SKOROWIDZ
OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA
NA ŻYCIE I OD NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

Rodzaj informacji/ postanowienia wzorca umownego	Nr zapisu
1. przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 pkt 2; § 8; § 10
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 8 punkt 4, 7 i 8; § 11

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I OD NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW 25.01.2026

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie i od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków, przyjęte Uchwałą Zarządu Generali Życie TU S.A., zwane dalej „OWU", stosuje się do umów zawieranych od 25 stycznia 2026 r.
2. 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.
3. Umowa, do której zastosowanie mają OWU, może zostać zawarta zarówno poprzez złożenie pisemnego wniosku jak i przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, z zachowaniem obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa.

DEFINICJE

§ 2

Określenia użyte w niniejszych OWU oznaczają:

1. **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;
2. **choroba** – reakcję organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadzącą do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, będącą podstawą diagnozy lekarskiej, która rozpoczęła się i trwa w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela;
3. **choroba istniejąca** – chorobę lub choroby, na które zachorował ubezpieczony w okresie 10 lat poprzedzających rozpoczęcie odpowiedzialności ubezpieczyciela, lub uszkodzenie ciała będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, którego ubezpieczony doznał przed rozpoczęciem odpowiedzialności ubezpieczyciela, wymagające opieki lekarza, leczenia lub hospitalizacji;
4. **hospitalizacja** – całodobowy pobyt w szpitalu będący wynikiem uszkodzenia ciała w następstwie nieszczęśliwego wypadku, określonego w punkcie A i B Tabeli Świadczeń znajdującej się w § 8 punkt 10, licząc od dnia przyjęcia do szpitala. Hospitalizacja powinna mieć miejsce w terminie 30 dni od daty nieszczęśliwego wypadku i służyć przywracaniu lub poprawie zdrowia u ubezpieczonego po zajściu nieszczęśliwego wypadku na zlecenie lekarza.
   Hospitalizacja w rozumieniu niniejszych OWU nie obejmuje dnia, w którym ubezpieczony został wypisany ze szpitala;
5. **lekarz** – osobę posiadającą właściwe kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych, potwierdzone wymaganymi przez prawo Rzeczypospolitej Polskiej dokumentami;
6. **nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło po dacie rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela wskazanej w polisie, prowadzące do fizycznego uszkodzenia ciała ubezpieczonego. Zawał serca, udar mózgu, wylew krwi do mózgu, następstwa zdrowotne dźwignięcia czy długotrwałego lub nadmiernego wysiłku fizycznego nie są uznawane za nieszczęśliwy wypadek;
7. **paraplegia** – całkowite, trwałe i nieodwracalne porażenie dwukończynowe obejmujące nogi;
8. **pasażer** – osobę podróżującą publicznym środkiem transportu u licencjonowanego przewoźnika;
9. **polisa** – dokument wystawiony przez ubezpieczyciela i dostarczony przez 4Life Direct potwierdzający zawarcie umowy;
10. **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;
11. **suma ubezpieczenia** – kwotę wskazaną w aktualnej polisie wypłacaną według zasad określonych w umowie;
12. **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, placówek leczenia odwykowego, domów opieki dla rekonwalescentów i osób starszych, klinik i placówek leczenia schorzeń psychiatrycznych, nawet jeśli formalnie według prawa polskiego są „szpitalami";

