

SKOROWIDZ
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ
„PRZEJĘCIE OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ”

Rodzaj informacji/ postanowienia wzorca umownego	Nr zapisu
1. przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 punkt 2 § 6
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 7

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ
„PRZEJĘCIE OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ”
01.05.2026



POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

- Niniejsze ogólne warunki, przyjęte Uchwałą Zarządu Generali Życie TU S.A., zwane dalej „OWU”, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy Generali Życie TU S.A. (ubezpieczyciel) a ubezpieczającym, jako umowa dodatkowa do umowy Bezterminowego Ubezpieczenia na Życie „Partner Plus” zwanej dalej „umową podstawową”.
- 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 ogólnych warunkach oznaczają:
 - choroba** – reakcję organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadzącą do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, będącą podstawą diagnozy lekarskiej, która została zdiagnozowana w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela;
 - choroba istniejąca** – uszkodzenie ciała, chorobę lub choroby, na które zachorował ubezpieczający 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;
 - hospitalizacja** – całonocny pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorego na zlecenie lekarza;
 - lekarz** – osobę posiadającą właściwe kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych, potwierdzone wymaganymi przez prawo Rzeczypospolitej Polskiej dokumentami;
 - trwałe kalectwo** – stan zdrowia wynikający z choroby lub następstw nieszczęśliwego wypadku, powstały w okresie

odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujący upośledzenie sprawności organizmu, które według wiedzy medycznej uniemożliwia powrót do stanu zdrowia sprzed zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, charakteryzujący się jednym z poniższych warunków:

- trwała i nieodwracalna utrata lub utrata możliwości korzystania z:
 - obydwu rąk lub
 - obydwu nóg, lub
 - jednej ręki i jednej nogi, lub
 - obu oczu.
 - trwałe uszkodzenie mózgu (nieodwracalny deficyt neurologiczny lub zaburzenia funkcji poznawczych);
 - zgodnie z odpowiednią definicją ZUS („osoba całkowicie niezdolna do pracy i samodzielnej egzystencji na stałe”), całkowite i trwałe utracenie zdolności do wykonywania pracy w jakimkolwiek zawodzie oraz do samodzielnej egzystencji na stałe (do końca życia człowieka) spowodowane chorobą lub będącą wynikiem nieszczęśliwego wypadku powstałych w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.
 - ubezpieczający** – osobę fizyczną zawierającą z ubezpieczycielem umowę podstawową, będąca jednocześnie ubezpieczonym, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej;
 - umowa dodatkowa** – umowę dodatkową „Przejęcie opłacania składki ubezpieczeniowej”, zawartą na podstawie niniejszych ogólnych warunków, rozszerzającą zakres ochrony o wystąpienie u ubezpieczającego:
 - trwałego kalectwa wynikającego z choroby lub nieszczęśliwego wypadku albo
 - śmierć spowodowaną nieszczęśliwym wypadkiem, które wystąpiły w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela;
 - uszkodzenie ciała** – fizyczne uszkodzenie ciała doznane przez ubezpieczającego w wyniku działania siły mechanicznej, środków chemicznych lub temperatury, wymagające porady lekarskiej, leczenia, opieki lub hospitalizacji.
2. Jeżeli nie podano inaczej, określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy podstawowej, używane są w takim samym znaczeniu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY

§ 3

1. Przedmiotem umowy dodatkowej jest zdrowie ubezpieczającego i życie ubezpieczającego.
2. Zakres umowy dodatkowej obejmuje przejęcie opłacania składki w okresie obowiązywania umowy podstawowej, w przypadku wystąpienia u ubezpieczającego trwałego kalectwa albo śmierci ubezpieczającego, spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowej.

OBYWIAZYWANIE UMOWY

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od daty wskazanej w polisie jako data rozpoczęcia odpowiedzialności.
2. Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia umowy dodatkowej w każdym czasie na zasadach zgodnych z zasadami wypowiedzenia przyjętymi w umowie podstawowej.
3. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy dodatkowej w terminie 30 dni od daty rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy dodatkowej 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 dodatkowej przez ubezpieczającego, ubezpieczyciel zwraca mu wpłacone składki.
4. Umowa dodatkowa kończy się z datą zakończenia umowy podstawowej.

