

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”
25.01.2026



POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 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 25 stycznia 2026 r.
- 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:

- 4Life Direct** – 4Life Direct Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, pod adresem ul. Senatorska 18, 00-082 Warszawa, będącą agentem ubezpieczeniowym działającym na rzecz ubezpieczyciela, wpisanym do rejestru pośredników ubezpieczeniowych pod numerem 11185495/A;
- 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;
- 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;
- 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;
- 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;
- hospitalizacja** – całodobowy 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;
- 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 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;
- podwójne świadczenie szpitalne** – świadczenie dodatkowe podwajające kwotę wypłaty świadczenia dziennego maksymalnie przez okres 14 dni, jeżeli hospitalizacja jest bezpośrednio wynikiem nieszczęśliwego wypadku;
- polisa** – dokument wystawiony przez ubezpieczyciela i dostarczony przez 4Life Direct potwierdzający zawarcie umowy;
- 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;
- radioterapia** – leczenie nowotworów złośliwych promieniami jonizującymi;
- 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 uposażonym w przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela;
- szpital** – zakład opieki zdrowotnej będący, w rozumieniu obowiązujących przepisów, zakładem lecznictwa zamkniętego lub zakładem udzielającym całodobowo 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, klinik i placówek leczenia schorzeń psychiatrycznych, nawet jeśli formalnie są według prawa polskiego „szpitalami”;

16. **świadczenie** – kwotę należną ubezpieczonemu lub uposażonemu w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, wypłacaną według zasad określonych w umowie;
17. **świadczenie dodatkowe** – wskazane w polisie świadczenie dodatkowe (jeżeli takie świadczenie wybrano), które za opłatą dodatkowej składki dołączono do umowy ubezpieczenia „Ochrona Szpitalna”;
18. **świadczenie dzienne** – kwotę wskazaną w aktualnej polisie, należną ubezpieczonemu za każdy dzień hospitalizacji, wypłacaną według zasad określonych w umowie;
19. **świadczenie za bezszkodowość** – kwotę wypłacaną po upływie 5 rocznicy umowy i po upływie każdych następujących 5 lat obowiązywania umowy, zgodnie z § 9 pkt 8;
20. **ubezpieczający** – osobę fizyczną zawierającą z ubezpieczycielem umowę; osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą zawierają umowę poza zakresem tej działalności;
21. **ubezpieczony** – osobę fizyczną wymienioną w polisie, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia;
22. **ubezpieczyciel** – Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Senatorskiej 18;
23. **umowa** – umowę ubezpieczenia „Ochrona Szpitalna” zawartą na podstawie wniosku oraz OWU;
24. **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;
25. **uszkodzenie ciała** – fizyczne uszkodzenie ciała doznane przez ubezpieczonego w wyniku działania siły mechanicznej, środków chemicznych lub temperatury, wymagające porady lekarskiej, leczenia, opieki lub hospitalizacji;
26. **wniosek** – wniosek ubezpieczeniowy o zawarcie umowy złożony na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela;
27. **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.
4. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, ubezpieczony może żądać, aby 4Life Direct, działający w imieniu ubezpieczyciela, 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 27, 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 opłacaniu 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 zapro-

ponować 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 (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.

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 obowiązywania 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 9 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 powyżej;
 - 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 za pośrednictwem 4Life Direct.

2. Wnioskodawca zgłaszający roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego zobowiązany jest złożyć następujące dokumenty:
 - a) wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia;
 - b) oświadczenie potwierdzające dane z 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 za pośrednictwem 4Life Direct 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 4Life Direct kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, zgodnie ze wzorem umieszczonym na stronie internetowej 4Life Direct 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 4Life Direct kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia zgodnie ze wzorem umieszczonym na stronie internetowej 4Life Direct 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, uśmierzania lub popełnienia przestępstwa przez ubezpieczonego, 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 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

§ 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 – wysłana na adres e-mail: reklamacje@4lifedirect.pl, albo wysłane na adres do doręczeń elektronicznych AE:PL-12472-18103-UCUTG-15, 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 1 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 na adres e-mail: reklamacje@4lifedirect.pl odpowiedź jest udzielana również na piśmie w postaci elektronicznej na adres e-mail za pomocą którego klient złożył reklamację, 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 ust. 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 ust. 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 ust. 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 ust. 1 powyżej.
11. Podmioty określone w ust. 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 4Life Direct wskazany w § 2 punkt 1 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 wnioskującej o wypłatę świadczenia.

3. Ubezpieczony i ubezpieczający mają obowiązek informowania ubezpieczyciela, za pośrednictwem 4Life Direct, o każdej zmianie danych kontaktowych zawartych we wniosku.
4. Ogólne Warunki Ubezpieczenia, 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/v8/25.01.2026



Roger Hodgkiss
Prezes Zarządu
Generali Życie TU S.A.