13. **świadczenie** – kwotę należną ubezpieczonemu lub uposażonemu wypłacaną zgodnie z ogólnymi warunkami umowy w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
14. **tetraplegia** – całkowity, trwały i nieodwracalny niedowład czterokończynowy uniemożliwiający korzystanie z funkcji wszystkich kończyn;
15. **trwałe kalectwo** – uszkodzenie ciała ubezpieczonego, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujący upośledzenie sprawności organizmu, które według wiedzy medycznej uniemożliwia powrót do stanu zdrowia sprzed zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
    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) będące wynikiem nieszczęśliwego wypadku powstałe w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.
    Trwałe kalectwo musi trwać przez okres co najmniej 180 dni od daty pierwszego rozpoznania;
16. **trwałe uszkodzenie mózgu** – śmierć tkanki mózgowej, której skutkiem jest stały i nieodwracalny deficyt neurologiczny;
17. **ubezpieczający** – osobę fizyczną zawierającą z ubezpieczycielem umowę; osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą zawierają umowę poza zakresem tej działalności;
18. **ubezpieczony** – osobę fizyczną wymienioną w polisie, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia;
19. **ubezpieczyciel** – Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Senatorskiej 18;
20. **umowa** – umowę ubezpieczenia zawartą na podstawie wniosku oraz OWU;
21. **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;
22. **uszkodzenie ciała** – fizyczne uszkodzenie ciała, wymienione w Tabeli Świadczeń (niepełnosprawność i złamanie), doznane przez ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, wymagające porady lekarskiej, leczenia, opieki lub hospitalizacji;
23. **utrata funkcji kończyn(y)** – całkowitą, stałą i nieodwracalną fizyczną utratę kończyn(y) (amputacja urazowa) lub jej funkcji powyżej nadgarstka lub stawu skokowego. Amputacja kończyny będąca następstwem leczenia i powikłań chorób nie jest amputacją urazową w rozumieniu OWU;
24. **utrata mowy** – całkowitą, trwałą i nieodwracalną utratę zdolności mówienia;
25. **utrata słuchu** – trwałą i nieodwracalną utratę słuchu w stopniu większym niż 95 decybeli we wszystkich częstotliwościach mierzoną w uchu o lepszej słyszalności za pomocą audiogramu;
26. **utrata wzroku** – całkowitą, trwałą i nieodwracalną utratę wzroku w stopniu, w którym nawet przy użyciu pomocy wizualnych, badanie wzroku wynosi 3/60 lub mniej w skali ostrości wzroku przy użyciu tablic Snellena;
27. **wniosek** – wniosek ubezpieczeniowy o zawarcie umowy sporządzony w formie pisemnej lub przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość;
28. **wnioskodawca** – osobę występującą z roszczeniem;
29. **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 z nim wspólne gospodarstwo domowe, przy czym obie osoby w tym związku są stanu wolnego;
30. **złamanie** – przerwanie ciągłości kości wskutek nieszczęśliwego wypadku potwierdzone badaniami diagnostycznymi. Złamania wieloodłamowe tej samej kości traktowane są jako jedno załamanie. Za złamanie, w rozumieniu niniejszych OWU, nie uznaje się złamań w miejscu zmian patologicznych w obrębie kości oraz złamań, które były spowodowane chorobą tkanki kostnej. Złamanie odnosi się do następujących kategorii złamań:
    a) **czaszka** – złamanie kości głowy: tj. skroniowej, czołowej, ciemieniowej, potylicznej, klinowej i sitowej, z wyłączeniem kości twarzy i nosa;
    b) **kości miednicy** – złamanie kości biodrowej, kulszowej i łonowej, z wyłączeniem kości krzyżowej i guzicznej;
    c) **kręgosłup** – złamanie kości kręgosłupa, w tym kości krzyżowej i guzicznej;
    d) **łopatka** – złamanie kości łączącej kość ramienną z obojczykiem;
    e) **noga** – złamanie kości udowej, piszczelowej, strzałkowej i pięty, z wyłączeniem kości stępu, śródstopia i palców
    f) **obojczyk** – złamanie kości łączącej łopatkę i mostek;
    g) **ramię** – złamanie kości ramiennej, łokciowej oraz promieniowej, z wyłączeniem kości nadgarstka, śródręcza i palców.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY
§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
a) śmierć ubezpieczonego oraz;
b) uszkodzenie ciała ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
    które miały miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.
3. Umowa może być zawierana w dwóch wariantach:
a) indywidualnym: z jednym ubezpieczonym albo
b) ze współmałżonkiem ubezpieczonego: jako drugim ubezpieczonym.
4. 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.
5. 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 ubezpieczenia oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.