SKŁADKI I DODATKOWE ŚWIADCZENIE

§ 5

1. Wysokość składki z tytułu umowy dodatkowej określona jest w polisie.
2. Składka za umowę dodatkową jest płatna w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością co składka za umowę podstawową.
3. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej polega na przejściu przez ubezpieczyciela opłacania składek z tytułu umowy podstawowej i zawartych umów dodatkowych, z wyłączeniem składek opłacanych z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, w przypadku wystąpienia u ubezpieczającego trwałego kalectwa albo w przypadku śmierci ubezpieczającego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem. Po zgłoszeniu roszczenia do ubezpieczyciela w związku z umową dodatkową nie będą możliwe żadne zmiany wysokości składki lub świadczenia w umowie podstawowej.

PRZEJĘCIE OPŁACANIA SKŁADEK

§ 6

1. W przypadku wystąpienia u ubezpieczającego trwałego kalectwa albo śmierci ubezpieczającego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, ubezpieczyciel przejmie obowiązek opłacania składek ubezpieczeniowych z tytułu umowy podstawowej i zawartych umów dodatkowych, z wyłączeniem składek opłacanych z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

2. W przypadku śmierci ubezpieczającego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, przejęcie przez ubezpieczyciela opłacania składek za umowę rozpoczyna się od pierwszej składki, z datą wymagalności przypadającą po dacie śmierci ubezpieczającego.
3. W przypadku wystąpienia u ubezpieczającego trwałego kalectwa przejęcie przez ubezpieczyciela opłacania składek za umowę rozpoczyna się od pierwszej składki, z datą wymagalności przypadającą po zaakceptowaniu roszczenia przez ubezpieczyciela.
4. Wnioskodawca zgłaszający roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego kalectwa zobowiązany jest złożyć następujące dokumenty:
 - a) wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - b) kopię orzeczenia lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) albo Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) lub komisji lekarskiej ZUS albo KRUS potwierdzającego trwałe kalectwo ubezpieczającego;
 - c) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie trwałego kalectwa ubezpieczającego.
5. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w punkcie 3 powyżej okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia, ubezpieczyciel może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
6. Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w punkcie 4 i 5, lub opinii wskazanego przez ubezpieczyciela lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach ubezpieczyciel może skierować ubezpieczającego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z ubezpieczycielem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez ubezpieczyciela.

WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 7

1. Obowiązek przejścia opłacania składek nie zachodzi, jeśli trwałe kalectwo albo śmierć ubezpieczającego nastąpi w bezpośrednim wyniku:
 - a) samobójstwa, samookaleczenia lub aktywnego udziału ubezpieczającego w przestępstwie (w tym usiłowaniu popełnienia przestępstwa);
 - b) chorób istniejących;
 - c) spożycia przez ubezpieczonego 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);
 - d) pozostawania przez ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza;
 - e) działań wojennych (wypowiedzianych lub nie) i terroryzmu.
2. 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 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

§ 8

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_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

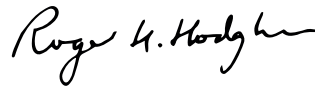
z udzielaną ochroną ubezpieczeniową, w sposób ustalony przez te podmioty rynku finansowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 9

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia ogólnych warunków Bezterminowego Ubezpieczenia na Życie „Partner Plus”.
2. Niniejsze warunki umowy dodatkowej stają się integralną częścią umowy podstawowej i podlegają interpretacji łącznie z jej warunkami.
3. Ogólne Warunki Ubezpieczenia, polisa i wnioski składają się na umowę i stanowią podstawę do ustalenia warunków udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.

XP/PW/v8/01.05.2026



Roger Hodgkiss
Prezes Zarządu
Generali Życie TU S.A.



Agnieszka Callen
Członek Zarządu
Generali Życie TU S.A.