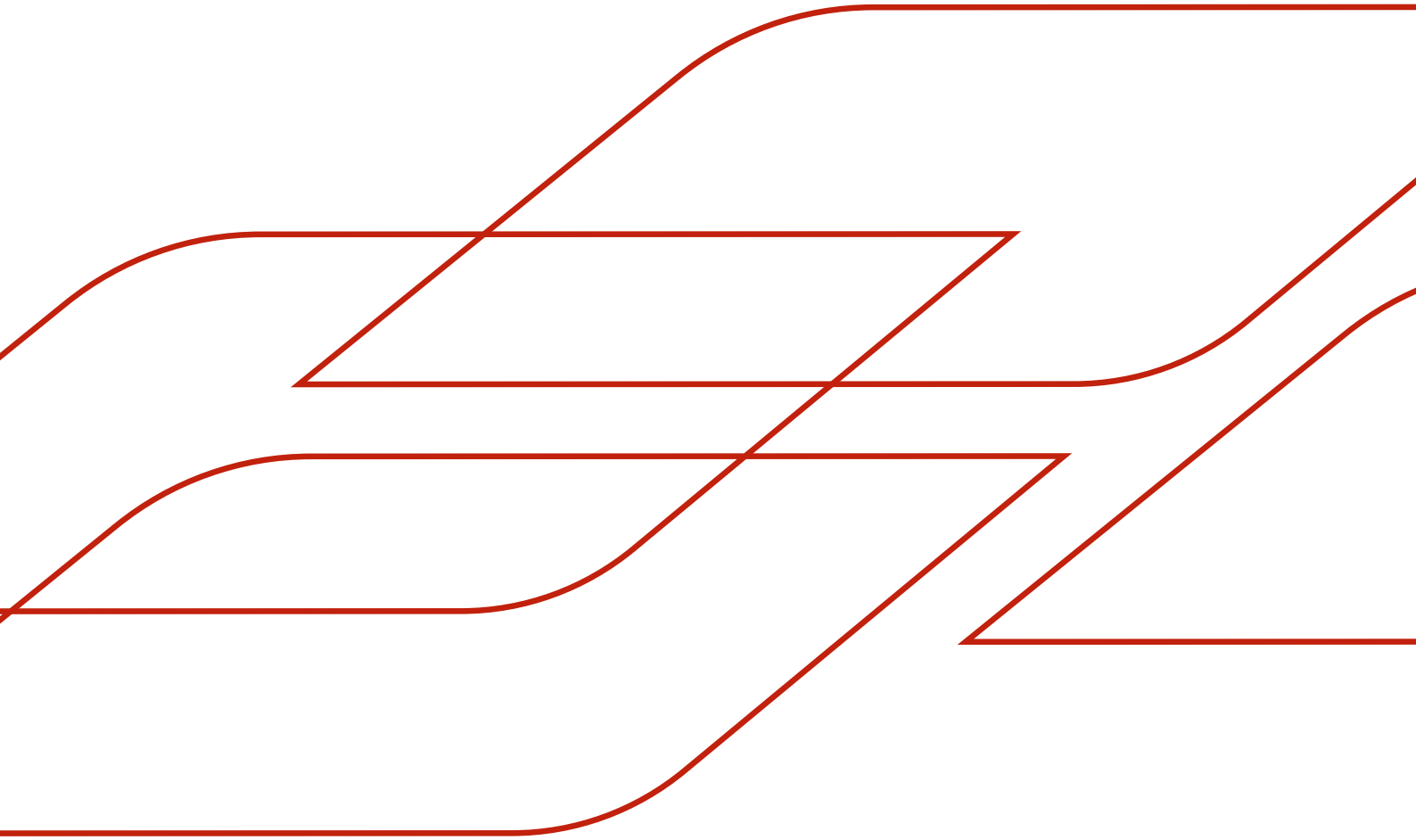
OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYMI FUNDUSZAMI KAPITAŁOWYMI GENERALI, Z MYŚLĄ O FINANSACH

Obowiązujące od 18 września 2025 roku



generali.pl

GENERALI

Spis treści

4 Skorowidz
5 Postanowienia ogólne
5 Definicje
6 Przedmiot i zakres ubezpieczenia
6 Zawarcie Umowy głównej
7 Ochrona ubezpieczeniowa
7 Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej
7 Składka regularna
8 Składka dodatkowa
8 Rachunek regularny i Rachunek dodatkowy
8 Skutki nieopłacenia Składki regularnej
8 Zmiana wysokości i częstotliwości opłacania Składki regularnej
9 Zawieszenie opłacania Składek regularnych
9 Zmiany w Funduszach
9 Indeksacja
10 Opłaty
11 Wykup
11 Wskazanie osób Uposażonych
12 Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności
12 Świadczenie z tytułu Umowy głównej
12 Wypłata świadczenia
12 Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego
13 Prawa i obowiązki Towarzystwa
13 Reklamacje
14 Postanowienia końcowe
15 Załącznik nr 1 do OWU – Tabela limitów
17 Załącznik nr 2 do OWU – Wykaz funduszy
18 Załącznik nr 3 do OWU – Regulamin lokowania środków ubezpeczeniowych funduszy kapitałowych

Ogólne Warunki Ubezpieczeń Dodatkowych

22 Terminowe ubezpieczenie na życie
27 Wypłata renty w przypadku śmierci Ubezpieczonego
33 Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
38 Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego
43 Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu
48 Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
54 Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – wariant I
59 Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – wariant II
65 Uraz Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu

70 Assistance

78 Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

83 Refundacja kosztów leczenia Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

88 Ryczałtowe pokrycie kosztów leków zaleconych po Pobycie Ubezpieczonego w szpitalu

94 Wystąpienie u Ubezpieczonego Zawału serca lub Udaru mózgu

100 Wystąpienie u Ubezpieczonego lub jego Dzieci Nowotworu

106 Assistance na wypadek nowotworu

113 Leczenie za granicą dla Ubezpieczonego

123 Leczenie za granicą dla Ubezpieczonego i jego Dzieci

134 Leczenie za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego

148 Leczenie za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego i jego Dzieci

162 Poważne zachorowanie Ubezpieczonego

174 Poważne zachorowanie Ubezpieczonego – choroby dodatkowe

180 Druga opinia medyczna dla Ubezpieczonego

186 Poważne operacje Ubezpieczonego

192 Zabiegi specjalistyczne Ubezpieczonego

197 Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu

203 Usługi medyczne dla Ubezpieczonego

208 Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu

214 Całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego

219 Przejęcie opłacania składek na wypadek Niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej

224 Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji

229 Zdrowie Dziecka

Indywidualne Konto Emerytalne

241 Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, w ramach którego prowadzone jest Indywidualne Konto Emerytalne

249 Załącznik nr 1 – Tabela IKE

250 Załącznik nr 2 – Wykaz funduszy IKE

251 Załącznik nr 3 – Regulamin lokowania IKE

Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego

256 Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, w ramach którego prowadzone jest Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego

263 Załącznik nr 1 – Tabela IKZE

264 Załącznik nr 2 – Wykaz funduszy IKZE

265 Załącznik nr 3 – Regulamin lokowania IKZE

Załączniki do Ogólnych Warunków Ubezpieczeń Dodatkowych

271 Tabela uszczerbków na zdrowiu

285 Katalog Poważnych operacji

298 Katalog Zabiegów specjalistycznych

298 Tabela przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych

Wykaz istotnych informacji zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi Generali, z myślą o finansach (kod RPFL1_OWU_09.2025) dalej „OWU", z uwzględnieniem definicji z OWU (Skorowidz)

	Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej w OWU
1.	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 4; § 9 ust. 4-7; § 10 ust. 3; § 21 ust. 2; § 24 ust. 1;
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 23
3.	Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 20 ust. 1-20; Załącznik nr 1 do OWU - pkt 1-8 Tabeli opłat; Załącznik nr 3 do OWU - § 4 ust. 7-9
4.	Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 21 ust. 3-6; Załącznik nr 1 do OWU - pkt 7 i 8 Tabeli opłat

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYMI FUNDUSZAMI KAPITAŁOWYMI GENERALI, Z MYŚLĄ O FINANSACH (KOD RPFL1_OWU_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi Generali, z myślą o finansach (zwane dalej „**OWU**") stanowią podstawę zawarcia Umowy ubezpieczenia.
2. Przez Umowę ubezpieczenia Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Senatorskiej 18, 00-082 Warszawa, zwana dalej „**Towarzystwem**", zobowiązuje się spełnić określone w OWU świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie zdarzenia ubezpieczeniowego, a Ubezpieczający zobowiązuje się do opłacania Składek regularnych.
3. Tabela opłat i limitów – kod RPFL1_TOIL_09.2025 (zwana dalej „**Tabelą**") stanowi załącznik nr 1 do OWU.
4. Wykaz Funduszy – kod RPFL1_WUFK_09.2025 (zwany dalej „**Wykazem Funduszy**") stanowi załącznik nr 2 do OWU.
5. Regulamin lokowania środków ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych – kod RPFL1_RL_09.2025 (zwany dalej „**Regulaminem lokowania**") stanowi załącznik nr 3 do OWU.

Definicje

§ 2

1. Użyte w Umowie ubezpieczenia, OWU oraz Dokumencie ubezpieczenia wymienione poniżej terminy oznaczają:
   1) **Alokacja** – określony procentowo przez Ubezpieczającego podział Składki regularnej oraz Składki dodatkowej pomiędzy Fundusze oferowane przez Towarzystwo;
   2) **Cena jednostki** – wartość Jednostki uczestnictwa, po której jest ona dopisywana do Rachunku i odliczana z Rachunku;
   3) **Dokument ubezpieczenia** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem oraz warunki tej umowy (polisa), a także każdy inny dokument potwierdzający zmianę warunków Umowy ubezpieczenia;
   4) **Dzień nabycia** – każdy Dzień roboczy, w którym Towarzystwo nabywa Jednostki uczestnictwa;
   5) **Dzień roboczy** – każdy dzień z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy;
   6) **Dzień wyceny** – każdy Dzień roboczy oraz każdy ostatni dzień kalendarzowy miesiąca;
   7) **Fundusz zewnętrzny** – Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy, którego aktywa lokowane są wyłącznie w jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego;
   8) **Jednostka uczestnictwa** – część aktywów Funduszu uzyskana poprzez podzielenie ich na równe części, dająca Ubezpieczającemu prawo do udziału w aktywach Funduszu;
   9) **Konto Klienta** – serwis informacyjno-transakcyjny udostępniony przez Towarzystwo Ubezpieczającemu za pośrednictwem Internetu;
   10) **Miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego obowiązywania Umowy głównej (przy czym jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu kalendarzowym – w ostatnim dniu takiego miesiąca) i kończący się z upływem dnia poprzedzającego najbliższy Miesiąc polisy;
   11) **Płatnica polisy** – data wymagalności Składki regularnej, przypadająca na pierwszy dzień okresu, za który jest należna;
   12) **Rachunek** – Rachunek regularny oraz Rachunek dodatkowy;
   13) **Rachunek dodatkowy** – wyodrębniony rachunek, na którym ewidencjonowane są Jednostki uczestnictwa nabyte za Składki dodatkowe;
   14) **Rachunek regularny** – wyodrębniony rachunek, na którym ewidencjonowane są Jednostki uczestnictwa nabyte za Składki regularne;
   15) **Rocznica polisy** – wskazana w Dokumencie ubezpieczenia każda rocznica dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej, przy czym jeżeli Rocznica polisy przypada w dniu 29 lutego, a w danym roku nie ma takiego dnia, za Rocznicę polisy uznaje się ostatni dzień lutego w danym roku kalendarzowym;
   16) **Rok polisy** – roczny okres między kolejnymi Rocznicami polisy, pierwszy Rok polisy rozpoczyna się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej, a kończy z upływem dnia poprzedzającego najbliższą Rocznicę polisy;
   17) **Składka** – Składka regularna i Składka dodatkowa;
   18) **Składka dodatkowa** – składka płatna w dowolnym czasie trwania Umowy głównej w wysokości nie mniejszej niż określona w Tabeli;
   19) **Składka regularna** – składka należna z tytułu Umowy głównej płatna w całym okresie obowiązywania Umowy głównej, której wysokość i częstotliwość płatności określona jest w Dokumencie ubezpieczenia;
   20) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej;
   21) **Suma ubezpieczenia** – kwota wypłacana Uprawnionemu w przypadku śmierci Ubezpieczonego równa Wartości polisy powiększonej o 5%, ale nie więcej niż o 1 500 zł;
   22) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, stanowiąca wysokość zobowiązania Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
   23) **Ubezpieczający** – podmiot zawierający Umowę ubezpieczenia z Towarzystwem, zobowiązany do opłacania Składek;
   24) **Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (UFK)** – wyodrębniona część aktywów Towarzystwa, podzielona na równe części (zwany dalej „**Funduszem**");
   25) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
   26) **Umowa dodatkowa** – umowa zawarta na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, rozszerzająca zakres ochrony ubezpieczeniowej Umowy głównej;
   27) **Umowa główna** – umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU;
   28) **Umowa IKE** – umowa zawarta na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, w ramach którego prowadzone jest Indywidualne Konto Emerytalne, rozszerzająca zakres ochrony ubezpieczeniowej Umowy głównej;
   29) **Umowa IKZE** – umowa zawarta na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, w ramach którego prowadzone jest Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego, rozszerzająca zakres ochrony ubezpieczeniowej Umowy głównej;
   30) **Umowa ubezpieczenia** – Umowa główna wraz z posiadanymi przez Ubezpieczającego Umowami dodatkowymi;

31) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczającego za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, w przypadku zawarcia Umowy głównej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego), uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego;
32) **Uposażony zastępczy** – osoba wskazana przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczającego za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, w przypadku zawarcia Umowy głównej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego), uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego, jeżeli wskazanie jedynego Uposażonego stało się bezskuteczne;
33) **Uprawniony** – Uposażony lub Uposażony zastępczy, a w przypadku gdy nie został on wskazany lub został wskazany bezskutecznie, osoba wskazana w § 22 ust.6;
34) **Wartość dodatkowa** – wartość Jednostek uczestnictwa zarejestrowanych na Rachunku dodatkowym;
35) **Wartość polisy** – wartość Jednostek uczestnictwa zarejestrowanych na Rachunku głównym;
36) **Wartość wykupu** – kwota, jaką Towarzystwo wypłaca w związku z odstąpieniem od Umowy głównej, o którym mowa w § 9 ust. 6 oraz rozwiązaniem Umowy głównej. Wartość wykupu równa jest sumie Wartości polisy, pomniejszonej o opłatę za całkowity wykup Wartości polisy, oraz Wartości dodatkowej;
37) **Wniosek o zawarcie umowy** – formularz Towarzystwa, na którym Ubezpieczający składa ofertę zawarcia Umowy ubezpieczenia (zwany dalej „**Wnioskiem**");
38) **Wskaźnik indeksacji** – wskaźnik, o jaki Ubezpieczający ma prawo podwyższyć Składkę regularną oraz Sumy ubezpieczenia z tytułu Umów dodatkowych i Składki za Umowy dodatkowe, ustalany przez Towarzystwo na podstawie wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych publikowanego przez Główny Urząd Statystyczny.

2. Definicje określone w ust. 1 należy rozumieć także w odpowiednim przypadku i liczbie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Głównym celem Umowy głównej jest inwestowanie środków pochodzących ze Składek w Fundusze oraz ochrona życia Ubezpieczonego.

§ 4

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego, która wystąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
2. Przedmiot i zakres Umowy głównej może zostać rozszerzony o Umowy dodatkowe wskazane przez Ubezpieczającego:
   1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
   2) ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
3. Zakres Umowy głównej zostaje rozszerzony o Umowy dodatkowe na podstawie i warunkach określonych w odrębnych ogólnych warunkach ubezpieczeń dodatkowych.

Zawarcie Umowy głównej

§ 5

1. Towarzystwo przed zawarciem Umowy głównej uzyskuje od Ubezpieczającego, w formie ankiety, informacje dotyczące jego potrzeb, wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie oraz jego sytuacji finansowej, tak aby Towarzystwo mogło dokonać oceny, czy Umowa główna jest odpowiednia do potrzeb Ubezpieczającego.
2. W przypadku Umowy głównej zawieranej na cudzy rachunek (tj. na rachunek Ubezpieczonego) Towarzystwo uzyskuje w formie ankiety, informacje dotyczące Ubezpieczonego, o których mowa w ust. 1, przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy głównej zawartej przez Ubezpieczającego, tak aby Towarzystwo mogło dokonać oceny, czy Umowa główna jest odpowiednia do potrzeb Ubezpieczonego.
3. Przed zawarciem Umowy głównej Towarzystwo doręcza Ubezpieczającemu warunki Umowy głównej, w tym treść OWU wraz z załącznikami oraz Skorowidzem albo udostępnia je Ubezpieczającemu w taki sposób, aby mógł je przechowywać i odtwarzać w zwykłym toku czynności.