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, a ubezpieczony nie ma ukończonych 75 lat;
b) ubezpieczyciel zaakceptował wniosek i na dowód zawarcia umowy wystawił oraz doręczył ubezpieczającemu polisę.
2. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy lub zaproponowania zmiany jej warunków, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

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. Ubezpieczający ma możliwość przedłużenia umowy na kolejne pięcioletnie okresy, z zastrzeżeniem § 5 punkt 7 i § 6 punkt 2.
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. W przypadku, gdy ubezpieczony lub współmałżonek ukończą 80 lat, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do tej osoby wygasa.
7. Umowa rozwiązuje się w dniu śmierci ubezpieczonego lub z datą wypowiedzenia umowy zgodnie z § 5 punkt 4 i 5 oraz § 6 punkt 2, lub z dniem ukończenia przez ubezpieczonego 80 roku życia, z zastrzeżeniem § 5 punkt 8, lub z datą wypłacenia sumy ubezpieczenia zgodnie z § 5 punkt 11, w zależności od tego, które z tych zdarzeń będzie pierwsze.
8. Jeżeli umowa została zawarta w wariancie ze współmałżonkiem, po śmierci jednego ze współmałżonków lub ukończeniu przez jedno z nich 80 lat, umowa nie rozwiązuje się, a drugi ze współmałżonków może ją kontynuować, pod warunkiem terminowego opłacania składek. W takim przypadku wariant małżeński zmieniany jest na wariant indywidualny z dotychczasową wysokością sumy ubezpieczenia i składką odpowiadającą wariantowi indywidualnemu.
9. Jeżeli umowa została zawarta w wariancie ze współmałżonkiem, po ustaniu związku małżeńskiego lub nieformalnego, o których mowa w § 2 punkt 29, na wniosek ubezpieczającego, po akceptacji ubezpieczonych, umowa może być kontynuowana w wariancie ze współmałżonkiem na dotychczasowych warunkach lub w wariancie indywidualnym dla każdego z ubezpieczonych na warunkach przedstawionych przez ubezpieczyciela.
10. W przypadku śmierci ubezpieczającego, który nie jest ubezpieczonym, wszelkie jego prawa i obowiązki wynikające z umowy przechodzą na jego następców prawnych.
11. Umowa rozwiązuje się z datą wypłaty przez ubezpieczyciela świadczenia, które wraz z kwotą wypłaconych wcześniej świadczeń będzie równe sumie ubezpieczenia, zgodnie z § 8 punkt 9.

SKŁADKI
§ 6

1. Składki są płatne miesięcznie w wysokości wskazanej w polisie, zgodnie z wyborem ubezpieczającego.
2. Jeżeli pomimo uprzedniego wezwania wystosowanego przez ubezpieczyciela, ubezpieczający nie dokonał wpłaty zaległej składki w ciągu dodatkowego terminu 30 dni od terminu jej wymagalności, umowę uważa się za wypowiedzianą przez ubezpieczającego, a odpowiedzialność ubezpieczyciela wygasa.
3. Składki zostały obliczone z uwzględnieniem rodzaju i wysokości sumy ubezpieczenia oraz prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń uprawniających do wypłaty należnych świadczeń w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, jak również opłat oraz kosztów zawarcia i obsługi umowy.

ZMIANA UMOWY
§ 7

1. Ubezpieczyciel, na wniosek ubezpieczającego, a w przypadku gdy ubezpieczający i ubezpieczony to różne osoby, również za zgodą ubezpieczonego, przedstawia warunki zmiany wariantu umowy oraz wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie.
2. Jeżeli ubezpieczyciel pozytywnie rozpatrzy wniosek o zmianę umowy, dostarczy ubezpieczającemu nową polisę stanowiącą potwierdzenie dokonania zmiany.
3. Ubezpieczający może odstąpić od uzgodnionych zmian umowy w ciągu 30 (trzydziestu) dni od daty rozpoczęcia obowiązywania nowej sumy ubezpieczenia 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
§ 8

1. W przypadku śmierci ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaci uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie.
2. Ubezpieczyciel wypłaci ubezpieczonemu świadczenie za uszkodzenie ciała w przypadku, gdy ubezpieczony przeżyje okres co najmniej 14 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.