Agnieszka Callen
Członek Zarządu
Generali Życie TU S.A.

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”
25.01.2026



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 ubezpieczenia „Ochrona Szpitalna” 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, będącą 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.
- 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 przejęciu 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 za pośrednictwem 4Life Direct 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 4Life Direct 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 przejęcia 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) pozostawiania 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.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach umowy dodatkowej stosuje się odpowiednio postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia „Ochrona Szpitalna”.
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.

DI/PW/v7/25.01.2026



Roger Hodgkiss
Prezes Zarządu
Generali Życie TU S.A.



Agnieszka Callen
Członek Zarządu
Generali Życie TU S.A.

**SKOROWIDZ
OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ
ASSISTANCE**

Rodzaj informacji/ postanowienia wzorca umownego	Nr zapisu
1. przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 ust. 2; § 4 ust. 1; § 10
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4 ust. 2; § 9; § 10 ust. 1; § 11 ust. 4; § 12 ust. 1 i 4; Załącznik do OWUD Assistance – Tabela nr 1

**OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ
„ASSISTANCE”
25.01.2026**



POSTANOWIENIA OGÓLNE

- § 1**
- Niniejsze ogólne warunki umowy, 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 Ubezpieczenia na Życie i na Wypadek Pobytu w Szpitalu „Ochrona Szpitalna”.
 - 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 warunkach oznaczają:
 - Centrum Pomocy Generali** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe dostępne pod numerem (+48) 22 543 88 08 czynne przez całą dobę, 365 dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej w zakresie usług pomocy medycznej (medycznego assistance) oraz niezwłocznie organizuje wykonanie wymaganej usługi (zwane dalej „Centrum Pomocy”);
 - choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, trwająca miesiącami lub latami, ze stałymi lub nawracającymi objawami, zaostrzeniem, stale lub okresowo leczona oraz istniejąca przed zawarciem niniejszej umowy dodatkowej. Definicja ta obejmuje również choroby, które są następstwem i powikłaniem choroby przewlekłej;
 - dietetyk** – osoba posiadająca kwalifikacje zawodowe w zakresie dietetyki, uprawniona do świadczenia usług polegających na analizie nawyków żywieniowych, opracowaniu indywidualnych zaleceń dietetycznych oraz udzielaniu porad dotyczących prawidłowego odżywiania i zdrowego stylu życia;
 - drobny sprzęt medyczno-rehabilitacyjny** – sprzęt przenośny do indywidualnego użytku w miejscu zamieszkania osoby uprawnionej do skorzystania z usługi medycznego assistance, nieemitujący fal elektromagnetycznych, promieniowania cieplnego i niezasilany prądem elektrycznym;
 - dziecko** – osoba pozostająca pod władzą rodzicielską ubezpieczonego, która w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie przekroczyła 18. roku życia;
 - fizjoterapia poporodowa** – dziedzina rehabilitacji, zajmująca się dolegliwościami i powikłaniami wynikającymi ze zmian

- w organizmie kobiety, jakie zachodzą w czasie ciąży i po porodzie;
- hospitalizacja** – leczenie w szpitalu trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny, licząc od momentu przyjęcia do szpitala;
- lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi dokumentami, do udzielania świadczeń medycznych, nie będąca członkiem najbliższej rodziny osoby uprawnionej do skorzystania z usługi medycznego assistance;
- lekarz konsultant Centrum Pomocy** – lekarz współpracujący z Centrum Pomocy (zwany dalej „lekarz konsultant”);
- lekarz prowadzący** – lekarz, pod opieką którego znajduje się osoba uprawniona do skorzystania z usługi medycznego assistance;
- miejsce zamieszkania** – wskazany przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy podstawowej adres zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- nagle zachorowanie** – stan chorobowy, który wystąpił w okresie ochrony ubezpieczeniowej, powstały w sposób nagły i nieplanowany, zagrażający zdrowiu lub życiu, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej. Nagłe zachorowanie nie może wynikać ze schorzeń przewlekłych. W rozumieniu niniejszych OWU zaostrzenie choroby przewlekłej nie jest nagłym zachorowaniem;
- nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło po dacie rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela, prowadzące do fizycznego uszkodzenia ciała;
- opieka nad dzieckiem lub osobą niesamodzielną** – opieka nad dzieckiem lub osobą niesamodzielną, polegająca na zapewnieniu niezbędnych warunków bytowych;
- osoba niesamodzielną** – osoba zamieszkująca w miejscu zamieszkania ubezpieczonego w momencie zajścia zdarzenia, która z powodu wieku, stanu zdrowia lub niepełnosprawności wymaga stałej lub długotrwałej opieki innych osób w zaspokajaniu podstawowych potrzeb i czynności życiowych takich jak jedzenie, poruszanie się, higiena osobista czy prowadzenie gospodarstwa domowego;
- osoba uprawniona do skorzystania z usługi medycznego assistance** – ubezpieczony, dziecko ubezpieczonego, współmałżonek ubezpieczonego albo partner ubezpieczonego;
- osoba wskazana do opieki** – osoba zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazana przez

ubezpieczonego, w momencie zgłoszenia zdarzenia do Centrum Pomocy, do sprawowania opieki nad dzieckiem lub osobą niesamodzielną. Wskazanie osoby do opieki nad dzieckiem lub osobą niesamodzielną jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad wyżej wymienionymi osobami;