§ 6

1. Umowa główna zawierana jest na czas nieokreślony.
2. Umowa główna może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 61 roku życia.
3. Umowa główna zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku.
4. Na podstawie informacji określonych we Wniosku Towarzystwo ma prawo:
   1) zawrzeć Umowę główną na warunkach określonych we Wniosku albo
   2) zaproponować zawarcie Umowy głównej na warunkach odmiennych od określonych we Wniosku, albo
   3) odmówić zawarcia Umowy głównej.

§ 7

1. Umowę główną uważa się za zawartą z chwilą zaakceptowania przez Towarzystwo Wniosku. Towarzystwo wskazuje datę zawarcia Umowy głównej w Dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie Umowy głównej pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem oraz warunki tej Umowy głównej.
2. Jeżeli w odpowiedzi na Wniosek Towarzystwo doręcza Ubezpieczającemu Dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści oferty złożonej przez niego we Wniosku, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie, wyznaczając mu 14-dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu.
3. W przypadku braku sprzeciwu Umowa główna dochodzi do skutku zgodnie z treścią Dokumentu ubezpieczenia następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego na złożenie sprzeciwu.
4. Jeżeli Towarzystwo odmówi zawarcia Umowy głównej, poinformuje o tym Ubezpieczającego na piśmie, podając przyczyny odmowy oraz zwróci niezwłocznie Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę regularną, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia podjęcia decyzji o odmowie zawarcia Umowy głównej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 8

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy głównej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej Składki regularnej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy głównej w stosunku do Ubezpieczonego wygasa we wcześniejszej z następujących dat:
   1) w dniu rozwiązania Umowy głównej, o którym mowa w § 10 albo
   2) w dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy głównej, o którym mowa w § 9 ust. 1, albo
   3) w dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczonego o wystąpieniu z Umowy głównej ze skutkiem odstąpienia, o którym mowa w § 9 ust. 7.

Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej

§ 9

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy głównej, poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu od Umowy głównej, w terminie:
   1) 7 dni od dnia zawarcia Umowy głównej – w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą albo
   2) 30 dni od dnia zawarcia Umowy głównej – w przypadku, gdy Ubezpieczający jest osobą fizyczną, albo
   3) 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o której mowa w § 27 ust. 2 pkt 4 – w przypadku, gdy Ubezpieczający jest osobą fizyczną albo przedsiębiorcą.
2. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy głównej Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy głównej, termin 30 dni, o którym mowa w ust 1 pkt 2, biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
3. Odstąpienie od Umowy głównej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki regularnej za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku odstąpienia od Umowy głównej, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu, nie później niż w terminie 14 dni od dnia otrzymania oświadczenia, kwotę stanowiącą Wartość polisy i Wartość dodatkową, o ile istnieje, ustaloną według Ceny jednostki obowiązującej w dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu, powiększoną o opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Towarzystwo zwróci opłaconą Składkę regularną, jeżeli od dnia jej opłacenia do dnia otrzymania oświadczenia o odstąpieniu od Umowy głównej nie nabędzie za tę Składkę Jednostek uczestnictwa.
6. W przypadku odstąpienia od Umowy głównej, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu nie później niż w terminie 14 dni od dnia otrzymania oświadczenia, Wartość wykupu ustaloną według Ceny jednostki obowiązującej w dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu.
7. W przypadku Umowy głównej zawartej na cudzy rachunek, Ubezpieczony może wystąpić z Umowy głównej ze skutkiem odstąpienia od tej umowy, w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o której mowa w § 27 ust. 2 pkt 4. W takim przypadku postanowienia ust. 6 stosuje się odpowiednio.

§ 10

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia Umowy głównej w każdym czasie poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy głównej.
2. Umowa główna ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach i odpowiednio wskazanej dacie:
   1) wypowiedzenia Umowy głównej przez Ubezpieczającego – z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy głównej;
   2) śmierci Ubezpieczonego – z upływem dnia, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego;
   3) nieopłacenia przez Ubezpieczającego Składki regularnej należnej w pierwszych dwóch Latach polisy, w terminie i na zasadach określonych w § 14 ust. 1 – z upływem dnia, w którym upływa wyznaczony termin dodatkowy, ze skutkiem na ostatni dzień Miesiąca polisy, za który została opłacona Składka regularna;
   4) gdy Wartość polisy jest niewystarczająca na pokrycie opłat, o których mowa w § 20 – z upływem ostatniego dnia miesiąca poprzedzającego Miesiąc polisy, w którym Wartość polisy jest niewystarczająca na pokrycie opłat.
3. W przypadku rozwiązania Umowy głównej z przyczyn określonych:
   1) w ust. 2 pkt 1 Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu Wartość wykupu ustaloną zgodnie z § 21 ust. 1 i 6;
   2) w ust. 2 pkt 2 Towarzystwo wypłaci Uprawnionemu świadczenie, o którym mowa w § 24 ust. 1;
   3) w ust. 2 pkt 3 i 4 Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu Wartość wykupu ustaloną po Cenie jednostki przypadającej nie później niż w terminie pięciu Dni roboczych od daty rozwiązania Umowy głównej.

Składka regularna

§ 11

1. Minimalna wysokość Składki regularnej określona jest przez Towarzystwo w Tabeli.
2. Ubezpieczający określa we Wniosku wysokość Składki regularnej oraz częstotliwość jej opłacania.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia pierwszej Składki regularnej nie później niż w terminie 60 dni od dnia złożenia Wniosku. Brak opłacenia pierwszej Składki regularnej w tym terminie jest równoznaczny z wypowiedzeniem Umowy głównej przez Ubezpieczającego.
4. Kolejne Składki regularne mogą być opłacane z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną lub miesięczną i płatne są najpóźniej do Płatnicy polisy.
5. Wysokość oraz częstotliwość opłacania Składek regularnych potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.
6. Pierwsza i każda kolejna Składka regularna opłacana jest na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo we Wniosku oraz w Dokumencie ubezpieczenia.
7. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany rachunku bankowego przeznaczonego do wpłat Składek regularnych, o czym poinformuje Ubezpieczającego przed dokonaniem zmiany rachunku.

Składka dodatkowa

§ 12

1. W dowolnym czasie trwania Umowy głównej Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wpłacania Składki dodatkowej. Składka dodatkowa wpłacana jest na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Wpłata Składki dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składki regularnej. Towarzystwo ma prawo zaliczyć Składkę dodatkową, za którą nie zostały zakupione Jednostki uczestnictwa, na poczet zaległych Składek regularnych.
3. Nabycie Jednostek uczestnictwa za Składkę dodatkową następuje na podstawie oświadczenia Ubezpieczającego określającego jej Alokację. Ubezpieczający ma prawo złożyć w Towarzystwie oświadczenie o stałym lub jednorazowym podziale wpłacanych Składek dodatkowych pomiędzy Fundusze.
4. Jeżeli w terminie 14 dni od dnia opłacenia Składki dodatkowej, do Towarzystwa nie wpłynie oświadczenie Ubezpieczającego o jej podziale, Towarzystwo ma prawo nabyć Jednostki uczestnictwa Funduszy w proporcjach ustalonych przez Ubezpieczającego dla Składki regularnej.
5. Jeżeli Ubezpieczający złoży oświadczenie o stałym podziale Składek dodatkowych pomiędzy Fundusze, proporcje wskazane w tym oświadczeniu będą obowiązywać dla Składek dodatkowych opłaconych od daty otrzymania oświadczenia przez Towarzystwo do daty wpływu jego zmiany, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Złożenie oświadczenia o jednorazowym podziale Składki dodatkowej jest równoznaczne z odwołaniem oświadczenia, o którym mowa w ust. 5.

Rachunek regularny i Rachunek dodatkowy

§ 13

1. W dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo otwiera Rachunek regularny, na którym ewidencjonuje Jednostki uczestnictwa zakupione za opłacone Składki regularne.
2. Po opłaceniu Składki regularnej Towarzystwo dopisuje Jednostki uczestnictwa do Rachunku regularnego zgodnie ze wskazaną przez Ubezpieczającego dyspozycją Alokacji. Liczba dopisanych Jednostek uczestnictwa wynika z podzielenia części Składki regularnej określonej w dyspozycji Alokacji przez Cenę jednostki danego Funduszu, obowiązującą w Dniu nabycia, przypadającym nie później niż w terminie pięciu Dni roboczych od:
   1) dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej – w przypadku pierwszej Składki regularnej;
   2) dnia opłacenia Składki regularnej – w przypadku, gdy druga i kolejne Składki regularne zostały opłacone po Płatnicy polisy;
   3) Płatnicy polisy – w przypadku, gdy Składka regularna została opłacona przed Płatnicą polisy albo w Płatnicę polisy.
3. W dniu opłacenia pierwszej Składki dodatkowej Towarzystwo otwiera Rachunek dodatkowy, na którym ewidencjonuje Jednostki uczestnictwa zakupione za opłacone Składki dodatkowe.
4. Po opłaceniu Składki dodatkowej Towarzystwo dopisuje Jednostki uczestnictwa do Rachunku dodatkowego zgodnie ze wskazaną przez Ubezpieczającego dyspozycją Alokacji, z zastrzeżeniem § 12 ust. 4. Liczba dopisanych Jednostek uczestnictwa wynika z podzielenia części Składki dodatkowej określonej w dyspozycji Alokacji przez Cenę jednostki danego Funduszu, obowiązującą w Dniu nabycia, przypadającym nie później niż w terminie pięciu Dni roboczych od:
   1) dnia opłacenia Składki dodatkowej w przypadku zarejestrowania oświadczenia Ubezpieczającego o stałym podziale Składki dodatkowej;
   2) dnia zarejestrowania oświadczenia Ubezpieczającego o jednorazowym podziale Składki dodatkowej;
   3) Dnia roboczego następującego po upływie okresu wskazanego w § 12 ust. 4, jeżeli nie zarejestrowano oświadczenia Ubezpieczającego o podziale Składki dodatkowej.
5. Procent Składki przeznaczonej na nabycie Jednostek uczestnictwa został określony w Tabeli
6. Liczbę Jednostek uczestnictwa dopisywanych do Rachunku zaokrągla się z dokładnością nie mniejszą niż do trzech miejsc po przecinku.
7. Minimalna Alokacja Składki w wybrany Fundusz nie może być niższa niż wartość określona w Tabeli.

Skutki nieopłacenia Składki regularnej

§ 14

1. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci Składki regularnej w wymaganym terminie, po upływie 30 dni od Płatnicy polisy, Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o zaległości oraz wezwie go do zapłaty Składki regularnej w dodatkowym 30-dniowym terminie liczonym od dnia otrzymania wezwania. Towarzystwo poinformuje również o skutkach nieopłacenia Składki regularnej w tym terminie.
2. Skutkiem nieopłacenia Składki regularnej w wymaganym terminie jest:
   1) w przypadku Składki regularnej wymaganej w pierwszym i drugim Roku polisy – rozwiązanie Umowy głównej i wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem § 12 ust. 2;
   2) w przypadku Składki regularnej wymaganej po upływie drugiego Roku polisy:
      a. w pierwszej kolejności – zaliczenie Składki dodatkowej, za którą nie zostały zakupione Jednostki uczestnictwa, na poczet zaległej Składki regularnej, zgodnie z § 12 ust. 2;
      b. w drugiej kolejności – zawieszenie opłacania Składek regularnych, o którym mowa w § 16 ust. 2 pkt 2, pod warunkiem opłacenia wszystkich Składek regularnych należnych w pierwszych dwóch Latach polisy.

Zmiana wysokości i częstotliwości opłacania Składki regularnej

§ 15

1. Ubezpieczający ma prawo do:
   1) podwyższenia w Płatnicę polisy wysokości Składki regularnej;
   2) obniżenia w Płatnicę polisy wysokości Składki regularnej – po upływie drugiego Roku polisy;
   3) zmiany w Płatnicę polisy częstotliwości opłacania Składek regularnych.
2. Towarzystwo dokona zmian częstotliwości opłacania Składek regularnych na wniosek Ubezpieczającego, od najbliższej Płatnicy polisy, pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 14 dni przed tą Płatnicą polisy.
3. Wysokość Składki regularnej po zmianie, o której mowa w ust.1 pkt 2, nie może być niższa niż minimalna wysokość Składki regularnej określona w Tabeli.

Zawieszenie opłacania Składek regularnych

§ 16

1. Ubezpieczający ma prawo zawiesić opłacanie Składek regularnych, począwszy od drugiej Rocznicy polisy, pod warunkiem opłacenia wszystkich Składek regularnych należnych za ten okres.
2. Zawieszenie opłacania Składek regularnych jest możliwe:
   1) na wniosek Ubezpieczającego złożony w Towarzystwie najpóźniej w terminie 30 dni przed Płatnicą polisy albo
   2) po upływie dodatkowego terminu na opłacenie Składki regularnej, określonego w § 14 ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 3, o ile Ubezpieczający nie wypowiedział wcześniej Umowy głównej.
3. W okresie od drugiej Rocznicy polisy do końca obowiązywania Umowy głównej, każdorazowe nieopłacenie przez Ubezpieczającego Składki regularnej w terminie, o którym mowa w § 14 ust. 1, jest równoznaczne z wnioskiem Ubezpieczającego o zawieszenie opłacania Składek regularnych począwszy od dnia wymagalności pierwszej nieopłaconej Składki regularnej.
4. Po zawieszeniu opłacania Składek regularnych:
   1) kontynuowana jest ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy głównej;
   2) wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umów dodatkowych, jeżeli nie zostały spełnione warunki określone w § 17 ust. 1;
   3) kontynuowana jest ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umów dodatkowych, jeżeli zostały spełnione warunki określone w § 17 ust. 1;
   4) zawieszone jest opłacanie składek za Umowę IKE oraz Umowę IKZE.
5. W okresie zawieszenia opłacania Składek regularnych Ubezpieczający może wpłacać Składki dodatkowe.
6. Wznowienie opłacania Składek regularnych następuje od najbliższej Płatnicy polisy następującej po dniu opłacenia przez Ubezpieczającego bieżącej Składki regularnej.

§ 17

1. W okresie zawieszenia opłacania Składek regularnych możliwe jest kontynuowanie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umów dodatkowych, jeżeli łącznie zostaną spełnione poniższe warunki:
   1) Ubezpieczający wyraził, we Wniosku lub w innych oświadczeniach złożonych przez niego po zawarciu Umowy głównej, wolę kontynuowania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umów dodatkowych podczas zawieszenia opłacania Składek regularnych;
   2) Wartość polisy, aktualna na dzień wysłania informacji o zaległości, o której mowa w § 14 ust 1, jest równa lub wyższa od:
      a. w przypadku częstotliwości miesięcznej – dwunastokrotności sumy Składek za Umowy dodatkowe;
      b. w przypadku częstotliwości kwartalnej – czterokrotności sumy Składek za Umowy dodatkowe;
      c. w przypadku częstotliwości półrocznej – dwukrotności sumy Składek za Umowy dodatkowe;
      d. w przypadku częstotliwości rocznej – sumy Składek za Umowy dodatkowe,

   posiadane w dniu wysłania informacji o zaległości, z wyłączeniem składek za Umowę IKE oraz Umowę IKZE.
2. W przypadku opisanym w ust. 1, Składki za Umowy dodatkowe, z wyłączeniem składek za Umowę IKE oraz Umowę IKZE, będą automatycznie pobierane z Wartości polisy.
3. W celu opłacenia Składek za Umowy dodatkowe, Towarzystwo dokona częściowego wykupu Wartości polisy w wysokości sumy składek za Umowy dodatkowe, o których mowa w ust. 2, poprzez umorzenie odpowiedniej ilości Jednostek uczestnictwa znajdujących się na Rachunku głównym, po Cenie jednostki z dnia umorzenia, proporcjonalnie do udziału każdego Funduszu w Wartości polisy.
4. Towarzystwo dokona częściowego wykupu Wartości polisy, o którym mowa w ust. 3, nie później niż w terminie pięciu Dni roboczych od:
   1) zawieszenia opłacania Składek regularnych – w przypadku składek za Umowy dodatkowe opłacanych po raz pierwszy w okresie tego zawieszenia;
   2) Płatnicy polisy – w przypadku kolejnych Składek za Umowy dodatkowe opłacanych w okresie zawieszenia opłacania Składek regularnych.
5. Towarzystwo zaprzestaje dokonywania częściowych wykupów Wartości polisy w przypadku:
   1) zakończenia zawieszenia opłacania Składek regularnych;
   2) gdy Wartość polisy jest niewystarczająca do opłacenia Składek za Umowy dodatkowe, o których mowa w ust. 2.

Zmiany w Funduszach

§ 18

1. Ubezpieczającemu w dowolnym czasie trwania Umowy głównej przysługuje prawo do:
   1) zmiany Alokacji;
   2) przeniesienia do wybranego Funduszu wszystkich lub części Jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunku wskazanego Funduszu.
2. Towarzystwo dokona zmiany Alokacji następnego dnia roboczego po otrzymaniu dyspozycji Ubezpieczającego.
3. Towarzystwo dokona przeniesienia, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, nie później niż w terminie ośmiu Dni roboczych od daty otrzymania dyspozycji Ubezpieczającego, poprzez sprzedaż i nabycie Jednostek uczestnictwa.

