenia zostanie przez niego zaakceptowany. Jeżeli ubezpieczyciel zaakceptuje wniosek, proponuje on ubezpieczającemu zmianę warunków umowy w celu uzyskania jego zgody.
2. Ubezpieczyciel potwierdzi ubezpieczającemu zmiany poprzez wydanie zmienionej lub nowej polisy.
3. Ubezpieczający może odstąpić od uzgodnionych zmian umowy w ciągu 30 (trzydziestu) 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 (trzydziestu) dni.

4. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia, terminy, o których mowa w § 11 oraz § 12 punkt 1, będą liczone od daty podwyższenia sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie, ale tylko dla kwoty, o którą podwyższona została suma ubezpieczenia.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 10

1. Obowiązek wypłaty świadczenia powstaje w przypadku śmierci ubezpieczonego, w okresie obowiązywania odpowiedzialności ubezpieczyciela.
2. W przypadku śmierci ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaci uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie.
3. W przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku ubezpieczyciel wypłaci uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem, że:
 - a) nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiła śmierć ubezpieczonego, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - b) śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - c) śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 180 dni od daty wystąpienia nieszczęśliwego wypadku;
 - d) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem ubezpieczonego a jego śmiercią.
4. W celu rozpoczęcia procedury wypłaty świadczenia, należy skontaktować się z ubezpieczycielem.
5. Wnioskodawca zgłaszający roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązany jest złożyć następujące dokumenty:
 - a) wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia;
 - b) kopię dokumentu tożsamości wnioskodawcy;
 - c) kopię odpisu skróconego aktu zgonu;
 - d) kopię statystycznej karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci;
 - e) w przypadku, o którym mowa w § 7 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.
6. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w punkcie 5 powyżej okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia, ubezpieczyciel może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
7. Wypłata wszystkich świadczeń następuje w ciągu 24 godzin w dni robocze od daty dostarczenia kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia z wymienionymi w tymże wniosku

dokumentami, zgodnie ze wzorem umieszczonym na stronie internetowej www.4lifedirect.pl. Termin wypłaty świadczeń nie przekroczy terminów do wypłaty określonych przepisami prawa.

OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 11

1. Przez pierwsze 24 miesiące od daty rozpoczęcia odpowiedzialności, świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie jest wypłacane wyłącznie w przypadku, gdy śmierć ubezpieczonego nastąpi wskutek nieszczęśliwego wypadku. W innych przypadkach wypłata świadczenia jest ograniczona do kwoty równej 100% wartości wpłaconych składek ubezpieczeniowych.
2. Jeżeli w umowie zawartej w wariantcie ze współmałżonkiem, w okresie pierwszych 24 miesięcy od daty rozpoczęcia odpowiedzialności, śmierć jednego z ubezpieczonych nastąpi z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek, wypłata świadczenia jest ograniczona do kwoty równej 50% wartości wpłaconych składek. Polisa ulega przekształceniu w wariant indywidualny z niezmienioną sumą ubezpieczenia i składką odpowiadającą wariantowi indywidualnemu, wyliczoną dla pozostającego przy życiu ubezpieczonego.

WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 12

1. Obowiązek wypłaty świadczenia nie zachodzi, jeśli śmierć ubezpieczonego nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń:
 - a) jeśli w ciągu 24 miesięcy od daty rozpoczęcia odpowiedzialności z powyższej umowy śmierć ubezpieczonego nastąpi w wyniku samobójstwa, w tym samookaleczenia;
 - b) pozostawania przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym), środków odurzających lub leków upośledzających rozumowanie, z wyjątkiem leków przepisanych przez uprawnionego lekarza;
 - c) czynnego udziału ubezpieczonego w przestępstwie (w tym usiłowaniu popełnienia przestępstwa);
 - d) działań wojennych (wypowiedzianych lub nie) i terroryzmu.
2. Ubezpieczyciel nie wypłaci podwójnego świadczenia wypadkowego, jeśli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiła śmierć ubezpieczonego był konsekwencją pozostawania przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym), środków odurzających lub leków, upośledzających rozumowanie z wyjątkiem leków przepisanych przez uprawnionego lekarza.
3. Ubezpieczyciel nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu umowy naraziłaby ubezpieczyciela na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem 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 orga-

nizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do umowy ubezpieczenia, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron umowy ubezpieczenia, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać wypłacone świadczenie.

4. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci ubezpieczonego.

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/ lub 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 ppkt 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_rynku/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 3i 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.

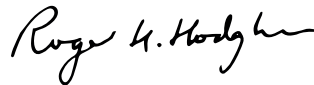
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 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 i oświadczenia dotyczące umowy składane są przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uposażonego w języku polskim na adres ubezpieczyciela wskazany w § 2 punkt 10 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 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. W przypadku śmierci ubezpieczającego, który nie jest ubezpieczonym, wszelkie jego prawa i obowiązki wynikające z umowy przechodzą na jego następców prawnych.
6. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych z tytułu umowy regulują przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.
7. Polisa nie posiada wartości wykupu.
8. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie właściwe przepisy prawa polskiego.
9. 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, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
10. Językiem obowiązującym w relacjach stron jest język polski.
11. Ubezpieczyciel publikuje sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń na stronie generali.pl.
12. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

SY/OWU/v8/01.05.2026



Roger Hodgkiss
Prezes Zarządu
Generali Życie TU S.A.



Agnieszka Callen
Członek Zarządu
Generali Życie TU S.A.