18) **partner** – osoba pozostająca w związku nieformalnym z ubezpieczonym, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe;

19) **rok polisy** – okres 12 kolejnych miesięcy, liczony począwszy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, wskazany w polisie i kończący się z upływem dnia poprzedzającego rocznicę tej daty w kolejnym roku kalendarzowym. Jeżeli początek roku polisy przypada w dniu 29 lutego, a w danym roku nie ma takiego dnia, za pierwszy dzień roku polisy uznaje się ostatni dzień lutego w danym roku kalendarzowym;

20) **szpital** – działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej – na terenie krajów Unii Europejskiej lub krajów Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu – o ile wynika to z zakresu usług realizowanych na podstawie niniejszej umowy dodatkowej. W rozumieniu niniejszej definicji szpitalem nie jest dom opieki, hospicjum, ośrodek sanatoryjny, rehabilitacyjny lub wypoczynkowy ani jakakolwiek placówka, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;

21) **usługi medycznego assistance** – zorganizowanie przez Centrum Pomocy Medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, o ile wynika to z zakresu usługi opisanego w OWU, opieki nad ludźmi, a także świadczenie usług informacyjnych w związku z zajściem nieszczęśliwego wypadku, nagłego zachorowania lub innego zdarzenia uprawniającego do skorzystania z usługi medycznego assistance;

22) **uszkodzenie ciała** – fizyczne uszkodzenie ciała, doznane wskutek nieszczęśliwego wypadku, wymagające porady lekarskiej, leczenia, opieki lub hospitalizacji;

23) **współmałżonek** – osoba pozostająca z ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;

24) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia niniejszej umowy dodatkowej;

25) **zwierzęta domowe** – stanowiący własność ubezpieczonego kot należący do ras domowych lub pies, z wyłączeniem ras uznanych za agresywne zgodnie z powszechnie obowiązującymi w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przepisami prawa.

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 UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego, dziecka oraz współmałżonka albo partnera.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje usługi medycznego assistance, wskazane w § 4, z których ma prawo skorzystać ubezpieczony, współmałżonek ubezpieczonego albo partner ubezpieczonego oraz dziecko ubezpieczonego.

§ 4

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące usługi medycznego assistance:

1) usługi realizowane w przypadku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:

a. wizyta lekarza – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty dojazdu oraz honorarium lekarza za wizytę w miejscu pobytu osoby uprawnionej do skorzystania z usługi medycznego assistance, bądź organizuje i pokrywa koszty takiej wizyty w placówce medycznej najbliższego miejsca pobytu osoby uprawnionej do skorzystania z usługi medycznego assistance. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty za maksymalnie 4 wizyty w roku polisy. W przypadku nieszczęśliwego wypadku organizacja wizyty możliwa jest w okresie nie dłuższym niż 180 dni od daty wystąpienia nieszczęśliwego wypadku;

b. wizyta pielęgniarki – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu osoby uprawnionej do skorzystania z usługi medycznego assistance oraz pokrywa jej honorarium, jeżeli osoba uprawniona do skorzystania z usługi medycznego assistance była hospitalizowana przez okres dłuższy niż 3 dni. Opieka pielęgniarska obejmuje wykonanie niezbędnych zabiegów pielęgniarskich w okresie nie dłuższym niż 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez lekarza prowadzącego;

c. dostawa leków – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszt dostarczenia leków przepisanych przez lekarza, do miejsca pobytu osoby uprawnionej do skorzystania z usługi medycznego assistance, w sytuacji gdy stan zdrowia wymaga leżenia zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego;

d. dostawa sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszt dostarczenia drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego do miejsca pobytu osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance w sytuacji, gdy stan zdrowia wymaga leżenia zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego;

e. organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego – jeżeli osoba uprawniona do skorzystania z usługi medycznego assistance, zgodnie ze wskazaniem lekarza, powinna używać drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego w domu, Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty jego wypożyczenia lub zakupu, jeżeli nie jest możliwe jego wypożyczenie. Koszty wypożyczenia lub zakupu drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego wykraczające poza limit świadczenia, określony w tabeli nr 1, pokrywa osoba uprawniona do skorzystania z usługi medycznego assistance;

f. transport medyczny – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego osoby uprawnionej do skorzystania z usługi medycznego assistance:

a) z miejsca zamieszkania do, wyznaczonego przez lekarza konsultanta, szpitala;

b) ze szpitala do szpitala (jeżeli placówka medyczna, w której przebywa osoba uprawniona do skorzystania z usługi medycznego assistance, nie może zapewnić mu wymaganej opieki, bądź gdy skierowany on jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny);

c) ze szpitala do miejsca zamieszkania (jeżeli hospitalizacja trwała dłużej niż 5 dni);

g. pomoc domowa po hospitalizacji – jeżeli osoba uprawniona do skorzystania z usługi medycznego assistance była

hospitalizowana dłużej niż 5 dni, Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty pomocy domowej (przygotowywanie posiłków, wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych, drobne zakupy, drobne porządki) po zakończeniu hospitalizacji. Koszty zakupu wszelkich materiałów, środków spożywczych i usług ponosi osoba uprawniona do skorzystania z usługi medycznego assistance. Usługa świadczona jest w godzinach 8:00-16:00 w miejscu zamieszkania;

h. organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji – jeżeli osoba uprawniona do skorzystania z usługi medycznego assistance, zgodnie ze wskazaniem lekarza, wymaga rehabilitacji, Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty serii wizyt specjalisty fizjoterapeuty, w tym specjalisty fizjoterapii sportowej, w miejscu zamieszkania lub organizuje i pokrywa koszty transportu osoby uprawnionej do skorzystania z usługi medycznego assistance do poradni rehabilitacyjnej oraz serii wizyt w poradni rehabilitacyjnej;

i. opieka nad dzieckiem lub osobą niesamodzielną – jeżeli ubezpieczony jest hospitalizowany, a w jego miejscu zamieszkania bez opieki pozostaje dziecko lub osoba niesamodzielną, Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty tylko jednego ze świadczeń:

a) opieka nad dzieckiem lub osobą niesamodzielną przez okres hospitalizacji – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty opieki nad dzieckiem lub osobą niesamodzielną w miejscu zamieszkania ubezpieczonego;

b) transport ubezpieczonego lub osoby niesamodzielną do osoby wskazanej do opieki – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla ubezpieczonego lub osoby niesamodzielną z jego miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania osoby wskazanej do opieki;

c) transport opiekuna do opieki nad dzieckiem lub osobą niesamodzielną – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla opiekuna z jego miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania ubezpieczonego;

2) usługa realizowana w przypadku nieszczęśliwego wypadku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:

a. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty dojazdu oraz honorarium za opiekę nad zwierzętami domowymi jeżeli ubezpieczony jest hospitalizowany i z informacji otrzymanych od lekarza prowadzącego wynika, iż okres ten będzie dłuższy niż 3 dni, a w miejscu jego zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej bez opieki pozostają zwierzęta domowe. Centrum Pomocy zorganizuje świadczenie, do wyboru przez ubezpieczonego:

a) opiekę nad zwierzętami domowymi – zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki nad zwierzętami domowymi w miejscu zamieszkania ubezpieczonego przez pierwsze 3 dni od nieszczęśliwego wypadku polegającej na karmieniu (karmę zapewnia ubezpieczony), wyprowadzaniu na spacer oraz utrzymaniu higieny psa lub kota lub transport do osoby wskazanej, lub transport do najbliższego schroniska dla zwierząt; opieka nie obejmuje leczenia weterynaryjnego;

b) transport zwierząt domowych – zorganizowanie i pokrycie kosztów przewozu zwierząt domowych do osoby wskazanej przez ubezpieczonego lub do schroniska/hotelu dla zwierząt. Warunkiem wykonania świadczenia jest dostarczenie przez ubezpieczonego lub osobę wskazaną aktualnej książeczki szczepień zwierzęcia;

3) usługi realizowane w przypadku urodzenia się dziecka ubezpieczonemu:

a. wizyta położnej – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty dojazdu położnej do miejsca pobytu ubezpieczonego i pokrywa koszty jej honorarium;

b. rehabilitacja po porodzie – jeżeli ubezpieczony na skutek porodu wymaga rehabilitacji, zgodnie ze wskazaniem lekarza, Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty serii wizyt specjalisty fizjoterapeuty:

a) konsultacja fizjoterapeutyczna dla kobiet po położeniu (po upływie 6 tygodni od porodu) obejmuje: ocenę mięśni dna miednicy po porodzie, ocenę mięśnia prostego brzucha, ocenę rozejścia spojenia łonowego, ocenę posturalną, instruktaż w zakresie reaktywacji poporodowej mięśni dna miednicy oraz mięśni prostych brzucha;

b) konsultacja fizjoterapeutyczna dla kobiet po cesarskim cięciu (3 tygodnie po porodzie) obejmuje: wczesną ocenę blizny, instruktaż wczesnej pielęgnacji i mobilizacji blizny, ocenę posturalną;