Indeksacja

§ 19

1. W każdą Rocznicę polisy Ubezpieczającemu przysługuje prawo do podwyższenia Składki regularnej oraz Sum ubezpieczenia z tytułu zawartych Umów dodatkowych o Wskaźnik indeksacji zaproponowany przez Towarzystwo, z zastrzeżeniem ust. 10.
2. Minimalny Wskaźnik indeksacji został określony w Tabeli.
3. W przypadku, gdy indeksacja spowoduje przekroczenie maksymalnej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, określonej w ogólnych warunkach danego ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zaproponuje Sumę ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej na poziomie maksymalnej Sumy ubezpieczenia z tytułu danej Umowy dodatkowej.
4. Indeksacja Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje podwyższenie Składki za Umowę dodatkową o dodatkową kwotę, obliczaną zgodnie z zasadami określonymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego. Dodatkowa kwota, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, obliczana jest za tę część Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o jaką Suma Ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej została podwyższona w wyniku indeksacji.
5. Towarzystwo przekaże Ubezpieczającemu propozycję indeksacji najpóźniej na 20 dni przed każdą Rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 10.

6. Ubezpieczający może zrezygnować z indeksacji. W takim przypadku ma obowiązek poinformować o tym Towarzystwo najpóźniej do 7 dnia przed Rocznicą polisy. Brak zawiadomienia o rezygnacji z indeksacji traktowany jest jako wyrażenie na nią zgody, z zastrzeżeniem ust. 8 i 9.
7. Rezygnacja z indeksacji w danym Roku polisy nie pozbawia Ubezpieczającego prawa do indeksacji w kolejnych latach obowiązywania Umowy głównej.
8. Jeżeli Ubezpieczający przed otrzymaniem propozycji indeksacji złoży wniosek o:
   1) zawarcie lub wypowiedzenie Umowy dodatkowej lub
   2) zmianę częstotliwości opłacania Składek regularnych,

   skutkujące zmianą w Rocznicę polisy, jest to równoznaczne z rezygnacją z proponowanej przez Towarzystwo indeksacji. W takim przypadku złożenie zawiadomienia o rezygnacji z indeksacji, o którym mowa w ust. 6, nie jest wymagane.
9. Jeżeli Ubezpieczający złoży wniosek o zmianę wysokości Składki regularnej lub zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej skutkujące zmianą w Rocznicę polisy, to jest to równoznaczne z rezygnacją z proponowanej przez Towarzystwo indeksacji. W takim przypadku złożenie zawiadomienia o rezygnacji z indeksacji, o którym mowa w ust. 6, nie jest wymagane.
10. Propozycja indeksacji nie jest przygotowywana:
    1) w okresie zawieszenia opłacania Składek regularnych;
    2) w przypadku przejęcia przez Towarzystwo obowiązku opłacania Składek regularnych na podstawie zawartej Umowy dodatkowej przejęcia opłacania składek na wypadek Niezdolności do pracy zarobkowej.

Opłaty

§ 20

1. Towarzystwo z tytułu Umowy głównej pobiera następujące opłaty:
   1) opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe;
   2) opłatę operacyjną za przeniesienie Jednostek uczestnictwa dokonane poza Kontem Klienta;
   3) opłatę operacyjną za zmianę Alokacji Składki regularnej dokonaną poza Kontem Klienta;
   4) opłatę za zarządzanie Funduszami;
   5) opłatę za administrowanie Funduszami;
   6) opłatę za całkowity wykup Wartości polisy;
   7) opłatę za częściowy wykup Wartości polisy.
2. Wysokość opłat, o których mowa w ust. 1, została określona w Tabeli.
3. Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe pobierana jest za udzielanie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
4. Opłata, o której mowa w ust. 3, naliczana jest w całym okresie obowiązywania Umowy głównej, również w okresie zawieszenia opłacania Składek regularnych, zgodnie z ust. 5. Opłata ta pobierana jest w dniu rozpoczęcia każdego Miesiąca polisy poprzez odliczenie Jednostek uczestnictwa z Rachunku regularnego. Liczba odliczanych Jednostek uczestnictwa wynika z podzielenia wysokości opłaty przez Cenę jednostki obowiązującą w dniu naliczenia opłaty, proporcjonalnie do udziału każdego z Funduszy w Wartości polisy.
5. W celu naliczenia opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe Towarzystwo w dniu rozpoczęcia danego Miesiąca polisy ustala różnicę pomiędzy wysokością Sumy ubezpieczenia a Wartością polisy. Wysokość opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe jest równa iloczynowi tej różnicy i miesięcznej stawki za ryzyko, określonej w Tabeli.

   Poniżej przedstawiamy przykłady obrazujące sposób wyliczania opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe.

   Przykład 1

   Dzień rozpoczęcia Miesiąca polisy: 12 stycznia
   Wartość polisy na dzień 12 stycznia: 10 000 zł

   Suma ubezpieczenia[1)] na dzień 12 stycznia:
   10 000 zł + 5% * 10 000 zł = 10 500 zł

   Różnica pomiędzy Sumą ubezpieczenia a Wartością polisy:
   10 500 zł – 10 000 zł = 500 zł

   Wysokość opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe:
   500 zł * 0,0833% = 0,42 zł

   Przykład 2

   Dzień rozpoczęcia Miesiąca polisy: 12 stycznia
   Wartość polisy na dzień 12 stycznia: 100 000 zł

   Suma ubezpieczenia[1)] na dzień 12 stycznia:
   100 000 zł + min(1 500 zł, 5% * 100 000 zł) = 101 500 zł

   Różnica pomiędzy Sumą ubezpieczenia a Wartością polisy:
   101 500 zł – 100 000 zł = 1 500 zł

   Wysokość opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe:
   1 500 zł * 0,0833% = 1,25 zł

   [1)] Suma ubezpieczenia jest równa Wartości polisy powiększonej o 5 %, ale nie więcej niż o 1 500 zł.

6. Opłata operacyjna za przeniesienie Jednostek uczestnictwa dokonane poza Kontem Klienta pobierana jest na pokrycie kosztów przeprowadzenia operacji przeniesienia Jednostek uczestnictwa.
7. Opłata, o której mowa w ust. 6, pobierana jest poprzez odpowiednie zmniejszenie liczby przenoszonych Jednostek uczestnictwa za każdą zmianę dokonaną poza Kontem Klienta.
8. Opłata operacyjna za zmianę Alokacji Składki regularnej dokonaną poza Kontem Klienta pobierana jest na pokrycie kosztów przeprowadzenia operacji zmiany Alokacji Składki regularnej.
9. Opłata, o której mowa w ust. 8, naliczana jest w dniu realizacji zmiany Alokacji Składki regularnej i pobierana jest poprzez odliczenie Jednostek uczestnictwa z Rachunku regularnego. Liczba odliczanych Jednostek uczestnictwa wynika z podzielenia wysokości opłaty przez Cenę jednostki obowiązującą w dniu naliczenia opłaty, proporcjonalnie do udziału każdego z Funduszy w Wartości polisy.
10. Opłata za zarządzanie Funduszami pobierana jest za zarządzanie Funduszami przez Towarzystwo. Opłata naliczana jest w całym okresie obowiązywania Umowy głównej i uwzględniona jest w Cenie jednostki. Nie jest pobierana poprzez umorzenie Jednostek uczestnictwa z Rachunku.
11. Opłata za administrowanie Funduszami pobierana jest w celu pokrycia kosztów związanych z bieżącą obsługą Umowy głównej.
12. Opłata, o której mowa w ust. 11, naliczana jest w całym okresie obowiązywania Umowy głównej, również w okresie zawieszenia opłacania Składek regularnych.
13. Opłata za administrowanie Funduszami naliczana jest w każdym Dniu wyceny kwotowo w proporcji, jaką stanowi dzień w stosunku do długości roku kalendarzowego, w którym następuje naliczenie. Wysokość opłaty stanowi część rocznej opłaty za administrowanie Funduszami.

14. W dniu rozpoczęcia każdego Miesiąca polisy Towarzystwo pobiera miesięczną opłatę, o której mowa w ust. 11, naliczoną z dołu za miniony Miesiąc polisy. W przypadku umorzenia Jednostek uczestnictwa na Rachunku w trakcie trwania Miesiąca polisy, opłata pobierana jest w wysokości naliczonej do tego dnia. Opłata wyrażona jest procentowo jako część wartości Jednostek uczestnictwa każdego z Funduszy, znajdujących się na Rachunku w dniu pobrania opłaty. Opłata pobierana jest ze wszystkich Funduszy dostępnych w dniu pobrania opłaty na Rachunku, proporcjonalnie do udziału każdego z Funduszy w Wartości polisy lub Wartości dodatkowej.
15. Niezależnie od opłaty za administrowanie Funduszami, o której mowa w ust. 1 pkt 5, z aktywów funduszy inwestycyjnych, do których lokowane są aktywa Funduszy zewnętrznych, podmioty zarządzające funduszami inwestycyjnymi pobierają opłaty bieżące, w skład których wchodzą: opłata za zarządzanie oraz inne koszty administracyjne lub operacyjne. Opłaty te uwzględniane są w cenie jednostek uczestnictwa funduszy inwestycyjnych.
16. Opłaty, o których mowa w ust. 15, wskazane są w Tabeli, a ich wysokość dostępna jest na stronie internetowej generali.pl w sekcji „Inwestycje i emerytura", w części „Notowania UFK" po wybraniu zakładki „Opłaty funduszy inwestycyjnych". Wysokość opłat zależy od funduszu inwestycyjnego, do którego lokowane są aktywa wybranych przez Ubezpieczającego Funduszy zewnętrznych.
17. Opłaty za całkowity wykup Wartości polisy oraz częściowy wykup Wartości polisy pobierane są w celu pokrycia marży Towarzystwa oraz kosztów ponoszonych przez Towarzystwo w związku z zawarciem Umowy głównej.
18. Opłata za całkowity wykup Wartości polisy pobierana jest w przypadku całkowitego wykupu Wartości polisy w pierwszych 4 Latach polisy. Wysokość opłaty, zależy od Roku polisy, w którym dokonywany jest całkowity wykup Wartości polisy i wynosi:
    1) w pierwszym Roku polisy – 4%;
    2) w drugim Roku polisy – 3%;
    3) w trzecim Roku polisy – 2%;
    4) w czwartym Roku polisy – 1%,

    Wartości polisy.
19. Opłata za częściowy wykup Wartości polisy pobierana jest w przypadku częściowego wykupu Wartości polisy w trzecim i czwartym Roku polisy i wynosi:
    1) w trzecim Roku polisy – 2%;
    2) w czwartym Roku polisy – 1%,

    wypłacanej części Wartości polisy.
20. Opłata za całkowity lub częściowy wykup Wartości polisy pobierana jest poprzez pomniejszenie wartości wypłaty o opłatę, określoną w ust. 18 i 19 oraz w Tabeli.

Wykup

§ 21

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do Wartości polisy i Wartości dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Ubezpieczający ma prawo do:
    1) całkowitego wykupu Wartości polisy – w dowolnym momencie;
    2) częściowego wykupu Wartości polisy – od drugiej Rocznicy polisy, pod warunkiem opłacenia wszystkich Składek regularnych należnych za ten okres;
    3) całkowitego lub częściowego wykupu Wartości dodatkowej – w dowolnym momencie.
3. W przypadku całkowitego wykupu Wartości polisy Towarzystwo wypłaca Wartość polisy pomniejszoną o opłatę za całkowity wykup Wartości polisy oraz Wartość dodatkową, o ile istnieje. Opłata za całkowity wykup Wartości polisy została wskazana w § 20 ust. 18 oraz w Tabeli.
4. W przypadku częściowego wykupu Wartości polisy Towarzystwo wypłaca odpowiednią część Wartości polisy pomniejszoną o opłatę za częściowy wykup Wartości polisy wskazaną w § 20 ust. 19 oraz w Tabeli.
5. W przypadku całkowitego lub częściowego wykupu Wartości dodatkowej Towarzystwo wypłaca Wartość dodatkową lub jej odpowiednią część.
6. W celu dokonania wykupu Towarzystwo oblicza Wartość polisy oraz Wartość dodatkową przyjmując Cenę jednostki obowiązującą w dniu, w którym dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa. Umorzenie Jednostek uczestnictwa następuje nie później niż w terminie pięciu Dni roboczych od daty otrzymania oświadczenia Ubezpieczającego o dokonaniu wykupu oraz po potwierdzeniu tożsamości Ubezpieczającego.
7. Towarzystwo wypłaca wartość, o której mowa w ust. 3, 4 i 5, w terminie 14 dni od dnia umorzenia Jednostek uczestnictwa, określonego w ust. 6.
8. Towarzystwo przekaże Ubezpieczającemu raz w Roku polisy informację o Wartości wykupu, o której mowa w § 27 ust. 2 pkt 4.

Wskazanie osób Uposażonych

§ 22

1. Ubezpieczający może wskazać jedną lub więcej osób Uposażonych do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.
2. Wskazanie Uposażonego możliwe jest wraz ze składaniem Wniosku ze skutkiem od dnia zawarcia Umowy głównej lub w tracie jej trwania ze skutkiem od dnia otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia w tym względzie.
3. Jeżeli Umowa główna zawarta jest na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) do wykonania uprawnienia, o którym mowa w ust. 1, konieczna jest uprzednia zgoda Ubezpieczonego.
4. Jeżeli wskazano kilku Uposażonych, powinny zostać określone ich udziały procentowe w kwocie świadczenia.
5. Jeżeli udziały procentowe Uposażonych w kwocie świadczenia nie zostaną określone, przyjmuje się, że są one równe.
6. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, gdy nie został wskazany żaden Uposażony ani Uposażony zastępczy lub wskazanie jedynego Uposażonego oraz Uposażonego zastępczego okazało się bezskuteczne, świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
    1) małżonek;
    2) dzieci – w częściach równych;
    3) rodzice – w częściach równych;
    4) rodzeństwo – w częściach równych;
    5) pozostałe osoby będące spadkobiercami ustawowymi Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy właściwej dla ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz Skarbu Państwa – w częściach równych.

7. Świadczenie może być wypłacone członkowi rodziny wymienionemu w dalszej kolejności wyłącznie wtedy, gdy żadna z osób wskazanych w punktach poprzedzających nie jest uprawniona do otrzymania świadczenia z powodu okoliczności wskazanych w ust. 8.
8. Wskazanie Uposażonego jest bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed Ubezpieczonym albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. W takim przypadku udział bezskutecznie wskazanego Uposażonego w kwocie świadczenia dolicza się proporcjonalnie do udziałów pozostałych Uposażonych. Uważa się, że osoba nie dożyła śmierci Ubezpieczonego także, gdy zmarła jednocześnie z nim.
9. Jeżeli wskazanie jedynego Uposażonego stało się bezskuteczne, prawo do świadczenia nabywa Uposażony zastępczy.
10. Postanowienia ust. 1-5 oraz ust. 8 stosuje się odpowiednio do Uposażonego zastępczego.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 23

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy głównej, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego w okresie dwóch lat od daty zawarcia Umowy głównej.
2. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia i innych środków pieniężnych w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy głównej naraziłaby Towarzystwo 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 głównej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy głównej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie lub inne środki pieniężne.

Świadczenie z tytułu Umowy głównej

§ 24

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Uprawnionemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia powiększone o Wartość dodatkową, jeżeli ona istnieje, obliczone zgodnie z ust. 2.
2. W celu wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo oblicza Wartość polisy oraz Wartość dodatkową, przyjmując liczbę Jednostek uczestnictwa obowiązującą na dzień śmierci Ubezpieczonego i Cenę jednostki obowiązującą w najbliższym Dniu roboczym następującym po otrzymaniu przez Towarzystwo zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia.

Wypłata świadczenia

§ 25

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie następujące dokumenty:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
   4) kopię statystycznej karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci;
   5) w przypadku, o którym mowa w § 22 ust. 6, 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.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
5. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4.

Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

§ 26

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składek regularnych w wysokości i terminach określonych w Dokumencie ubezpieczenia lub innych pismach, w których Towarzystwo potwierdziło zmianę jej wysokości.
2. Jeżeli Umowa główna została zawarta na cudzy rachunek (tj. na rachunek Ubezpieczonego), Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Ubezpieczonemu, na piśmie lub jeżeli Ubezpieczony wyrazi zgodę na innym trwałym nośniku:
   1) warunków Umowy głównej, w tym treści OWU wraz z załącznikami oraz Skorowidzem, będących podstawą do zawarcia Umowy głównej oraz warunków Umów dodatkowych;
   2) informacji o zmianie warunków Umowy ubezpieczenia oraz zmianie prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia;
   3) informacji o zmianie Wartości wykupu, w szczególności informacji o której mowa w § 27 ust. 2 pkt 4;
   4) informacji o zmianie Sumy ubezpieczenia.
3. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 1, powinny być przekazywane Ubezpieczonemu przed zawarciem Umowy głównej.
4. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 2, powinny być przekazywane Ubezpieczonemu przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia.

5. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 3 i 4, powinny być przekazywane Ubezpieczonemu niezwłocznie po ich przekazaniu Ubezpieczającemu przez Towarzystwo.
6. Zmiana Umowy głównej na niekorzyść Ubezpieczonego lub osoby Uprawnionej do otrzymania Sumy ubezpieczenia w razie śmierci Ubezpieczonego wymaga zgody Ubezpieczonego.
7. Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia Towarzystwa o zmianach danych osobowych i teleadresowych Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego i Uposażonego zastępczego.
8. Ubezpieczony może żądać od Towarzystwa udzielenia mu informacji o postanowieniach Umowy ubezpieczenia oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.

Prawa i obowiązki Towarzystwa

§ 27

1. Towarzystwo ma prawo do pobierania opłat określonych w OWU oraz Tabeli.
2. Towarzystwo zobowiązane jest do:
   1) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych Umową ubezpieczenia;
   2) sporządzania i publikowania rocznych i półrocznych sprawozdań Funduszu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   3) przekazywania Ubezpieczającemu informacji dotyczących zmian warunków Umowy ubezpieczenia lub zmiany prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia;
   4) informowania Ubezpieczającego nie rzadziej niż raz w roku, z zastrzeżeniem pkt 5, o Wartości wykupu oraz o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu Umowy dodatkowej;
   5) informowania Ubezpieczającego w zakresie, o którym mowa w pkt 4, po raz pierwszy nie wcześniej niż w terminie 10 miesięcy i nie później niż w terminie 14 miesięcy od dnia zawarcia Umowy głównej;
   6) informowania Ubezpieczającego o zmianie Sumy ubezpieczenia;
   7) informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego o zajściu zdarzeń objętych odpowiedzialnością, jeżeli zdarzenie zostało zgłoszone do Towarzystwa, a Ubezpieczający ani Ubezpieczony nie są osobami występującymi z tym zgłoszeniem;
   8) informowania osoby występującej z roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia zobowiązań Towarzystwa, jeżeli jest to niezbędne do prowadzenia dalszego postępowania;
   9) informowania osoby występującej z roszczeniem o przyczynach niemożności jego zaspokojenia, w przypadku gdy Towarzystwo nie wypłaci świadczenia w terminie określonym w § 25 ust. 4.
   10) informowania osoby występującej z roszczeniem o przyczynie odmowy wypłaty świadczenia albo o przyczynie wypłaty świadczenia w innej wysokości niż określona w zgłoszeniu roszczenia wraz ze wskazaniem podstawy prawnej uzasadniającej całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
   11) udostępniania Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz osobie występującej z roszczeniem informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia;
   12) potwierdzania, na żądanie Ubezpieczającego oraz osoby występującej z roszczeniem, udostępnionych im informacji, a także sporządzania na ich koszt kopii dokumentów i potwierdzania ich za zgodność z oryginałem;
   13) udzielania Ubezpieczonemu na jego wniosek informacji o postanowieniach zawartej Umowy ubezpieczenia oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.
3. Towarzystwo przekazuje informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 3-7 pisemnie albo, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, za pośrednictwem poczty elektronicznej lub Konta Klienta, o którym mowa w § 29 ust. 6.
4. Towarzystwo zamieszcza informacje o wartości Jednostki uczestnictwa na stronie internetowej Towarzystwa generali.pl.

Reklamacje

§ 28

1. Będący osobą fizyczną Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z umowy ubezpieczenia do otrzymania świadczenia oraz spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub w spełnieniu świadczenia z tytułu Umowy (zwany w tym paragrafie „**Klient**") może składać w każdym czasie zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, w tym skargi i zażalenia (zwane dalej „**Reklamacje**"). Reklamacje mogą być składane również przez poszukującego ochrony ubezpieczeniowej lub zleceniodawcę gwarancji ubezpieczeniowej, jak również Ubezpieczających lub Ubezpieczonych, w tym będących osobami prawnymi lub spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej.
2. Reklamacje mogą być składane:
   1) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa, ul. Senatorska 18, 00-082 Warszawa, lub jednostce obsługującej Klientów, albo przesyłane przesyłką pocztową, albo wysłane za pośrednictwem usługi e-Doręczenia na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-48634-65343-GDUJD-13;
   2) ustnie – telefonicznie pod numerem +48 913 913 913 albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w miejscu, o którym mowa w pkt 1 powyżej.
3. Reklamacja powinna zawierać dane Klienta umożliwiające jego identyfikację, numer polisy oraz zastrzeżenia zgłaszane przez Klienta.
4. Towarzystwo 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, chyba że mają miejsce szczególnie skomplikowane okoliczności, uniemożliwiające rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w tym terminie. W takim przypadku Towarzystwo poinformuje Klienta, który złożył Reklamację 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 jest udzielana w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika. Na wniosek Klienta odpowiedź na Reklamację może być dostarczona pocztą elektroniczną.
6. Spór między Klientem a Towarzystwem 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).
7. Skargi i zażalenia składane przez inne podmioty, niż wymienione w ust. 1, lub w innej formie, niż określona w ust. 2, dotyczące działania lub zaniechania Towarzystwa związanego z zawarciem lub wykonaniem umowy ubezpieczenia, powinny zawierać dane i informacje, o których

mowa w ust. 3. Skargi i zażalenia, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, są rozpatrywane w terminie 30 dni od ich otrzymania przez Towarzystwo, najpóźniej w terminie 14 dni od wyjaśnienia okoliczności niezbędnych do ich załatwienia. Towarzystwo informuje zainteresowanego o sposobie załatwienia skargi lub zażalenia niezwłocznie po ich rozpatrzeniu, w sposób uzgodniony z tą osobą. Do skarg i zażaleń składanych zgodnie z niniejszym ustępem nie mają zastosowania postanowienia ust. 4 i 5.

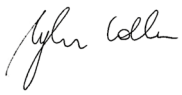
8. Niezależnie od powyższego Klient może składać skargi i zażalenia na działalność Towarzystwa do uprawnionych organów, np. Komisji Nadzoru Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną Klientów podmiotów rynku finansowego.
9. Podmioty określone 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

§ 29

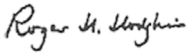
1. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Za zgodą stron Umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone do niej postanowienia dodatkowe lub odmienne od OWU.
3. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia dotyczące Umowy ubezpieczenia składane są przez Towarzystwo pisemnie albo w innej formie uzgodnionej z Ubezpieczającym.
4. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia dotyczące Umowy ubezpieczenia składane są przez Ubezpieczającego pisemnie albo w innej formie uzgodnionej z Towarzystwem, z wyłączeniem Reklamacji, o których mowa w § 28.
5. Strony Umowy ubezpieczenia są zobowiązane do informowania się o każdej zmianie danych teleadresowych wykorzystywanych do kontaktu pomiędzy stronami.
6. Towarzystwo udostępnia Ubezpieczającemu Konto Klienta na stronie generali.pl. Warunkiem korzystania z Konta Klienta jest akceptacja Regulaminu świadczenia usług drogą elektroniczną, który dostępny jest m.in. na stronie generali.pl w trakcie procesu rejestracji oraz po zalogowaniu się do Konta Klienta. Regulamin udostępniony jest nieodpłatnie w formie umożliwiającej jego pozyskanie, odtwarzanie, utrwalanie i drukowanie.
7. Opodatkowanie świadczeń Towarzystwa w przypadku osób fizycznych regulują przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych, a w przypadku osób prawnych oraz innych podatników podatku dochodowego od osób prawnych – przepisy ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych są wolne od podatku dochodowego, z wyjątkiem dochodu z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia w przypadku ubezpieczeń związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Kwoty otrzymane przez osoby prawne oraz innych podatników podatku dochodowego od osób prawnych z tytułu ubezpieczeń na życie stanowią ich przychód, brany pod uwagę przy obliczaniu dochodu podlegającego opodatkowaniu podatkiem dochodowym.
8. Powództwa o roszczenie z Umowy ubezpieczenia mogą zostać wytoczone albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, a także przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczającego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
9. Językiem obowiązującym w relacjach stron jest język polski.
10. Towarzystwo publikuje sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń na stronie generali.pl.
11. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.
12. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWU
TABELA OPŁAT I LIMITÓW
(KOD RPFL1_TOIL_09.2025)

1. Tabela opłat

Lp.	Rodzaj opłaty	Aktualna wysokość
1)	Miesięczna stawka za ryzyko	0,0833%
2)	Opłata operacyjna za przeniesienie Jednostek uczestnictwa dokonane poza Kontem Klienta	10 zł każda zmiana
3)	Opłata operacyjna za zmianę Alokacji Składki regularnej dokonaną poza Kontem Klienta	10 zł każda zmiana
4)	Opłata za zarządzanie Funduszami (% wartości całego Funduszu rocznie) **– opłata uwzględniona w Cenie jednostki, niepobierana poprzez umorzenie Jednostek uczestnictwa z Rachunku**	
	UFK Generali Gwarantowany PLUS	1,50%
	UFK Generali Lokacyjny PLUS	1,20%
5)	Opłata za administrowanie Funduszami (% wartości Jednostek uczestnictwa rocznie) – **opłata pobierana poprzez umorzenie Jednostek uczestnictwa z Rachunku**	
	UFK Generali Gwarantowany PLUS	0,70%
	UFK Generali Lokacyjny PLUS	0,95%
	UFK Generali - Generali Akcji: Megatrendy E	1,55%
	UFK Generali - Generali Korona Obligacji Uniwersalny E	1,65%
	UFK Generali - Generali Stabilny Wzrost E	1,60%
6)	Opłaty bieżące pobierane z aktywów funduszy inwestycyjnych, do których lokowane są aktywa Funduszy zewnętrznych **– uwzględniane w cenie jednostek uczestnictwa funduszy inwestycyjnych**	Wysokość opłat bieżących dla każdego z funduszy inwestycyjnych dostępna jest na stronie generali.pl, w sekcji „Inwestycje i emerytura”, w części „Notowania UFK” po wybraniu zakładki „Opłaty funduszy inwestycyjnych”
7)	Opłata za całkowity wykup Wartości polisy	
	Rok polisy	% Wartości polisy
	1	4%
	2	3%
	3	2%
	4	1%
	5 i kolejne	0%
8)	Opłata za częściowy wykup Wartości polisy	
	Rok polisy	% wypłacanej części Wartości polisy
	3	2%
	4	1%
	5 i kolejne	0%

2. Tabela limitów

Lp.	Rodzaj limitu	Aktualna wysokość
1)	Minimalna wysokość Składki regularnej:	
	roczna	600 zł
	półroczna	300 zł
	kwartalna	150 zł
	miesięczna	50 zł
2)	Minimalna wysokość Składki dodatkowej	150 zł
3)	Minimalna Alokacja Składki w wybrany Fundusz	10%
4)	% Składki regularnej przeznaczonej na nabycie Jednostek uczestnictwa	100%

5)	% Składki dodatkowej przeznaczonej na nabycie Jednostek uczestnictwa	100%
6)	Minimalny Wskaźnik indeksacji	3%
7)	Zniżki za częstotliwość opłacania Składek za Umowy dodatkowe[1)]	
	składka roczna	5%
	składka półroczna	2%
	składka kwartalna	1%
	składka miesięczna	0%

[1)] Zniżki za częstotliwość opłacania Składek dodatkowych nie obejmują Umowy IKE oraz Umowy IKZE. Nie obejmują też Umowy głównej.

Niniejsza Tabela została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OWU
WYKAZ FUNDUSZY
(KOD RPFL1_WUFK_09.2025)

1. Towarzystwo tworzy następujące Fundusze:

Lp.	Nazwa Funduszu
Fundusze niskiego ryzyka	
1)	UFK Generali Gwarantowany PLUS
2)	UFK Generali Lokacyjny PLUS

2. Towarzystwo tworzy następujące Fundusze zewnętrzne:

Lp.	Nazwa Funduszu	Nazwa funduszu inwestycyjnego, do którego lokowane są aktywa Funduszu
Fundusze niskiego ryzyka		
1)	UFK Generali - Generali Korona Obligacji Uniwersalny E	Generali Fundusze FIO subfundusz Generali Korona Obligacji Uniwersalny jedn. E
Fundusze średniego ryzyka		
2)	UFK Generali - Generali Stabilny Wzrost E	Generali Fundusze FIO subfundusz Generali Stabilny Wzrost jedn. E
Fundusze wysokiego ryzyka		
3)	UFK Generali – Generali Akcji: Megatrendy E	Generali Fundusze FIO subfundusz Generali Akcji: Megatrendy jedn. E

3. Poziom ryzyka Funduszy wyznaczany jest na podstawie wskaźnika ryzyka określanego zgodnie z metodyką opisaną w Rozporządzeniu Delegowanym Komisji (UE) 2017/653 z dnia 8 marca 2017 r. uzupełniającym Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1286/2014 w sprawie dokumentów zawierających kluczowe informacje, dotyczących detalicznych produktów zbiorowego inwestowania i ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych (PRIIP) przez ustanowienie regulacyjnych standardów technicznych w zakresie prezentacji, treści, przeglądu i zmiany dokumentów zawierających kluczowe informacje oraz warunków spełnienia wymogu przekazania takich dokumentów. Szczegółowe informacje na temat ryzyka każdego z Funduszy dostępne są w dokumencie zawierającym kluczowe informacje, doręczanym przed zawarciem Umowy ubezpieczenia oraz udostępnianym przez Towarzystwo na stronie generali.pl.
4. Niniejszy Wykaz Funduszy został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 3 DO OWU
REGULAMIN LOKOWANIA ŚRODKÓW UBEZPECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH
(KOD RPFL1_RL_10.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejszy Regulamin lokowania określa zasady i terminy wyceny Jednostki uczestnictwa, likwidacji Funduszu oraz Funduszu zewnętrznego, zasady udzielania gwarancji dla UFK Generali Gwarantowany PLUS oraz zawiera charakterystykę aktywów Funduszu i opłat za Fundusze.
2. Terminy zdefiniowane w OWU używane są w Regulaminie lokowania w takim samym znaczeniu.