3. Wysokość świadczenia z tytułu uszkodzenia ciała uzależniona jest od wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wystąpienia nieszczęśliwego wypadku i rodzaju uszkodzenia ciała ubezpieczonego, zgodnie z Tabelą Świadczeń.
4. Świadczenie z tytułu hospitalizacji będzie wypłacone tylko w przypadku, gdy hospitalizacja związana z uszkodzeniem ciała rozpocznie się w ciągu 30 dni od daty nieszczęśliwego wypadku i będzie trwała nieprzerwanie co najmniej 14 dni zgodnie z Tabelą Świadczeń. Za hospitalizację związaną z uszkodzeniem ciała wskutek tego samego nieszczęśliwego wypadku zostanie wypłacone tylko jedno świadczenie.
5. Wysokość świadczenia, o którym mowa w punktach 3 i 4, ulega podwojeniu w przypadku wystąpienia u ubezpieczonego uszkodzenia ciała w trakcie podróży, pod warunkiem, że ubezpieczony spełnia definicję pasażera określoną w § 2 punkt 8.
6. W przypadku trwałego kalectwa, tetraplegii, paraplegii oraz trwałego uszkodzenia mózgu, jeżeli istnieją wątpliwości co do stopnia uszkodzenia ciała ubezpieczonego, który jest niezbędny do ustalenia wysokości świadczenia, wysokość tę ustala się nie później niż w ciągu 12 miesięcy od dnia nieszczęśliwego wypadku. W przypadku braku wątpliwości wypłata świadczenia odbywa się zgodnie z § 10.
7. Świadczenie za uszkodzenie ciała ubezpieczonego nie jest należne, jeżeli upłynęło więcej niż 12 miesięcy od dnia nieszczęśliwego wypadku, za wyjątkiem trwałego kalectwa, tetraplegii, paraplegii oraz trwałego uszkodzenia mózgu.
8. Ubezpieczyciel wypłaci jedno świadczenie za każdą kategorię złamania (niezależnie od liczby i rodzaju złamanych kości) w każdym 5-letnim okresie trwania umowy, z zastrzeżeniem, że świadczenie będzie należne za złamanie prawej i lewej: nogi, łopatki oraz prawego i lewego: ramienia, obojczyka.
9. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do każdego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 8 punkt 5.
10. Tabela Świadczeń:

Uszkodzenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku:		Wysokość świadczenia wyrażona jako % sumy ubezpieczenia
A. Niepełnosprawność	1.Trwałe kalectwo	100%
	2. Utrata wzroku w obu oczach	100%
	3. Utrata możliwości korzystania z dwóch lub więcej kończyn	100%
	4. Tetraplegia	100%
	5. Paraplegia	100%
	6. Trwałe uszkodzenie mózgu	100%
	7. Utrata wzroku w jednym oku	50%
	8. Utrata funkcji jednej z kończyn	50%
	9. Utrata mowy	50%
	10. Utrata słuchu	50%
B. Złamanie	11.1. kości miednicy	50%
	11.2. kości nogi, czaszki, kręgosłupa, łopatki, obojczyka, ramienia	10%
C. Hospitalizacja	12. Świadczenie za 14 dni nieprzerwanej hospitalizacji będącej wynikiem uszkodzenia ciała zgodnie z punktem A i B Tabeli Świadczeń	5%

UPOSAŻONY
§ 9

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
§ 10

1. Obowiązek wypłaty świadczenia z tytułu uszkodzenia ciała powstaje, gdy w okresie obowiązywania odpowiedzialności ubezpieczyciela ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. W celu rozpoczęcia procedury wypłaty świadczenia, wnioskodawca powinien skontaktować się z ubezpieczycielem za pośrednictwem 4Life Direct.
3. Wnioskodawca zgłaszający roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązany jest złożyć następujące dokumenty:

a) w przypadku śmierci ubezpieczonego:
   a. wypełniony i podpisany wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości wnioskodawcy;
   b. kopię odpisu skróconego aktu zgonu, a w przypadku, o którym mowa w § 9 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;
b) w przypadku uszkodzenia ciała ubezpieczonego:
   a. wypełniony i podpisany wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości wnioskodawcy;
   b. wypełniony wniosek – oświadczenie lekarza;
   c. kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego;
   d. kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej uraz, w tym wyników badania RTG (płyty CD);
   e. kopię protokołu powypadkowego (BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony;
   f. w przypadku trwałego kalectwa – dodatkowo kopię orzeczenia ZUS, KRUS lub innego podmiotu uprawnionego do

orzekania, potwierdzające całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji na stałe albo kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji.

4. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w punkcie 3 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. Ubezpieczyciel za pośrednictwem 4Life Direct informuje wnioskodawcę pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
6. Odpowiednie kwoty świadczeń będą 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. Termin wypłaty świadczeń nie przekroczy terminów do wypłaty określonych przepisami prawa.
7. Występujący z roszczeniem jest zobowiązany do podania wszystkich informacji zgodnie ze stanem faktycznym.
8. Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w punkcie 3 i 4, lub opinii wskazanego przez ubezpieczyciela lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach 4Life Direct może skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z ubezpieczycielem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez ubezpieczyciela.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA
§ 11

1. Obowiązek wypłaty świadczenia z tytułu uszkodzenia ciała nie zachodzi, jeśli roszczenie ubezpieczonego nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń:

a) stresu pourazowego;
b) jakiejkolwiek choroby nie będącej zgodnie z wiedzą medyczną następstwem nieszczęśliwego wypadku;
c) 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;
d) wynikających z choroby istniejącej;
e) jakichkolwiek aktów łamania przez ubezpieczonego obowiązującego prawa;
f) złamań w miejscu zmian patologicznych w obrębie kości lub złamań, które były spowodowane chorobą tkanki kostnej;
g) kosmetycznych zabiegów stomatologicznych;
h) ponownego przyjęcia do szpitala z tej samej lub powiązanej przyczyny;
i) niedorozwoju umysłowego ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych ubezpieczonego oraz ich skutków;
j) 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);
k) pozostawania przez ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez ubezpieczonego, próby samobójczej ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia ubezpieczonego lub okaleczenia ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
l) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika;
m) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
n) 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;
o) wynikających z promieniowania, skażenia promieniotwórczego, reakcji jądrowej, skażenia chemicznego, w tym z zatrucia substancjami stałymi, cieczami, oparami lub gazami trującymi;
p) 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;
q) aktywnej służby lub szkolenia w formacji wojskowej, obrony cywilnej, policji, agencji ochrony osób i mienia lub każdej innej formacji o charakterze militarnym lub paramilitarnym;
r) zabiegów chirurgii plastycznej, kosmetycznej, niepłodności, otyłości, zabiegów sztucznego zapłodnienia lub zabiegów wynikających z wyboru ubezpieczonego, chyba że są wynikiem obrażeń doznanych w nieszczęśliwym wypadku.

2. W rozumieniu niniejszych OWU hospitalizacją nie jest pobyt w szpitalu w celach rehabilitacyjnych.
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 wprowa-

dzonych 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 miałoby zostać wypłacone świadczenie.

4. Wypłata świadczenia nie przysługuje, jeżeli ubezpieczony umrze w ciągu 14 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
5. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci, uszkodzenia ciała lub hospitalizacji w wyniku uszkodzenia ciała ubezpieczonego.

REKLAMACJE
§ 12

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 ubezpieczyciel. 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
§ 13

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 powinny być składane przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego w języku polskim na adres 4Life Direct wskazany w § 2 punkt 1, z wyłączeniem reklamacji, o których mowa w § 12. 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. Polisa nie posiada wartości wykupu.
7. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie właściwe przepisy prawa polskiego.
8. 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.
9. Językiem obowiązującym w relacjach stron jest język polski.
10. Ubezpieczyciel publikuje sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń na stronie generali.pl.
11. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

NG/OWU/v8/25.01.2026

Roger Hodgkiss
Prezes Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Agnieszka Callen
Członek Zarządu
Generali Życie TU S.A.