4) usługa realizowana w przypadku hospitalizacji dziecka na skutek jego nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty pobytu opiekuna dziecka w szpitalu lub hotelu przyszpitalnym za nie więcej niż 5 dób hotelowych;

5) usługa realizowana w trudnych sytuacjach losowych, takich jak zgon albo ciężka choroba ubezpieczonego, dziecka, współmałżonka albo partnera, rodziców albo teściów ubezpieczonego – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszt wizyty osoby uprawnionej do skorzystania z usługi medycznego assistance u psychologa w placówce medycznej lub koszt dojazdu psychologa do miejsca zamieszkania oraz honorarium psychologa;

6) usługi realizowane na wniosek osoby uprawnionej do skorzystania z usługi medycznego assistance:

a. osobisty asystent – Centrum Pomocy organizuje wybrane świadczenie:

a) telefoniczna konsultacja z lekarzem – Centrum Pomocy zapewni osobie uprawnionej do skorzystania z usługi medycznego assistance całodobowy dostęp do infolinii medycznej polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem konsultantem, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli ustnej informacji co do dalszego toku postępowania oraz telefoniczny dostęp do informacji o lekach, ich działaniu, interakcjach z innymi środkami, przeciwwskazaniach, dawkowaniu, ich zamiennikach;

b) organizacja wizyty u lekarza specjalisty – jeżeli lekarz wysłany przez Centrum Pomocy zaleci wizytę u lekarza specjalisty, Centrum Pomocy zorganizuje wizytę w najbliższym możliwym terminie uzgodnionym z osobą uprawnioną do skorzystania z usługi medycznego assistance. Koszt wizyty ponosi osoba wnioskująca o świadczenie;

c) osoba towarzysząca przy transporcie ze szpitala do szpitala – jeżeli osoba uprawniona do skorzystania z usługi medycznego assistance korzysta ze świadczenia transportu ze szpitala do szpitala, opisanego w ust. 1 pkt 1 ppkt f ppkt b, Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszt transportu osoby towarzyszącej;

d) organizacja wizyty u dietetyka – Centrum Pomocy zorganizuje wizytę u dietetyka w terminie uzgodnionym z osobą uprawnioną do skorzystania z usługi medycznego assistance lub prześle dane kontaktowe dietetyka wraz z ofertą, w zależności od wyboru osoby uprawnionej do skorzystania z usługi medycznego assistance. Centrum Pomocy, na życzenie osoby

uprawnionej do skorzystania z usługi medycznego assistance, prześle również propozycję przykładowego niespersonalizowanego planu żywieniowego. Centrum Pomocy organizuje maksymalnie 1 wizytę lub prześle jeden niespersonalizowany plan żywieniowy w roku polisy. Koszt wizyty ponosi osoba uprawniona do skorzystania z usługi medycznego assistance;

b. psycholog „na życzenie” – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszt wizyty u psychologa w placówce medycznej lub koszt dojazdu psychologa do miejsca zamieszkania oraz jego honorarium, za maksymalnie 3 wizyty w roku polisy;

c. Centrum Pomocy zapewni osobie uprawnionej do skorzystania z usługi medycznego assistance możliwość rozmowy z lekarzem dyżurnym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli osobie uprawnionej do skorzystania z usługi medycznego assistance ustnej informacji co do dalszego postępowania. Informacje udzielone przez lekarza konsultanta nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.

Porady udzielane na infolinii medycznej, o których mowa w ust. 1 pkt 6 ppkt a oraz w ust. 1 pkt 6 ppkt c mają charakter wyłącznie informacyjny i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec uprawnionego lekarza i Centrum Pomocy. Ponadto Centrum Pomocy udostępni osobie uprawnionej do skorzystania z usługi medycznego assistance następujące informacje:

a) baza danych aptek na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów;

b) baza danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia;

c) baza danych placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom osoby uprawnionej do skorzystania z usługi medycznego assistance i rekomendowanych przez lekarza konsultanta;

d) baza danych placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych);

e) baza danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

f) baza danych placówek opieki społecznej;

g) baza danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;

h) działania, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. niezbędnych szczepieniach, specyficie danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia);

i) informacja o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań;

j) informacja medyczna o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów);

k) informacja farmaceutyczna o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów;

l) informacje o zasadach zdrowego żywienia i dietach;

m) informacja o grupach wsparcia i telefonach zaufania w Polsce dla osób w trudnej sytuacji rodzinnej, samotnych matek, cierpiących na określone schorzenia lub dotkniętych narkomanią, alkoholizmem, nikotynizmem, przemocą domową, chorobą nowotworową, cukrzycą, otyłością, anoreksją, bulimią albo depresją;

n) informacja o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia;

o) informacja o uwarunkowaniach medycznych ciąży i innych zapytań dotyczących ciąży;

p) informacje dla młodych matek dotyczące pielęgnacji niemowląt;

q) informacje o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy;

r) instrukcja przygotowania do zabiegów i badań medycznych;

s) profilaktyka zachorowań na grypę;