Charakterystyka aktywów wchodzących w skład Funduszy

§ 2

1. Aktywa Funduszy mogą być lokowana wyłącznie w:
   1) papiery wartościowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski, papiery wartościowe i instrumenty rynku pieniężnego dopuszczone do obrotu na rynku regulowanym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub w państwie członkowskim Unii Europejskiej innym niż Rzeczpospolita Polska, a także na rynku zorganizowanym niebędącym rynkiem regulowanym w Rzeczypospolitej Polskiej lub w państwie członkowskim Unii Europejskiej innym niż Rzeczpospolita Polska oraz na rynku zorganizowanym w państwie należącym do Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju, zwanej dalej „OECD", niebędącym państwem członkowskim Unii Europejskiej;
   2) papiery wartościowe i instrumenty rynku pieniężnego będące przedmiotem oferty publicznej, jeżeli warunki emisji lub pierwszej oferty publicznej zakładają złożenie wniosku o dopuszczenie do obrotu, o którym mowa w pkt 1, oraz gdy dopuszczenie do tego obrotu jest zapewnione w okresie nie dłuższym niż rok od dnia, w którym po raz pierwszy nastąpi zaoferowanie tych papierów wartościowych lub instrumentów rynku pieniężnego;
   3) depozyty w bankach mających siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub w zagranicznych instytucjach kredytowych, płatne na żądanie lub takie, które można wycofać przed terminem zapadalności;
   4) instrumenty rynku pieniężnego inne niż określone w pkt 1 i 2, jeżeli instrumenty te lub ich emitent podlegają regulacjom mającym na celu ochronę inwestorów i oszczędności oraz są:
      a. emitowane, poręczone lub gwarantowane przez Skarb Państwa, Narodowy Bank Polski, jednostkę samorządu terytorialnego, właściwe centralne, regionalne lub lokalne władze publiczne państwa członkowskiego Unii Europejskiej innego niż Rzeczpospolita Polska albo przez bank centralny państwa członkowskiego Unii Europejskiej innego niż Rzeczpospolita Polska, Europejski Bank Centralny, Unię Europejską lub Europejski Bank Inwestycyjny, państwo niebędące państwem członkowskim Unii Europejskiej, albo przez jednego z członków federacji w przypadku państwa federalnego, albo przez organizację międzynarodową, do której należy co najmniej jedno państwo członkowskie Unii Europejskiej, lub
      b. emitowane, poręczone lub gwarantowane przez podmiot podlegający nadzorowi właściwego organu nadzorczego nad rynkiem finansowym, zgodnie z kryteriami określonymi prawem Unii Europejskiej, albo przez podmiot pod-legający i stosujący się do zasad, które są co najmniej tak rygorystyczne, jak określone prawem Unii Europejskiej, lub
      c. emitowane przez podmiot, którego papiery wartościowe są w obrocie na rynku regulowanym, o którym mowa w pkt 1, lub
      d. emitowane przez inne podmioty określone w Regulaminie lokowania środków ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, pod warunkiem że inwestycje w takie papiery wartościowe podlegają ochronie inwestora równoważnej do określonej w ppkt. a–c oraz pod warunkiem, że emitent spełnia łącznie następujące warunki:
         a) jest spółką, której kapitał własny wynosi co najmniej 10 mln euro, przy czym równowartość w złotych kwoty wyrażonej w euro jest obliczana przy zastosowaniu średniego kursu euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski na dzień sporządzenia przez daną spółkę ostatniego sprawozdania finansowego;
         b) publikuje roczne sprawozdania finansowe, zgodnie z przepisami prawa Unii Europejskiej, dotyczące rocznych sprawozdań finansowych niektórych rodzajów spółek;
         c) należy do grupy kapitałowej, w skład której wchodzi co najmniej jedna spółka, której papiery wartościowe są przedmiotem obrotu na rynku regulowanym;
         d) zajmuje się finansowaniem grupy, o której mowa w pppkt c, albo finansowaniem mechanizmów przekształcania długu w papiery wartościowe z wykorzystaniem bankowych narzędzi zapewnienia płynności.
   5) papiery wartościowe i instrumenty rynku pieniężnego, inne niż określone w pkt 1, 2 i 4, z tym że łączna wartość tych lokat nie może przekroczyć 10% wartości aktywów Funduszu.
2. Fundusze mogą lokować ponad 5% wartości aktywów Funduszu, nie więcej jednak niż 10%, w papiery wartościowe i instrumenty rynku pieniężnego wyemitowane przez jeden podmiot, jeżeli łączna wartość tych lokat nie przekroczy 40% wartości aktywów tego Funduszu.
3. Fundusze mogą lokować do 20% wartości aktywów Funduszu łącznie w papiery wartościowe lub instrumenty rynku pieniężnego wyemitowane przez podmioty należące do grupy kapitałowej, w rozumieniu Ustawy o Rachunkowości, dla której sporządza się skonsolidowane sprawozdanie finansowe. Fundusze mogą lokować ponad 5%, nie więcej jednak niż 10% wartości aktywów Funduszu, w papiery wartościowe lub instrumenty rynku pieniężnego wyemitowane przez jeden podmiot należący do grupy kapitałowej, o której mowa w zdaniu poprzednim.
4. Łączna wartość lokat Funduszu w papiery wartościowe i instrumenty rynku pieniężnego, w których Fundusz ulokował ponad 5% wartości aktywów Funduszu, nie więcej jednak niż 10%, wyemitowane przez podmioty należące do grupy kapitałowej, o której mowa w ust. 3, nie może przekroczyć 40% wartości aktywów Funduszu.
5. Fundusze mogą lokować do 35% wartości aktywów Funduszu w papiery wartościowe emitowane przez Skarb Państwa, Narodowy Bank Polski, jednostkę samorządu terytorialnego, państwo członkowskie Unii Europejskiej inne niż Rzeczpospolita Polska, jednostkę samorządu terytorialnego państwa członkowskiego Unii Europejskiej innego niż Rzeczpospolita Polska, państwo należące do OECD niebędące państwem członkowskim Unii Europejskiej lub międzynarodową instytucję finansową, której członkiem jest Rzeczpospolita Polska lub co najmniej jedno państwo członkowskie Unii Europejskiej inne niż Rzeczpospolita Polska.

6. Fundusze mogą lokować do 35% wartości aktywów Funduszu w papiery wartościowe poręczone lub gwarantowane przez podmioty, o których mowa w ust. 5, przy czym łączna wartość lokat w papiery wartościowe lub instrumenty rynku pieniężnego wyemitowane przez podmiot, którego papiery wartościowe są poręczane lub gwarantowane, depozytów w tym podmiocie, nie może przekroczyć 35% wartości aktywów Funduszu.
7. Ograniczeń wskazanych w ust. 5 i 6 nie stosuje się do papierów wartościowych emitowanych, poręczanych lub gwarantowanych przez Skarb Państwa albo Narodowy Bank Polski.
8. Ilekroć w niniejszym Regulaminie lokowania środków ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych jest mowa o papierach wartościowych, rozumie się przez to akcje, prawa poboru, prawa do akcji, warranty subskrypcyjne, kwity depozytowe, obligacje, listy zastawne, certyfikaty inwestycyjne i inne zbywalne papiery wartościowe, w tym inkorporujące prawa majątkowe odpowiadające prawom wynikającym z akcji lub z zaciągnięcia długu, wyemitowane na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego lub obcego.

Zasady dywersyfikacji aktywów i ograniczenia inwestycyjne

§ 3

1. UFK Generali Gwarantowany PLUS:
   1) aktywa Funduszu będą lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2;
   2) Fundusz jest funduszem typu dłużnego i nie inwestuje w akcje.
2. Aktywa UFK Generali Lokacyjny PLUS:
   1) aktywa Funduszu będą lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2;
   2) Fundusz jest funduszem typu dłużnego i nie inwestuje w akcje.
3. Aktywa Funduszy zewnętrznych lokowane są wyłącznie w jednostki uczestnictwa odpowiedniego funduszu inwestycyjnego, zgodnie z załącznikiem nr 2 do OWU.
4. Szczegółowe zasady lokowania środków Funduszy zewnętrznych, o których mowa w ust. 3, zawarte są w obowiązujących prospektach informacyjnych funduszy inwestycyjnych, w które lokowane są środki Funduszy zewnętrznych. Prospekty te dostępne są na stronie internetowej Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych zarządzającego funduszami inwestycyjnymi, w które lokowane są środki Funduszy zewnętrznych.

Zasady i terminy wyceny jednostek Funduszu

§ 4

1. Towarzystwo wyodrębnia aktywa w formie Funduszy. Fundusz jest podzielony na Jednostki uczestnictwa, które dają Ubezpieczającemu udział w aktywach Funduszu bez prawa dysponowania poszczególnymi składnikami tych aktywów. Prawo do własności aktywów przysługuje wyłącznie Towarzystwu. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do podzielenia lub połączenia Jednostek uczestnictwa.
2. Wartość aktywów i zobowiązań Funduszu oraz wartość Jednostki uczestnictwa ustala się na każdy Dzień wyceny.
3. Aktywa i zobowiązania Funduszu wyceniane są w wartości godziwej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 września 1994 roku o rachunkowości i aktów wykonawczych do przywołanej ustawy.
4. Do wyceny składników aktywów Funduszu na dany Dzień wyceny przyjmuje się ceny tych składników z Dnia wyceny. W przypadku, gdy do godziny 12.00 w następnym Dniu roboczym po Dniu wyceny cena danego składnika aktywów Funduszu z Dnia wyceny nie jest podana do publicznej wiadomości, wówczas do wyceny tego składnika aktywów przyjmuje się jego ostatnią podaną do publicznej wiadomości cenę.
5. Wartość Jednostki uczestnictwa ustala się z dokładnością do czterech miejsc po przecinku, dzieląc wartość aktywów netto Funduszu przez zarejestrowaną w księgach na Dzień wyceny ilość Jednostek uczestnictwa, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Wartość Jednostki uczestnictwa Funduszu zewnętrznego na dany Dzień wyceny jest równa ostatniej wartości jednostki funduszu inwestycyjnego, w którym inwestowane są aktywa Funduszu zewnętrznego, podanej do publicznej wiadomości do godziny 12.00 w następnym dniu roboczym po Dniu wyceny.
7. Wartość aktywów netto Funduszu na dany Dzień wyceny ustala się pomniejszając wartość aktywów Funduszu o jego zobowiązania (w tym rezerwy na wynagrodzenie Towarzystwa oraz rezerwy na koszty i opłaty związane z aktywami Funduszu).
8. Z aktywów UFK Generali Gwarantowany PLUS oraz UFK Generali Lokacyjny PLUS pokrywane jest wynagrodzenie dla Towarzystwa z tytułu opłaty za zarządzanie Funduszami pobieranej z aktywów Funduszu oraz następujące koszty i opłaty:
   1) koszty z tytułu usług pośrednictwa związanego z nabywaniem i zbywaniem składników aktywów Funduszu – w wysokości określonej w umowie z pośrednikiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat pośrednika;
   2) koszty opłat transakcyjnych związanych z nabywaniem i zbywaniem składników aktywów Funduszu ponoszone na rzecz instytucji rozliczeniowych, z pośrednictwa których Fundusz jest obowiązany korzystać – zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat instytucji rozliczeniowych – oraz koszty opłat transakcyjnych związanych z nabywaniem i zbywaniem składników aktywów Funduszu ponoszone na rzecz banku depozytariusza – w wysokości określonej w umowie z tym bankiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat banku;
   3) koszty prowizji bankowych związanych z przekazywaniem środków pieniężnych i obsługą rachunków bankowych w związku z zarządzaniem aktywami Funduszu – w wysokości określonej w umowie z bankiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat banku;
   4) koszty i opłaty związane z przechowywaniem oraz weryfikacją wyceny aktywów Funduszu: koszty na rzecz instytucji rozliczeniowych za przechowywanie aktywów – w wysokości określonej w obowiązującej tabeli prowizji i opłat – oraz koszty na rzecz banku depozytariusza za przechowywanie i weryfikację aktywów Funduszu – w wysokości określonej w umowie z tym bankiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat banku;
   5) podatki i inne obciążenia nałożone przez właściwe organy państwowe związane z aktywami Funduszu – w wysokości obowiązujących stawek podatkowych.
9. Opłata za zarządzanie Funduszami pobierana przez Towarzystwo z aktywów Funduszu naliczana jest za każdy dzień kalendarzowy według stawki określonej w Tabeli. Rezerwa na tę opłatę tworzona jest w każdym Dniu wyceny jako iloczyn rocznej stawki określonej w Tabeli, wartości aktywów Funduszu z Dnia wyceny oraz ilorazu ilości dni kalendarzowych od poprzedniego Dnia wyceny i ilości dni kalendarzowych w roku (przyjętych jako 365). Opłata jest naliczana w całym okresie obowiązywania Umowy głównej.

Gwarancja dla Ubezpieczającego posiadającego środki w UFK Generali Gwarantowany PLUS

§ 5

1. Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczającemu, który utrzymuje na Rachunku Jednostki uczestnictwa UFK Generali Gwarantowany PLUS przez okres co najmniej 12 miesięcy, liczonych od Dnia nabycia tych Jednostek uczestnictwa (dalej: „Jednostki uczestnictwa objęte gwarancją"), że

Cena jednostki UFK Generali Gwarantowany PLUS, po której będą umarzane te Jednostki uczestnictwa, nie będzie niższa niż Cena jednostki z Dnia nabycia.

2. W przypadku, gdy podana do publicznej wiadomości Cena jednostki UFK Generali Gwarantowany PLUS z dnia umorzenia Jednostek uczestnictwa objętych gwarancją, będzie niższa niż cena tych Jednostek uczestnictwa z Dnia nabycia, Towarzystwo wyrówna różnicę pomiędzy wartością Jednostek uczestnictwa objętych gwarancją, liczoną na Dzień nabycia, a wartością tych Jednostek uczestnictwa z dnia umorzenia, zgodnie z ust. 3 i 4.
3. W przypadku przeniesienia Jednostek uczestnictwa objętych gwarancją z UFK Generali Gwarantowany PLUS do wybranych przez Ubezpieczającego Funduszy, Towarzystwo dopisze dodatkowe Jednostki uczestnictwa do Funduszy, do których przeniesione zostały środki, proporcjonalnie do udziału każdego z nich w wartości przeniesienia. Liczba dodatkowych Jednostek uczestnictwa wynika z podzielenia różnicy, o której mowa w ust. 2, przez Cenę jednostki danego Funduszu, obowiązującą w Dniu nabycia, przypadającym nie później niż w terminie ośmiu Dni roboczych od daty sprzedaży Jednostek uczestnictwa UFK Generali Gwarantowany PLUS.
4. W przypadku całkowitego lub częściowego wykupu Wartości polisy Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu dodatkową kwotę stanowiącą różnicę pomiędzy wartością Jednostek uczestnictwa objętych gwarancją liczoną na Dzień nabycia a wartością tych Jednostek uczestnictwa z dnia umorzenia.
5. Jednostki uczestnictwa umorzone z Rachunku w terminie wcześniejszym niż 12 miesięcy, licząc od dnia ich nabycia, nie zostaną objęte gwarancją, o której mowa w niniejszym paragrafie.

Poniżej przedstawiamy przykład obrazujący sposób wyliczenia kwoty gwarancji w przypadku całkowitego wykupu Wartości polisy.
W tym przykładzie jest on dokonywany w roku, w którym opłata za całkowity wykup Wartości polisy nie jest pobierana (opłata pobierana przez pierwsze 4 Lata polisy).

Przykład

Data całkowitego wykupu Wartości polisy: 23.07.2030 r.

Rok polisy	Data Alokacji Składki regularnej	Wysokość Składki regularnej (rocznej)	Cena jednostki w Dniu nabycia	Liczba zakupionych Jednostek uczestnictwa	Cena jednostki w dniu umorzenia	Sposób postępowania
1	15.03.2025 r.	2 000 zł	100 zł	20 (2 000 zł : 100 zł)	102 zł	Cena jednostki z dnia umorzenia jest równa lub wyższa niż Cena jednostki z Dnia nabycia – różnica nie zostanie wyrównana
2	15.03.2026 r.	2 000 zł	101 zł	19,802 (2 000 zł : 101 zł)	102 zł	
3	15.03.2027 r.	2 000 zł	102 zł	19,608 (2 000 zł : 102 zł)	102 zł	
4	15.03.2028 r.	2 000 zł	103 zł	19,417 (2 000 zł : 103 zł)	102 zł	Cena jednostki z dnia umorzenia jest niższa niż Cena jednostki z Dnia nabycia – różnica zostanie wyrównana
5	15.03.2029 r.	2 000 zł	104 zł	19,230 (2 000 zł : 104 zł)	102 zł	
6	15.03.2030 r.	2 000 zł	104 zł	19,230 (2 000 zł : 104 zł)	102 zł	Jednostki uczestnictwa nie są objęte gwarancją (znajdują się na Rachunku krócej niż 12 miesięcy)

Kwota wyrównania za Jednostki uczestnictwa objęte gwarancją zakupione w 4 Roku polisy: (103 zł – 102 zł) * 19,417 = 19,42 zł
Kwota wyrównania za Jednostki uczestnictwa objęte gwarancją zakupione w 5 Roku polisy: (104 zł – 102 zł) * 19,230 = 38,46 zł
Łączna kwota wyrównania: 19,42 zł + 38,46 zł = 57,88 zł
Całkowita kwota wypłaty: (20 + 19,802 + 19,608 + 19,417 + 19,23+19,23) * 102 zł + 57,88 zł = 12 021,15 zł

Zawieszenie nabyć i umorzeń Jednostek uczestnictwa

§ 6

1. Towarzystwo może na okres czasowego zawieszenia zbywania lub odkupywania jednostek uczestnictwa funduszu inwestycyjnego, w którym lokowane są aktywa Funduszu, zawiesić czasowo:
   1) możliwość Alokacji w Jednostki uczestnictwa Funduszu;
   2) możliwość umorzenia Jednostek uczestnictwa Funduszu, w celu realizacji:
      a. częściowego wykupu Wartości polisy;
      b. całkowitego wykupu Wartości polisy;
      c. całkowitego lub częściowego wykupu Wartości dodatkowej.
2. Towarzystwo zawiadomi Oszczędzającego o zawieszeniu, o którym mowa w ust. 1, wskazując nazwę Funduszu, którego dotyczy zawieszenie, datę zawieszenia oraz możliwości złożenia wniosku o zamianę Alokacji.
3. W przypadku wznowienia nabywania lub umarzania Jednostek uczestnictwa Funduszu, Towarzystwo poinformuje Oszczędzającego o tym fakcie.

Likwidacja i utworzenie nowego Funduszu

§ 7

1. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do rozpoczęcia sprzedaży Jednostek uczestnictwa nowych Funduszy, zaprzestania sprzedaży oraz likwidacji Jednostek uczestnictwa dotychczas oferowanych Funduszy.
2. O likwidacji Funduszu Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego, który posiada środki w likwidowanym Funduszu, w terminie co najmniej 3 miesięcy poprzedzających datę likwidacji Funduszu, z zastrzeżeniem ust. 7.
3. Ubezpieczający przed datą likwidacji Funduszu powinien złożyć oświadczenie zawierające dyspozycję przeniesienia Jednostek uczestnictwa z likwidowanego Funduszu lub dyspozycję zmiany Alokacji Składki.

4. Jeżeli Ubezpieczający złożył dyspozycje, o których mowa w ust. 3, Towarzystwo nie później niż w terminie ośmiu Dni roboczych od daty otrzymania dyspozycji dokona przeniesienia Jednostek uczestnictwa, poprzez sprzedaż Jednostek uczestnictwa Funduszu likwidowanego i nabycie Jednostek uczestnictwa Funduszu wybranego przez Ubezpieczającego lub odpowiednio dokona zmiany Alokacji Składki.
5. Jeżeli Ubezpieczający nie złożył w Towarzystwie dyspozycji, o których mowa w ust. 3, Towarzystwo dokona przeniesienia Jednostek uczestnictwa likwidowanego Funduszu nie później niż w terminie ośmiu Dni roboczych od daty likwidacji Funduszu, poprzez sprzedaż Jednostek uczestnictwa Funduszu likwidowanego z zastosowaniem Ceny jednostki obowiązującej w dniu likwidacji Funduszu i nabycie Jednostek uczestnictwa Funduszu o strategii inwestycyjnej najbardziej zbliżonej do strategii likwidowanego Funduszu lub odpowiednio dokona zmiany Alokacji Składki.
6. W związku z likwidacją Funduszu, Towarzystwo nie pobiera opłaty operacyjnej za przeniesienie Jednostek uczestnictwa dokonane poza Kontem Klienta lub opłaty operacyjnej za zmianę Alokacji Składki regularnej dokonaną poza Kontem Klienta.
7. Ubezpieczający, który nie posiada środków w likwidowanym Funduszu, a złoży oświadczenie zawierające dyspozycję przeniesienia Jednostek uczestnictwa do likwidowanego Funduszu lub dyspozycję zmiany Alokacji Składki uwzględniającą likwidowany Fundusz, jest informowany o likwidacji Funduszu niezwłocznie po złożeniu dyspozycji do Towarzystwa.
8. Z przyczyn niezależnych od Towarzystwa Fundusz zewnętrzny może zawiesić odkupywanie i zbywanie Jednostek uczestnictwa zgodnie z ustawą z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki opisanej w zdaniu pierwszym decyzji Funduszu zewnętrznego.
9. W przypadku gdy odpowiednio:
   1) Towarzystwo rozpoczyna sprzedaż Jednostek uczestnictwa nowego Funduszu albo
   2) zmienia się nazwa oferowanego Funduszu bez zmiany jego strategii inwestycyjnej,

   Towarzystwo udostępni zmienione dokumenty, o których mowa w § 1 ust. 3, 4 i 5 OWU, na stronie generali.pl.
10. W przypadku, gdy zmiana dotyczy odpowiednio:
    1) nazwy wraz ze zmianą strategii inwestycyjnej oferowanego Funduszu albo
    2) strategii inwestycyjnej oferowanego Funduszu,

    Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o zmianach określonych w pkt 1 lub pkt 2.
11. Zapisy ust. 1-7 nie dotyczą wycofania z oferty inwestycyjnej Umowy głównej UFK Generali Gwarantowany PLUS.

Wycofanie z oferty inwestycyjnej UFK Generali Gwarantowany PLUS

§ 8

1. Towarzystwo może, nie wcześniej niż w piątą Rocznicę polisy, wycofać z oferty inwestycyjnej Umowy głównej UFK Generali Gwarantowany PLUS.
2. O wycofaniu UFK Generali Gwarantowany PLUS z oferty inwestycyjnej Umowy głównej Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego nie później niż 30 dni przed datą wycofania Funduszu.
3. Jeżeli Ubezpieczający posiada środki w UFK Generali Gwarantowany PLUS lub wybrał ten Fundusz w Alokacji Składki, powinien przed datą wycofania Funduszu złożyć oświadczenie zawierające dyspozycję przeniesienia Jednostek uczestnictwa z wycofywanego Funduszu lub dyspozycję zmiany Alokacji Składki.
4. Jeżeli Ubezpieczający złożył dyspozycje, o których mowa w ust. 3, Towarzystwo, nie później niż w terminie ośmiu Dni roboczych od daty otrzymania dyspozycji, dokona przeniesienia Jednostek uczestnictwa, poprzez sprzedaż Jednostek uczestnictwa UFK Generali Gwarantowany PLUS i nabycie Jednostek uczestnictwa Funduszu wybranego przez Ubezpieczającego lub odpowiednio dokona zmiany Alokacji Składki.
5. Jeżeli Ubezpieczający nie złożył dyspozycji, o których mowa w ust. 3, Towarzystwo dokona przeniesienia Jednostek uczestnictwa wycofywanego Funduszu nie później niż w terminie ośmiu Dni roboczych od daty wycofania Funduszu z oferty inwestycyjnej Umowy głównej, poprzez sprzedaż Jednostek uczestnictwa tego Funduszu, z zastosowaniem Ceny jednostki obowiązującej w dniu wycofania Funduszu i nabycie Jednostek uczestnictwa UFK Generali Lokacyjny PLUS, lub odpowiednio dokona zmiany Alokacji Składki.
6. W przypadku likwidacji Funduszu UFK Generali Lokacyjny PLUS, Towarzystwo dokona zmian, o których mowa w ust. 5, z uwzględnieniem Funduszu o strategii inwestycyjnej najbardziej zbliżonej do Funduszu UFK Generali Lokacyjny PLUS. Zasada opisana w zdaniu poprzedzającym będzie stosowana analogicznie w przypadku likwidacji funduszu o najbardziej zbliżonej strategii inwestycyjnej.
7. W związku z wycofaniem UFK Generali Gwarantowany PLUS z oferty inwestycyjnej Umowy głównej, Towarzystwo nie pobiera opłaty operacyjnej za przeniesienie Jednostek uczestnictwa dokonane poza Kontem Klienta lub opłaty operacyjnej za zmianę Alokacji Składki regularnej dokonaną poza Kontem Klienta.

Ryzyko inwestycyjne

§ 9

1. Celem inwestycyjnym Towarzystwa jest długookresowy wzrost wartości aktywów Funduszy w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszy.
2. Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe nie gwarantują osiągnięcia założonego celu inwestycyjnego ani określonego wyniku inwestycyjnego. Ubezpieczający powinien mieć świadomość ryzyk związanych z inwestycją w Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe, w tym braku ochrony wpłaconego kapitału lub ryzyka utraty części wpłaconych środków.

Postanowienia końcowe

§ 10

Niniejszy Regulamin lokowania został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 16 października 2025 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Dodatkowego Terminowego ubezpieczenia na życie
(kod RPFL1_TRM_09.2025) dalej „OWUD”,
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 17	§ 15; § 16

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE KOD (RPFL1_TRM_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowego Terminowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o śmierć Ubezpieczonego oraz dożycie przez Ubezpieczonego do końca pierwszego okresu ubezpieczenia.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Dodatkowego Terminowego ubezpieczenia na życie;
2) **Suma ubezpieczenia z tytułu dożycia** – kwota wypłacana w przypadku dożycia przez Ubezpieczonego do końca pierwszego okresu ubezpieczenia;
3) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
4) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy dodatkowej, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy dodatkowej, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy dodatkowej do daty, w której Wiek jest obliczany.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje:

1) śmierć Ubezpieczonego, która wystąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
2) dożycie przez Ubezpieczonego do końca pierwszego okresu ubezpieczenia.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
   1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
   2) od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
5. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i 4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
7. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres ubezpieczenia wskazany przez Ubezpieczającego we Wniosku.
8. Minimalna długość pierwszego okresu ubezpieczenia wynosi 10 lat.
9. Maksymalna długość pierwszego okresu ubezpieczenia wynosi 40 lat, nie może on jednak trwać dłużej niż do dnia poprzedzającego Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 85 lat.
10. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas pierwszy rok okresu ubezpieczenia zostaje skrócony do takiej liczby miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
11. Po zakończeniu pierwszego okresu ubezpieczenia Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne roczne okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem każdego okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej. Automatyczne przedłużanie Umowy dodatkowej na kolejne roczne okresy ubezpieczenia nie może trwać dłużej niż do dnia poprzedzającego Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 100 lat.
12. Pozostałe zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. 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 głównej;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 100 lat;
   3) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   5) zawieszenia opłacania Składek regularnych, jeżeli podczas tego zawieszenia ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie jest kontynuowana na zasadach określonych w OWU w części „Zawieszenie opłacania Składek regularnych".
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem zapisów dotyczących odstąpienia od Umowy głównej w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o którym mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej".

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 20 000 zł (dwadzieścia tysięcy złotych).
3. Suma ubezpieczenia z tytułu dożycia wynosi 5% wszystkich należnych i opłaconych Składek za Umowę dodatkową w pierwszym okresie ubezpieczenia.

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składek oraz Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
   1) podwyższenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 2;
   2) obniżenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego roku od zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej nie jest możliwe po ukończeniu przez Ubezpieczonego 71 roku życia.
3. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
5. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 4, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
6. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
7. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 14 OWU.

§ 12

1. Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 19 OWU.

Wskazanie osób Uposażonych z tytułu Umowy dodatkowej

§ 14

1. Ubezpieczający może wskazać jedną lub więcej osób Uposażonych do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.
2. Wskazanie Uposażonego możliwe jest wraz ze składaniem Wniosku ze skutkiem od dnia zawarcia Umowy dodatkowej lub w tracie trwania Umowy dodatkowej ze skutkiem od dnia otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia w tym względzie.
3. Jeżeli Umowa dodatkowa zawarta jest na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) do wykonania uprawnienia, o którym mowa w ust. 1, konieczna jest uprzednia zgoda Ubezpieczonego.
4. Jeżeli wskazano kilku Uposażonych, powinny zostać określone ich udziały procentowe w kwocie świadczenia.
5. Jeżeli udziały procentowe Uposażonych w kwocie świadczenia nie zostaną określone, przyjmuje się, że są one równe.
6. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, gdy nie został wskazany żaden Uposażony ani Uposażony zastępczy lub wskazanie jedynego Uposażonego oraz Uposażonego zastępczego okazało się bezskuteczne, świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
   1) małżonek;
   2) dzieci – w częściach równych;
   3) rodzice – w częściach równych;
   4) rodzeństwo – w częściach równych;
   5) pozostałe osoby będące spadkobiercami ustawowymi Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy właściwej dla ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz Skarbu Państwa – w częściach równych.
7. Świadczenie może być wypłacone członkowi rodziny wymienionemu w dalszej kolejności wyłącznie wtedy, gdy żadna z osób wskazanych w punktach poprzedzających nie jest uprawniona do otrzymania świadczenia z powodu okoliczności wskazanych w ust. 8.
8. Wskazanie Uposażonego jest bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed Ubezpieczonym albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. W takim przypadku udział bezskutecznie wskazanego Uposażonego w kwocie świadczenia dolicza się proporcjonalnie do udziałów pozostałych Uposażonych. Uważa się, że osoba nie dożyła śmierci Ubezpieczonego także, gdy zmarła jednocześnie z nim.
9. Jeżeli wskazanie jedynego Uposażonego stało się bezskuteczne, prawo do świadczenia nabywa Uposażony zastępczy.
10. Postanowienia ust. 1-5 oraz ust. 8 stosuje się odpowiednio do Uposażonego zastępczego.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 15

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego była konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie 2 lat od daty zawarcia Umowy dodatkowej.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, termin, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, będzie liczony od daty jej podwyższenia, ale tylko dla kwoty, o którą Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej została podwyższona.
3. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo 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 Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 16

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w § 5 ust. 3 i 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 5 ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy dodatkowej podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.
3. Zapisy ust. 1 i 2 mają zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą ta suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 2, liczony jest od daty podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 17

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Uprawnionemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu śmierci Ubezpieczonego.
2. W przypadku dożycia przez Ubezpieczonego do końca pierwszego okresu ubezpieczenia Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 5% wszystkich należnych i opłaconych Składek za Umowę dodatkową w pierwszym okresie ubezpieczenia.

Wypłata świadczenia

§ 18

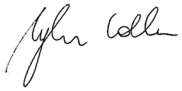
1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
   4) kopię statystycznej karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci;
   5) w przypadku, o którym mowa w § 14 ust. 6, 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.
2. Ubezpieczony zgłaszający roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu dożycia do końca pierwszego okresu ubezpieczenia zobowiązany jest złożyć w Towarzystwie wniosek o wypłatę świadczenia.
3. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 lub 2 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
4. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 - 3, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
5. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
6. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 5.

Postanowienia końcowe

§ 19

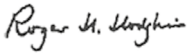
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji zawartych
w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
wypłaty renty w przypadku śmierci Ubezpieczonego
(kod RPFL1_PDB1_09.2025) dalej „OWUD”,
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 17 ust. 1 i 2	§ 14; § 15

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO WYPŁATY RENTY W PRZYPADKU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO (KOD RPFL1_PDB1_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego wypłaty renty w przypadku śmierci Ubezpieczonego (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ubezpieczenia jest rozszerzony o wypłatę renty w przypadku śmierci Ubezpieczonego.
2. Tabela opłat i limitów – kod RPFL1_PDB1_TOIL_09.2025 (zwana dalej „**Tabelą**") stanowi załącznik nr 1 do niniejszych OWUD.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej wypłaty renty w przypadku śmierci Ubezpieczonego;
2) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości renty wypłacanej w przypadku śmierci Ubezpieczonego;
3) **Uposażony z tytułu Umowy dodatkowej** – osoba wskazana przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczającego za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego), uprawniona do otrzymania świadczenia w formie renty w razie śmierci Ubezpieczonego;
4) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy dodatkowej, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy dodatkowej, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy dodatkowej do daty, w której Wiek jest obliczany.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wypłatę renty w przypadku śmierci Ubezpieczonego, która wystąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
   1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
   2) od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 76 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
5. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i 4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
7. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 8 i 9.
8. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
9. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
10. Pozostałe zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. 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 głównej;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 100 lat;
   3) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   5) zawieszenia opłacania Składek regularnych, jeżeli podczas tego zawieszenia ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie jest kontynuowana na zasadach określonych w OWU w części „Zawieszenie opłacania Składek regularnych".
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem zapisów dotyczących odstąpienia od Umowy głównej w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o którym mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej".

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Minimalna wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 800 zł.

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składek oraz Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana okresu wypłacania lub wysokości renty

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o zmianę okresu wypłacania renty lub wysokości miesięcznej renty, z zastrzeżeniem limitów określonych przez Towarzystwo w Tabeli stanowiącej załącznik nr 1 do OWUD.
2. Ubezpieczający może wnioskować o:
   1) podwyższenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3;
   2) obniżenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego roku od zawarcia Umowy dodatkowej.
3. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę okresu wypłacania renty lub wysokości miesięcznej renty poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na taką zmianę.
4. Towarzystwo dokona zmian w Umowie dodatkowej na wniosek Ubezpieczającego, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
5. Zmiana okresu wypłacania renty lub wysokości miesięcznej renty, o której mowa w ust. 1, powoduje zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1.
6. Jeżeli zmiany, o których mowa w ust. 1, powodują podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
7. Na podstawie informacji, o których mowa w ust. 7, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na zmianę okresu wypłacania renty lub wysokości miesięcznej renty, które skutkują podwyższeniem Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
8. Zmiana okresu wypłacania renty lub wysokości miesięcznej renty, skutkujące podwyższeniem Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, nie są możliwe po ukończeniu przez Ubezpieczonego 75 roku życia.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 14 OWU.

§ 12

1. Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 19 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli śmierć Ubezpieczonego była konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie 2 lat od daty zawarcia Umowy dodatkowej.
2. W przypadku zmiany okresu wypłacania lub wysokości renty powodujących podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, termin, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, będzie liczony od daty jej podwyższenia, ale tylko dla kwoty, o którą Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej została podwyższona.
3. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo 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 Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 15

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w § 5 ust. 3 i 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 5 ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy dodatkowej podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.
3. Zapisy ust. 1 i 2 mają zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą ta suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 2, liczony jest od daty podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Wskazanie Uposażonego z tytułu Umowy dodatkowej

§ 16

1. Ubezpieczający może wskazać jedną osobę jako Uposażonego z tytułu Umowy dodatkowej do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.
2. Jeżeli Umowa zawarta jest na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) do wykonania uprawnienia, o którym mowa w ust. 1, konieczna jest uprzednia zgoda Ubezpieczonego.
3. Wskazanie dotyczące Uposażonego z tytułu Umowy dodatkowej może być w każdym czasie zmienione lub odwołane przez złożenie oświadczenia w Towarzystwie. Zmiana Uposażonego z tytułu Umowy dodatkowej następuje od daty otrzymania tego oświadczenia przez Towarzystwo.
4. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, gdy nie został wskazany Uposażony z tytułu Umowy dodatkowej lub wskazanie Uposażonego z tytułu Umowy dodatkowej okazało się bezskuteczne, świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
   1) małżonek;
   2) dzieci – w częściach równych;
   3) rodzice – w częściach równych;
   4) rodzeństwo – w częściach równych;
   5) pozostałe osoby będące spadkobiercami ustawowymi Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy właściwej dla ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz Skarbu Państwa – w częściach równych.
5. Świadczenie może być wypłacone członkowi rodziny wymienionemu w dalszej kolejności wyłącznie wtedy, gdy żadna z osób wskazanych w punktach poprzedzających nie dożyła śmierci Ubezpieczonego albo nie jest uprawniona do otrzymania świadczenia z powodu okoliczności wskazanych w ust. 6. Uważa się, że osoba nie dożyła śmierci Ubezpieczonego także, gdy zmarła jednocześnie z nim.
6. Wskazanie Uposażonego z tytułu Umowy dodatkowej jest bezskuteczne, jeżeli Uposażony ten zmarł przed Ubezpieczonym albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 17

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłacać będzie Uposażonemu z tytułu Umowy dodatkowej miesięczną rentę w wysokości wskazanej w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Renta, o której mowa w ust. 1, należna jest od miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, do końca wskazanego przez Ubezpieczającego okresu, za jaki renta ma być wypłacana. Renta wypłacana jest w terminie do końca miesiąca, za który jest należna, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Uposażony z tytułu Umowy dodatkowej, po osiągnięciu przez niego 25 roku życia, może złożyć dyspozycję wypłaty świadczenia w formie jednorazowej.