7) usługi realizowane w przypadku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:

a. wizyta lekarza – Centrum Pomocy organizuje wizytę lekarską w miejscu pobytu osoby uprawnionej do skorzystania z usługi medycznego assistance, bądź organizuje wizytę u lekarza w placówce medycznej, pokrywa koszty dojazdu i honorarium lekarza;

b. wizyta pielęgniarki – Centrum Pomocy organizuje wizytę pielęgniarki w miejscu pobytu osoby uprawnionej do skorzystania z usługi medycznego assistance, w okresie nie dłuższym niż 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez lekarza konsultanta;

c. transport medyczny – Centrum Pomocy organizuje transport medyczny z miejsca zdarzenia lub pobytu osoby uprawnionej do skorzystania z usługi medycznego assistance do najbliższego szpitala lub innej placówki medycznej wskazanej przez lekarza konsultanta;

d. transport medyczny powrotny – Centrum Pomocy organizuje transport ze szpitala lub innej placówki medycznej do miejsca pobytu osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance odpowiednim, zalecanym przez lekarza prowadzącego, środkiem transportu;

e. transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi – Centrum Pomocy organizuje transport ze szpitala do szpitala (jeśli placówka medyczna, w której przebywa osoba uprawniona do skorzystania z usługi medycznego assistance nie może zapewnić mu wymaganej opieki lub gdy skierowany on jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny) odpowiednim środkiem transportu zalecanym przez lekarza prowadzącego;

f. przekazywanie informacji – jeżeli osoba uprawniona do skorzystania z usługi medycznego assistance jest hospitalizowana, Centrum Pomocy zapewnia usługi informacyjne polegające na przekazaniu, na wyraźne życzenie osoby uprawnionej do skorzystania z usługi medycznego assistance, ważnych wiadomości jego rodzinie lub pracodawcy, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych i z zachowaniem poufności informacji medycznych.

Koszt świadczeń, wymienionych w ust. 1 pkt 7 ppkt b-e, pokrywa osoba wnioskująca o świadczenie.

2. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje pomocy medycznej w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia osoby uprawnionej do skorzystania z usługi medycznego assistance, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego.

ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ

§ 5

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku polisy.

2. Umowa dodatkowa ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny rok polisy, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem roku polisy, oświadczenie o nieprzedłużeniu niniejszej umowy dodatkowej.
3. Umowa dodatkowa zostanie zawarta, jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:
 - 1) w dniu jej zawarcia zarówno ubezpieczający jak i ubezpieczony mają ukończone 18 lat, a ubezpieczony nie ma ukończonych 76 lat;
 - 2) ubezpieczyciel zaakceptował wniosek i wystawił polisę jako dokument potwierdzający zawarcie umowy.
4. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zawarcia umowy dodatkowej zgodnie z wnioskiem ubezpieczającego i niniejszym zobowiązuje się do zawarcia niniejszej umowy dodatkowej, w przypadku gdy warunki określone w ust. 3 zostaną spełnione, z wyjątkiem przypadków, w których zawarcie niniejszej umowy dodatkowej jest zabronione obowiązującymi przepisami prawa.

OBOWIĄZYWANIE UMOWY

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu niniejszej umowy dodatkowej rozpoczyna się od daty wskazanej w polisie jako data rozpoczęcia odpowiedzialności pod warunkiem opłacenia składki.
2. Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia niniejszej umowy dodatkowej w każdym czasie na zasadach zgodnych z zasadami wypowiedzenia przyjętymi w umowie podstawowej.
3. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od niniejszej umowy dodatkowej w terminie 30 dni od daty rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia niniejszej 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 niniejszej umowy dodatkowej przez ubezpieczającego, ubezpieczyciel zwraca mu wpłacone składki.
4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie.
5. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do niniejszej umowy dodatkowej.
6. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.

ROZWIĄZANIE UMOWY DODATKOWEJ

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania umowy podstawowej;
 - 2) gdy ubezpieczony lub współmałżonek ukończą 80 lat, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do tej osoby wygasa;
 - 3) odstąpienia od niniejszej umowy dodatkowej;
 - 4) wypowiedzenia niniejszej umowy dodatkowej;
 - 5) złożenia przez jedną ze stron, najpóźniej na 30 dni przed upływem roku polisy, oświadczenia o nieprzedłużeniu niniejszej umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia umowy podstawowej i odstąpienia od umowy podstawowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do niniejszej umowy dodatkowej.

SKŁADKA

§ 8

1. Wysokość składki z tytułu niniejszej umowy dodatkowej określona jest w polisie.
2. Ubezpieczyciel ustala wysokość składki za niniejszą umowę dodatkową w zależności od częstotliwości opłacania składek i wskazuje ją w polisie.
3. Składka za niniejszą umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu umowy podstawowej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
4. Zasady zmiany wysokości składki za umowę podstawową określone w OWU stosuje się odpowiednio do niniejszej umowy dodatkowej.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

UBEZPIECZYCIELA

§ 9

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub nagłe zachorowanie, które wywołały konieczność skorzystania z usług medycznego assistance, są konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa osoby uprawnionej do skorzystania z usługi medycznego assistance w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) popełnienia przez osobę uprawnioną do skorzystania z usługi medycznego assistance czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 3) prowadzenia przez osobę uprawnioną do skorzystania z usługi medycznego assistance pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 4) spożycia przez osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance 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);
 - 5) pozostawiania przez osobę uprawnioną do skorzystania z usługi medycznego assistance pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezależonych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez osobę uprawnioną do skorzystania z usługi medycznego assistance, próby samobójczej osoby uprawnionej do skorzystania z usługi medycznego assistance, świadomego samookaleczenia osoby uprawnionej do skorzystania z usługi medycznego assistance lub okaleczenia na jej prośbę, niezależnie od stanu jej poczytalności;
 - 6) poddania się eksperymentowi medycznemu przez osobę uprawnioną do skorzystania z usługi medycznego assistance lub zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 7) leczenia stomatologicznego, operacji kosmetycznych lub plastycznych osoby uprawnionej do skorzystania z usługi medycznego assistance, z wyjątkiem przypadków gdy ich przeprowadzenie spowodowane było koniecznością usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania zaistniałych w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela;

- 8) operacji zmiany płci osoby uprawnionej do skorzystania z usługi medycznego assistance, pozbawienia płodności, usunięcia ciąży (z wyjątkiem sytuacji, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia osoby uprawnionej do skorzystania z usługi medycznego assistance), sztucznego zapłodnienia tej osoby lub innego sposobu leczenia jej niepłodności;
 - 9) pobrania od osoby uprawnionej do skorzystania z usługi medycznego assistance narządów lub tkanek do przeszczepu;
 - 10) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez osobę uprawnioną do skorzystania z usługi medycznego assistance na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 11) niestosowania się przez osobę uprawnioną do skorzystania z usługi medycznego assistance do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza konsultanta;
 - 12) chorób przewlekłych istniejących i leczonych przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej oraz następstw chorób przewlekłych;
 - 13) uprawiania przez osobę uprawnioną do skorzystania z usługi medycznego assistance niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału tej osoby 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, narciarstwo/snowboard poza wyznaczonymi trasami (off-road skiing, heliskiing, freeride), kaskaderstwo, jazdę na quadach, pokonywanie przeszkód w przestrzeni miejskiej (parkour, free-running, rooftopping), kolarstwo ekstremalne (freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping) oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych.
2. Ubezpieczyciel nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wykona usługi w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo realizacja usługi 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 dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron niniejszej umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać wykonana usługi.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ

§ 10

1. Świadczenia w zakresie poszczególnych usług medycznego assistance udzielane są do wysokości limitu wskazanego w tabeli nr 1 stanowiącej załącznik do OWU niniejszej umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W przypadku zajścia nieszczęśliwego wypadku, nagłego zachorowania lub innych okoliczności uprawniających do świadczeń wymienionych w § 4, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, osoba uprawniona do skorzystania z usługi medycznego assistance ma prawo do skorzystania z każdej wymienionej powyżej usługi medycznego assistance bez limitu zdarzeń w roku polisy, chyba że w opisie świadczenia w § 4 taki limit został wskazany.

REALIZACJA ŚWIADCZENIA

§ 11

1. W przypadku zajścia zdarzenia uprawniającego do skorzystania z usług medycznego assistance, wskazanych w § 4, osoba uprawniona do skorzystania z usługi medycznego assistance zobowiązana jest do telefonicznego skontaktowania się z Centrum Pomocy pod numerem telefonu podanym w dokumencie ubezpieczenia. Połączenie z powyższym numerem następuje na koszt dzwoniącego.
2. W trakcie kontaktu z Centrum Pomocy osoba uprawniona do skorzystania z usługi medycznego assistance powinna podać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko ubezpieczonego;
 - 2) adres zamieszkania ubezpieczonego;
 - 3) numer PESEL ubezpieczonego;
 - 4) imię i nazwisko oraz numer PESEL współmałżonka albo partnera lub dziecka, jeżeli tych osób dotyczy zgłoszenie;
 - 5) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - 6) numer telefonu do skontaktowania się z ubezpieczonym;
 - 7) inne informacje niezbędne pracownikowi Centrum Pomocy do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. W przypadku gdy podane telefonicznie informacje są niezgodne z danymi posiadanymi przez Centrum Pomocy i mogą nasuwać wątpliwości co do uprawnień do korzystania z usług medycznego assistance, ubezpieczony na żądanie pracownika Centrum Pomocy zobowiązany jest okazać usługodawcy przybyłemu na miejsce zdarzenia dokument tożsamości ze zdjęciem pod rygorem niezrealizowania usługi medycznego assistance.
4. W przypadku odmowy udzielenia informacji, o których mowa w ust. 2 lub 3 lub braku współpracy z obsługą Centrum Pomocy, Centrum Pomocy może odmówić organizacji świadczeń.