4. Wypłata renty następuje zgodnie z dyspozycją osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia: przelewem na rachunek bankowy albo przekazem na adres pocztowy, z zastrzeżeniem, że w przypadku przekazu na adres pocztowy Towarzystwo pobiera za każdy taki przekaz opłatę w wysokości wskazanej w Tabeli.

Wypłata świadczenia

§ 18

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
   4) kopię statystycznej karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci;
   5) w przypadku, gdy nie został wskazany żaden Uposażony ani Uposażony zastępczy lub wskazanie jedynego Uposażonego oraz Uposażonego zastępczego okazało się bezskuteczne – 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.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
5. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4.

Postanowienia końcowe

§ 19

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWUD
TABELA OPŁAT I LIMITÓW
(KOD RPFL1_PDB1_TOIL_09.2025)

1. Tabela opłat

Lp.	Rodzaj opłaty	Aktualna wysokość
1)	Opłata operacyjna za przygotowanie i realizację przekazu pieniężnego (dotyczy wyłącznie wypłaty renty przekazem na adres pocztowy)	10 zł + 1% wartości przekazu / każdy przekaz

2. Tabela limitów

Lp.	Rodzaj limitu	Aktualna wysokość
1)	Minimalny okres wypłaty renty	3 lata
2)	Maksymalny okres wypłaty renty	25 lat
3)	Minimalna wysokość miesięcznej renty	300 zł

Niniejsza Tabela została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
(kod RPFL1_ADB_09.2025) dalej „OWUD”,
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 16	§ 14; § 15; § 16

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD RPFL1_ADB_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
2) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
3) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
4) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
5) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy dodatkowej, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy dodatkowej, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy dodatkowej do daty, w której Wiek jest obliczany.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
   1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
   2) od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
5. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i 4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
7. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 8 i 9.
8. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
9. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
10. Pozostałe zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. 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 głównej;
   2) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   3) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   4) zawieszenia opłacania Składek regularnych, jeżeli podczas tego zawieszenia ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie jest kontynuowana na zasadach określonych w OWU w części „Zawieszenie opłacania Składek regularnych".
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem zapisów dotyczących odstąpienia od Umowy głównej w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o którym mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej".

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wynosi 1 000 000 zł (jeden milion złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składek oraz Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
   1) podwyższenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   2) obniżenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego roku od zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o rodzaju wykonywanego zawodu.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy Ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 14 OWU.

§ 12

1. Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 19 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, był konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
   3) 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);
   4) 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 jego poczytalności;
   5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
   6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   7) 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, 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. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo 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 Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 15

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w § 5 ust. 3 i 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 5 ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy dodatkowej podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.
3. Zapisy ust. 1 i 2 mają zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą ta suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 2, liczony jest od daty podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 16

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Uprawnionemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:

1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
2) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
3) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 210 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonego a jego śmiercią.

Wypłata świadczenia

§ 17

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
   4) kopię statystycznej karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci;
   5) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony;
   6) w przypadku, gdy nie został wskazany żaden Uposażony ani Uposażony zastępczy lub wskazanie jedynego Uposażonego oraz Uposażonego zastępczego okazało się bezskuteczne – 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.

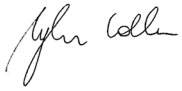
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2 powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
5. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4.

Postanowienia końcowe

§ 18

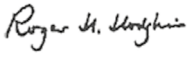
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego
(kod RPFL1_ATDBE_09.2025) dalej „OWUD”,
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 16	§ 14; § 15; § 16

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (KOD RPFL1_ATDBE_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
2) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
3) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego;
4) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego wyniku Wypadku komunikacyjnego;
5) **Środek lokomocji** – pojazd silnikowy, którego konstrukcja umożliwia jazdę z prędkością przekraczającą 25 km/h, a także rower, pojazd szynowy, statek wodny rozumiany jako urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, w tym również prom, wodolot i poduszkowiec oraz statek powietrzny, rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania powietrza innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem quadów, balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców oraz spadochronów osobowych. Pojęcia „pojazd", „rower", „droga", „pieszy" oraz „kierowca" rozumiane są zgodnie ze znaczeniem nadanym przez obowiązujące przepisy prawa o ruchu drogowym;
6) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy dodatkowej, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy dodatkowej, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy dodatkowej do daty, w której Wiek jest obliczany;
7) **Wypadek komunikacyjny** – Nieszczęśliwy wypadek, w którym Ubezpieczony uczestniczył jako kierowca lub pasażer Środka lokomocji lub jako pieszy albo kierujący rowerem i w którym Ubezpieczony uległ wypadkowi w związku z ruchem drogowym, wodnym lub powietrznym, a także w związku z ruchem pojazdu szynowego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
   1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
   2) od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
5. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i 4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
7. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 8 i 9.
8. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
9. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
10. Pozostałe zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. 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 głównej;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat;
   3) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   5) zawieszenia opłacania Składek regularnych, jeżeli podczas tego zawieszenia ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie jest kontynuowana na zasadach określonych w OWU w części „Zawieszenie opłacania Składek regularnych".
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem zapisów dotyczących odstąpienia od Umowy głównej w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o którym mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej".

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek śmierci w wyniku Wypadku komunikacyjnego wynosi 1 000 000 zł (jeden milion złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składek oraz Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
   1) podwyższenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   2) obniżenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego roku od zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o rodzaju wykonywanego zawodu.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy Ubezpieczenia, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 14 OWU.

§ 12

1. Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 19 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Wypadek komunikacyjny, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, był konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
   3) 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);
   4) 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 jego poczytalności;
   5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
   6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   7) 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, narciarstwo/snowboard poza wyznaczonymi trasami (off-road skiing, heliskiing, kaskaderstwo, freeride), 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. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo 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 Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 15

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w § 5 ust. 3 i 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 5 ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy dodatkowej podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.
3. Zapisy ust. 1 i 2 mają zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą ta suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 2, liczony jest od daty podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 16

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego Towarzystwo wypłaci Uprawnionemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Wypadku komunikacyjnego, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:

1) Wypadek komunikacyjny, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
2) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego miała miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
3) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego nastąpiła w ciągu 210 dni od daty wystąpienia Wypadku komunikacyjnego;
4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Wypadkiem komunikacyjnym Ubezpieczonego a jego śmiercią.

Wypłata świadczenia

§ 17

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:

1) wniosek o wypłatę świadczenia;
2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
3) kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
4) kopię statystycznej karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci;
5) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Wypadku komunikacyjnego, jeżeli taki protokół był sporządzony;
6) w przypadku, gdy nie został wskazany żaden Uposażony ani Uposażony zastępczy lub wskazanie jedynego Uposażonego oraz Uposażonego zastępczego okazało się bezskuteczne – 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.

2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
5. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4.

Postanowienia końcowe

§ 18

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu
(kod RPFL1_HDB_09.2025) dalej „OWUD”,
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 16	§ 14; § 15; § 16 ust. 2 i 3

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W WYNIKU ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU (KOD RPFL1_HDB_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o śmierć Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu;
2) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu;
3) **Udar mózgu powodujący śmierć** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych powodujące zaistnienie wszystkich wymienionych niżej okoliczności:
   a. obecność nowych klinicznych objawów neurologicznych, odpowiadających udarowi mózgu;
   b. utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
   c. obecność nowych zmian, charakterystycznych dla udaru mózgu, w badaniach obrazowych (tomografii komputerowej lub jądrowym rezonansie magnetycznym).

   Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 24 godzin od wystąpienia objawów, wystraczające jest spełnienie kryteriów z pkt a i c lub potwierdzenie udaru mózgu w badaniu autopsyjnym.

   Termin nie obejmuje:
   a. epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
   b. uszkodzenia mózgu spowodowanego zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
4) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy dodatkowej, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy dodatkowej, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy dodatkowej do daty, w której Wiek jest obliczany;
5) **Zawał serca powodujący śmierć** – martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
   a. objawy kliniczne niedokrwienia serca;
   b. zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe znamienne zmiany odcinka ST – załamka T (ST-T), patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa);
   c. nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych;
   d. obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionego badaniem angiograficznym lub w autopsji.

   Kryteria rozpoznania zawału serca są też spełnione w przypadku zgonu sercowego z przypuszczalnie nowymi zmianami niedokrwiennymi w EKG lub nowym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa, przy czym zgon nastąpił przed oznaczeniem biomarkerów sercowych lub nim stężenie biomarkerów sercowych we krwi mogło się zwiększyć, lub gdy biomarkery sercowe nie były oznaczone.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego Zawału serca powodującego śmierć lub Udaru mózgu powodującego śmierć.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
   1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
   2) od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.

5. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i 4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
7. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 8 i 9.
8. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
9. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
10. Pozostałe zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. 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 głównej;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat;
   3) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   5) zawieszenia opłacania Składek regularnych, jeżeli podczas tego zawieszenia ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie jest kontynuowana na zasadach określonych w OWU w części „Zawieszenie opłacania Składek regularnych".
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem zapisów dotyczących odstąpienia od Umowy głównej w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o którym mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej".

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek śmierci w wyniku zawału serca lub udaru mózgu wynosi 1 000 000 zł (jeden milion złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składek oraz Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
   1) podwyższenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   2) obniżenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego roku od zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 14 OWU.

§ 12

1. Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 19 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli zawał serca albo udar mózgu, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, były konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) samookaleczenia się Ubezpieczonego, usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa;
   3) 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), pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem narkotyków lub substancji psychotropowych niezaleconych przez lekarza, środków odurzających lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
   4) poddania się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
   5) świadomego nieskorzystania przez Ubezpieczonego z porady lekarskiej, nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich.
2. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo 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 Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 15

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w § 5 ust. 3 i 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 5 ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy dodatkowej podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.
3. Zapisy ust. 1 i 2 mają zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą ta suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 2, liczony jest od daty podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 16

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu.
2. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
   1) zawał serca lub udar mózgu, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, miały miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej;
   2) śmierć Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
   3) śmierć Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru nastąpiła przed upływem 90 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu;

4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu Ubezpieczonego a jego śmiercią.

3. Towarzystwo wypłaci świadczenie pod warunkiem, że przedstawiona dokumentacja medyczna wskaże jako przyczynę śmierci zawał serca lub udar mózgu albo zostanie on potwierdzony badaniem sekcyjnym.

Wypłata świadczenia

§ 17

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
   4) kopię statystycznej karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci;
   5) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie zawału serca lub udaru mózgu;
   6) w przypadku, gdy nie został wskazany żaden Uposażony ani Uposażony zastępczy lub wskazanie jedynego Uposażonego oraz Uposażonego zastępczego okazało się bezskuteczne – 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.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
5. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4

Postanowienia końcowe

§ 18

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
(kod RPFL1_ADISB1_09.2025) dalej „OWUD”,
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 16 ust. 1-3	§ 14; § 15; § 16 ust. 2, 4-6

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK TRWAŁEGO INWALIDZTWA UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD RPFL1_ADISB1_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
2) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
3) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
4) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
5) **Trwałe inwalidztwo** – całkowita fizyczna utrata kończyny górnej (ramię, przedramię, dłoń) lub kończyny dolnej (udo, podudzie, stopa), lub całkowita i trwała utrata władzy w obrębie tych organów bądź całkowita utrata: wzroku w obu oczach, wzroku w jednym oku, słuchu w obu uszach, słuchu w jednym uchu. Pod pojęciem Trwałego inwalidztwa rozumie się wyłącznie te rodzaje Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego, które zostały wymienione w § 16 ust. 1;
6) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy dodatkowej, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy dodatkowej, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy dodatkowej do daty, w której Wiek jest obliczany;
7) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu polegające na:
   a. regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach przynależności do klubów sportowych, stowarzyszeń sportowych, związków i organizacji sportowych lub
   b. udziale w zawodach sportowych, imprezach sportowych, obozach szkoleniowo-sportowych lub kondycyjnych.

   Wyczynowym uprawianiem sportu, w rozumieniu niniejszych OWUD, nie jest uprawianie lekkoatletyki i pływania oraz udział w szkolnych zawodach sportowych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
   1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
   2) od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
5. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i 4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
7. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 8 i 9.
8. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
9. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.

10. Pozostałe zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ubezpieczony nie może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej i z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (wariant I albo wariant II).
4. 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 głównej;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat;
   3) wypłaty 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   6) zawieszenia opłacania Składek regularnych, jeżeli podczas tego zawieszenia ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie jest kontynuowana na zasadach określonych w OWU w części „Zawieszenie opłacania Składek regularnych".
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem zapisów dotyczących odstąpienia od Umowy głównej w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o którym mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej".

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek Trwałego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wynosi 1 000 000 zł (jeden milion złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składek oraz Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
   1) podwyższenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   2) obniżenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego roku od zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o rodzaju wykonywanego zawodu.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy Ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 14 OWU.

§ 12

1. Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 19 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiło Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, był konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
   3) 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);
   4) 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 jego poczytalności;
   5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
   6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   7) Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, 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, 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).
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Trwałe inwalidztwo powstało w związku z obrażeniami ciała doznanymi przed datą zawarcia Umowy dodatkowej.
3. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo 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 Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 15

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w § 5 ust. 3 i 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 5 ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy dodatkowej podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.
3. Zapisy ust. 1 i 2 mają zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą ta suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 2, liczony jest od daty podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 16

1. W przypadku Trwałego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu określony w tabeli nr 1 procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku:

tabela nr 1

Lp.	Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata władzy nad poszczególnymi organami	% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
1)	**Kończyna górna:**	
	a. w stawie barkowym	70%
	b. powyżej stanu łokciowego	65%
	c. poniżej stanu łokciowego	60%
	d. poniżej nadgarstka	55%
	e. kciuk	20%
	f. palec wskazujący	10%
	g. inny palec ręki	5%
2)	**Kończyna dolna:**	
	a. w stawie biodrowym	70%
	b. powyżej stanu kolanowego	60%
	c. poniżej stanu kolanowego	50%
	d. stopa	40%
	e. stopa z wyłączeniem pięty	30%
	f. paluch	5%
	g. inny palec stopy	2%

Lp.	Całkowita utrata	% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
1)	wzrok w obu oczach	100%
2)	wzrok w jednym oku	50%
3)	słuch w obu uszach	60%
4)	słuch w jednym uchu	30%

2. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z Trwałym inwalidztwem Ubezpieczonego, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
   1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego wystąpiło Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
   2) Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpiło w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
   3) do powstania Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego doszło przed upływem 180 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
   4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a Trwałym inwalidztwem Ubezpieczonego.
3. Jeżeli Nieszczęśliwy wypadek spowodował fizyczną utratę więcej niż jednego organu lub utratę władzy nad więcej niż jednym organem spośród wymienionych w ust. 1, świadczenie wypłacane jest w wysokości sumy świadczeń należnych w związku z utratą poszczególnych organów, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5 i 6.
4. W przypadku wystąpienia Trwałego inwalidztwa w obrębie organu, który był uszkodzony przed zajściem Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci określony procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, obliczony jako różnica pomiędzy stopniem inwalidztwa po zajściu Nieszczęśliwego wypadku a stopniem inwalidztwa istniejącym przed tym wypadkiem.
5. Suma wypłaconych w trakcie trwania Umowy dodatkowej świadczeń w związku z Trwałym inwalidztwem nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku.
6. W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu Trwałego inwalidztwa przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
7. Oceny stopnia Trwałego inwalidztwa dokonuje się po zakończeniu leczenia i zalecanej przez lekarza rehabilitacji na podstawie dokumentacji, o której mowa w § 17 ust. 1 i 2 lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.

Wypłata świadczenia

§ 17

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię dokumentacji medycznej określającej rodzaj Trwałego inwalidztwa;
   4) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.

3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
5. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4.