REFUNDACJE

§ 12

1. Ubezpieczyciel nie przewiduje refundacji za usługi niezorganizowane przez Centrum Pomocy, chyba że osoba uprawniona do skorzystania z usługi medycznego assistance przed zorganizowaniem usługi we własnym zakresie uzyskała telefonicznie taką zgodę od Centrum Pomocy.
2. Osoba uprawniona do skorzystania z usługi medycznego assistance powinna złożyć do Centrum Pomocy pisemny wniosek o refundację kosztów usług wraz z kopiami rachunków nie później niż w terminie 14 dni od ustania przeszkody w zawiadomieniu Centrum Pomocy.
3. Centrum Pomocy przekazuje osobie uprawnionej do skorzystania z usługi medycznego assistance decyzję w sprawie wniosku o refundację w terminie do 30 dni od daty jego otrzymania.

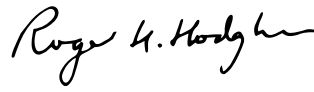
4. Ubezpieczyciel poprzez Centrum Pomocy refunduje koszty w wysokości, w jakiej byłyby poniesione, gdyby usługa medycznego assistance była organizowana przez Centrum Pomocy, jednak nie wyższe niż potwierdzone przedłożonymi rachunkami.
5. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości refundacji kosztów nie jest możliwe w terminie określonym w ust. 3, refundacja kosztów dokonywana jest w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część refundacji Centrum Pomocy wypłaca w terminie określonym w ust. 3.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 13

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

DI/ASTV2/OWU/25.01.2026



Roger Hodgkiss
Prezes Zarządu
Generali Życie TU S.A.



Agnieszka Callen
Członek Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Załącznik do OWUD Assistance Tabela nr 1

	Usługa medycznego assistance	Limit świadczenia na zdarzenie
Usługi realizowane w przypadku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	Wizyta lekarza (honorarium i koszty za wizytę)	500,00 zł
	Wizyta pielęgniarki	400,00 zł
	Dostawa leków	500,00 zł
	Transport medyczny z miejsca zamieszkania do szpitala, wyznaczonego przez lekarza konsultanta	2 000,00 zł
	Transport medyczny ze szpitala do miejsca zamieszkania	
	Transport medyczny ze szpitala do szpitala	
	Organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji	2 000,00 zł
	Dostawa sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego	500,00 zł
	Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego	2 000,00 zł
	Pomoc domowa po hospitalizacji	500,00 zł
	Opieka nad dzieckiem lub osobą niesamodzielną	500,00 zł
	Transport opiekuna do opieki nad dzieckiem lub osobą niesamodzielną	
Usługi realizowane w przypadku nieszczęśliwego wypadku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	Opieka nad zwierzętami domowymi	Przez okres pierwszych 3 dni do wysokości kosztów
	Transport zwierząt domowych	300,00 zł
Usługa realizowana w przypadku urodzenia dziecka	Wizyta położnej	400,00 zł
	Rehabilitacja po porodzie	800,00 zł
Usługa realizowana w przypadku hospitalizacji dziecka na skutek nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania	Organizacja i pokrycie kosztów pobytu opiekuna dziecka w szpitalu lub hotelu przyszpitalnym	1 000,00 zł
Usługa realizowana w trudnych sytuacjach losowych (zgon osoby bliskiej, poważne zachorowanie)	Wizyta psychologa	400,00 zł
Usługi realizowane w przypadku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	Wizyta lekarza	150 EUR raz w trakcie roku polisy
	Wizyta pielęgniarki	Organizacja wizyty
	Transport medyczny	Organizacja transportu
	Transport medyczny powrotny	Organizacja transportu
	Transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi	Organizacja transportu
	Przekazywanie informacji	Usługa
Inne usługi	Telefoniczna konsultacja z lekarzem	Usługa
	Organizacja wizyty u lekarza specjalisty	Usługa
	Organizacja wizyty u dietetyka	Usługa
	Psycholog „na życzenie”	600,00 zł
	Osoba towarzysząca przy transporcie ze szpitala do szpitala	Do limitu dla usługi transportu medycznego ze szpitala do szpitala
	Infolinia medyczna	Usługa