Postanowienia końcowe

§ 18

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego
w wyniku Nieszczęśliwego wypadku - wariant I
(kod RPFL1_ADISB6_09.2025) dalej „OWUD”,
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 16 ust. 1-3; Załącznik nr 1 do OWUD – Tabela uszczerbków na zdrowiu	§ 14; § 15; § 16 ust. 2, 3, 6-8

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU – WARIANT I (KOD RPFL1_ADISB6_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – wariant I (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o powstanie Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
2) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
3) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – wariant I;
4) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
5) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej jego utracie lub upośledzeniu jego funkcji. Definicja obejmuje wyłącznie przypadki umieszczone w Tabeli uszczerbków na zdrowiu stanowiącej załącznik nr 1 do OWUD;
6) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy dodatkowej, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy dodatkowej, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy dodatkowej do daty, w której Wiek jest obliczany;
7) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu polegające na:
   a. regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach przynależności do klubów sportowych, stowarzyszeń sportowych, związków i organizacji sportowych lub
   b. udziale w zawodach sportowych, imprezach sportowych, obozach szkoleniowo-sportowych lub kondycyjnych.

   Wyczynowym uprawianiem sportu, w rozumieniu niniejszych OWUD, nie jest uprawianie lekkoatletyki i pływania oraz udział w szkolnych zawodach sportowych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
   1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
   2) od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 67 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
5. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i 4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
7. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 8 i 9.
8. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
9. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.

10. Pozostałe zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.
4. Ubezpieczony nie może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej oraz z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – wariant II.
5. Ubezpieczony nie może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej oraz z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
   1) rozwiązania Umowy głównej;
   2) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   3) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   4) zawieszenia opłacania Składek regularnych, jeżeli podczas tego zawieszenia ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie jest kontynuowana na zasadach określonych w OWU w części „Zawieszenie opłacania Składek regularnych".
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem zapisów dotyczących odstąpienia od Umowy głównej w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o którym mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej".

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wynosi 300 000 zł (trzysta tysięcy złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składek oraz Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
   1) podwyższenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   2) obniżenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego roku od zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o rodzaju wykonywanego zawodu.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 14 OWU.

§ 12

1. Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 19 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, był konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
   3) 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);
   4) 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 jego poczytalności;
   5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
   6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   7) Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, 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, 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).
2. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo 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 Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 15

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w § 5 ust. 3 i 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 5 ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy dodatkowej podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.
3. Zapisy ust. 1 i 2 mają zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą ta suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 2, liczony jest od daty podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 16

1. W przypadku Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, ustalony zgodnie z Tabelą uszczerbków na zdrowiu stanowiącą załącznik nr 1 do OWUD.
2. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej przysługuje maksymalnie za 100% Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowanego jednym Nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:

1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
2) Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
3) do powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego doszło przed upływem 180 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonego a Trwałym uszczerbkiem na jego zdrowiu.

4. Oceny stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w § 17 ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
5. Rodzaj wykonywanych przez Ubezpieczonego czynności i charakter jego pracy nie mają wpływu na ocenę stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
6. W przypadku powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym Nieszczęśliwym wypadkiem, a miało to wpływ na aktualny stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu, rodzaj i stopień (procent) Trwałego uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy, jako różnica upośledzenia danego narządu przed i po Nieszczęśliwym wypadku.
7. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia jak i pogorszenia, nie stanowi podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
8. W przypadku wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku powodującego Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczony zobowiązany jest starać się o złagodzenie skutków Nieszczęśliwego wypadku poprzez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu. Towarzystwo nie odpowiada za Trwały uszczerbek na zdrowiu będący konsekwencją braku działań, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

Wypłata świadczenia

§ 17

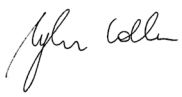
1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię dokumentacji medycznej określającej rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
   4) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
5. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4.

Postanowienia końcowe

§ 18

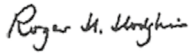
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego
w wyniku Nieszczęśliwego wypadku - wariant II
(kod RPFL1_ADISB3_09.2025) dalej „OWUD”,
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 16 ust. 1, 2, 5; Załącznik nr 1 do OWUD – Tabela uszczerbków na zdrowiu	§ 14; § 15; § 16 ust. 3-5, 8-10

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU – WARIANT II (KOD RPFL1_ADISB3_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – wariant II (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o powstanie Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
2) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
3) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – wariant II;
4) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
5) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej jego utracie lub upośledzeniu jego funkcji. Definicja obejmuje wyłącznie przypadki umieszczone w Tabeli uszczerbków na zdrowiu stanowiącej załącznik nr 1 do OWUD;
6) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy dodatkowej, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy dodatkowej, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy dodatkowej do daty, w której Wiek jest obliczany;
7) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu polegające na:
   a. regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach przynależności do klubów sportowych, stowarzyszeń sportowych, związków i organizacji sportowych lub
   b. udziale w zawodach sportowych, imprezach sportowych, obozach szkoleniowo-sportowych lub kondycyjnych.

   Wyczynowym uprawianiem sportu, w rozumieniu niniejszych OWUD, nie jest uprawianie lekkoatletyki i pływania oraz udział w szkolnych zawodach sportowych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
   1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
   2) od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 67 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
5. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i 4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
7. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 8 i 9.
8. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
9. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.

10. Pozostałe zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.
4. Ubezpieczony nie może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej oraz z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – wariant I.
5. Ubezpieczony nie może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej oraz z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
   1) rozwiązania Umowy głównej;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat;
   3) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   5) zawieszenia opłacania Składek regularnych, jeżeli podczas tego zawieszenia ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie jest kontynuowana na zasadach określonych w OWU w części „Zawieszenie opłacania Składek regularnych";
   6) wypłaty świadczenia, w przypadku gdy ustalony procent Trwałego uszczerbku na zdrowiu osiągnie 100%;
   7) wypłaty świadczenia, w przypadku gdy suma ustalonych Trwałych uszczerbków na zdrowiu, jeżeli wystąpił więcej niż jeden rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu, osiągnie 100%.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem zapisów dotyczących odstąpienia od Umowy głównej w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o którym mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej".

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wynosi 300 000 zł (trzysta tysięcy złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składek oraz Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
   1) podwyższenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   2) obniżenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego roku od zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o rodzaju wykonywanego zawodu.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.

3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 14 OWU.

§ 12

1. Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 19 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, był konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
   3) 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);
   4) 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 jego poczytalności;
   5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
   6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   7) Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, 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, 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).
2. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo 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 Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 15

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w § 5 ust. 3 i 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 5 ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy dodatkowej podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.
3. Zapisy ust. 1 i 2 mają zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą ta suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 2, liczony jest od daty podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 16

1. W przypadku Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu określony procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku.
2. Procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej określany jest zgodnie z tabelą nr 1 w zależności od stopnia (procentu) tego uszczerbku ustalonego zgodnie z Tabelą uszczerbków na zdrowiu stanowiącą załącznik nr 1 do OWUD.

tabela nr 1

Stopień (procent) Trwałego uszczerbku na zdrowiu	% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za każdy 1% (stopień) Trwałego uszczerbku na zdrowiu	
do 5% włącznie		1%
powyżej 5% do 20% (włącznie)	za każdy 1% do 5% (włącznie)	1%
	za każdy kolejny 1 stopień powyżej 5% do 20% (włącznie)	2%
powyżej 20%	za każdy 1% do 5% (włącznie)	1%
	za każdy kolejny 1 stopień powyżej 5% do 20% (włącznie)	2%
	za każdy kolejny 1 stopień powyżej 20%	3,5%

3. Stopień (procent) ustalonego Trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może przekroczyć 100%.
4. W przypadku gdy wystąpi więcej niż jeden rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu, suma ustalonych uszczerbków nie może przekroczyć 100%.
5. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
   1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
   2) Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
   3) do powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego doszło przed upływem 180 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
   4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonego a Trwałym uszczerbkiem na jego zdrowiu.
6. Oceny stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w § 17 ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
7. Rodzaj wykonywanych przez Ubezpieczonego czynności i charakter jego pracy nie mają wpływu na ocenę stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
8. W przypadku powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym Nieszczęśliwym wypadkiem, a miało to wpływ na aktualny stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu, rodzaj i stopień (procent) Trwałego uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy, jako różnica upośledzenia danego narządu przed i po Nieszczęśliwym wypadku.
9. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia jak i pogorszenia, nie stanowi podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
10. W przypadku wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku powodującego Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczony zobowiązany jest starać się o złagodzenie skutków Nieszczęśliwego wypadku poprzez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu. Towarzystwo nie odpowiada za Trwały uszczerbek na zdrowiu będący konsekwencją braku działań, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

Wypłata świadczenia

§ 17

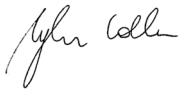
1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię dokumentacji medycznej określającej rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
   4) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
5. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4.

Postanowienia końcowe

§ 18

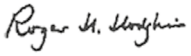
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Urazu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu
(kod RPFL1_ADISB3P_09.2025) dalej „OWUD”,
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 16 ust. 1 i 2	§ 14; § 15 ; § 16

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK URAZU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NIEPOWODUJĄCEGO TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU (KOD RPFL1_ADISB3P_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Urazu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Uraz niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego powstały w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
2) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
3) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Urazu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
4) **Skręcenie** – uraz polegający na przekroczeniu fizjologicznego zakresu ruchu w stawie. Na skutek skręcenia może dojść do uszkodzenia torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien;
5) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Urazu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego;
6) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej jego utracie lub upośledzeniu jego funkcji;
7) **Uraz w wyniku Nieszczęśliwego wypadku** – uraz powodujący Złamanie, Zwichnięcie lub Skręcenie i niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
8) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy dodatkowej, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy dodatkowej, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy dodatkowej do daty, w której Wiek jest obliczany;
9) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu polegające na:
   a. regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach przynależności do klubów sportowych, stowarzyszeń sportowych, związków i organizacji sportowych lub
   b. udziale w zawodach sportowych, imprezach sportowych, obozach szkoleniowo-sportowych lub kondycyjnych.

   Wyczynowym uprawianiem sportu, w rozumieniu niniejszych OWUD, nie jest uprawianie lekkoatletyki i pływania oraz udział w szkolnych zawodach sportowych;
10) **Złamanie** – spowodowane urazem przerwanie ciągłości tkanki kostnej, obejmujące cały jej przekrój, a także urazowe złuszczenie chrząstki nasadowej. W rozumieniu niniejszych OWUD Złamaniem nie jest przerwanie ciągłości tkanki kostnej związane z istniejącym wcześniej stanem chorobowym (tzw. złamanie patologiczne);
11) **Zwichnięcie** – spowodowane urazem uszkodzenie stawu, skutkujące przemieszczeniem powierzchni stawowych względem siebie, a w konsekwencji naciągnięcie lub naderwanie torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Uraz niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego powstały w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
   1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
   2) od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 67 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.

5. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i 4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
7. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 8 i 9.
8. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
9. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
10. Pozostałe zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.
4. Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej wyłącznie w przypadku, gdy w tym samym czasie objęty jest ochroną z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku - wariant I albo Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku - wariant II albo Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
   1) rozwiązania Umowy głównej;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat;
   3) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   5) zawieszenia opłacania Składek regularnych, jeżeli podczas tego zawieszenia ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie jest kontynuowana na zasadach określonych w OWU w części „Zawieszenie opłacania Składek regularnych".
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem zapisów dotyczących odstąpienia od Umowy głównej w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o którym mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej".

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek Urazu niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wynosi 150 000 zł (sto pięćdziesiąt tysięcy złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składek oraz Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
   1) podwyższenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   2) obniżenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego roku od zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o rodzaju wykonywanego zawodu.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.

5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 14 OWU.

§ 12

1. Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 19 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek powodujący Uraz u Ubezpieczonego nastąpił wskutek:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
   3) 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);
   4) 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 jego poczytalności;
   5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
   6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   7) obrażeń ciała Ubezpieczonego doznanych przed datą zawarcia Umowy dodatkowej;
   8) Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, 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, 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).
2. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo 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 Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 15

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w § 5 ust. 3 i 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 5 ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy dodatkowej podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.

3. Zapisy ust. 1 i 2 mają zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą ta suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 2, liczony jest od daty podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 16

1. W przypadku Urazu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale nie więcej niż 1 500 zł za jeden Uraz niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z Urazem w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującym Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
   1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpił Uraz Ubezpieczonego niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
   2) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonego a powstałym u niego Urazem niepowodującym Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
3. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Urazu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego może wynieść maksymalnie kwotę odpowiadającą 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale nie więcej niż 150 000 zł (sto pięćdziesiąt tysięcy złotych) w okresie jednego Roku polisy.

Wypłata świadczenia

§ 17

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie u Ubezpieczonego Urazu niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
   4) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
5. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4.

Postanowienia końcowe

§ 18

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego Assistance
(kod RPFL1_ASTV1_09.2025) dalej „OWUD”,
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 5 ust. 1; § 13	§ 5 ust. 2; § 12; § 13 ust. 1 tabela nr 1; § 14 ust. 4; § 15 ust. 1 i 4

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO ASSISTANCE (KOD RPFL1_ASTV1_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego Assistance (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o usługi assistance dla Ubezpieczonego, Dziecka Ubezpieczonego oraz Współmałżonka Ubezpieczonego albo Partnera Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) **Centrum Pomocy Generali** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe 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**"). Numer telefonu Centrum Pomocy wskazany jest w Dokumencie ubezpieczenia;
2) **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;
3) **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;
4) **Dziecko** – osoba pozostająca pod władzą rodzicielską Ubezpieczonego, która w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie przekroczyła 18 roku życia;
5) **Fizjoterapia poporodowa** – dziedzina rehabilitacji, zajmująca się dolegliwościami i powikłaniami wynikającymi ze zmian w organizmie kobiety, jakie zachodzą w czasie ciąży i po porodzie;
6) **Hospitalizacja** – leczenie w Szpitalu trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny, licząc od momentu przyjęcia do Szpitala;
7) **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;
8) **Lekarz konsultant Centrum Pomocy** – lekarz współpracujący z Centrum Pomocy (zwany dalej „**Lekarz konsultant**");
9) **Lekarz prowadzący** – lekarz, pod opieką którego znajduje się Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
10) **Miejsce zamieszkania** – wskazany przez Ubezpieczonego we wniosku o zawarcie Umowy głównej adres zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
11) **Nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, wymagający natychmiastowej pomocy medycznej;
12) **Opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną** – opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną, polegająca na zapewnieniu2niezbędnych warunków bytowych;
13) **Osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego w momencie zajścia zdarzenia, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone wymaga stałej opieki i nie może samodzielnie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych;
14) **Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance** – Ubezpieczony, Dziecko Ubezpieczonego, Współmałżonek Ubezpieczonego albo Partner Ubezpieczonego;
15) **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;
16) **Partner** – osoba pozostająca w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe;
17) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej Assistance;
18) **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;
19) **Usługi medycznego assistance** – zorganizowanie przez Centrum Pomocy pomocy medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, o ile wynika to zakresu usługi opisanego w OWUD, opieki nad ludźmi, a także świadczenie usług informacyjnych w związku z zajściem Nieszczęśliwego wypadku, wystąpieniem Nagłego zachorowania lub innego zdarzenia uprawniającego do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
20) **Współmałżonek** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;
21) **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.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego, Dziecka oraz Współmałżonka albo Partnera.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Usługi medycznego assistance, wskazane w § 5, z których ma prawo skorzystać Ubezpieczony, Współmałżonek Ubezpieczonego albo Partner Ubezpieczonego oraz Dziecko Ubezpieczonego.

§ 5

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 najbliższej 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 niesamodzielna, 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 niesamodzielnej do Osoby wskazanej do opieki – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla Ubezpieczonego lub Osoby niesamodzielnej 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 połogu (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 pppkt 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 przekaże 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 pppkt 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, specyfice 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

§ 6

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
   1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
   2) od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
5. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne roczne okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
6. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 8.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 8

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
   1) rozwiązania Umowy głównej;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat;
   3) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   5) zawieszenia opłacania Składek regularnych, jeżeli podczas tego zawieszenia ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie jest kontynuowana na zasadach określonych w OWU w części „Zawieszenie opłacania Składek regularnych".
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem zapisów dotyczących odstąpienia od Umowy głównej w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o którym mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej".

Składka za Umowę dodatkową

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia oraz częstotliwości opłacania składek. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 14 OWU.

Indeksacja

§ 11

Składka za Umowę dodatkową nie podlega indeksacji.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 12

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu 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) pozostawania przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych 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 Towarzystwa;
   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 Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, rozumianych jako schorzenie utrzymujące się długotrwale, a w trakcie jego przebiegu mogą występować okresy zaostrzenia, mniejszego lub czasowego ustąpienia objawów i które zostało zdiagnozowane lub było leczone przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej;
   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. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo 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 Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 13

1. Świadczenia w zakresie poszczególnych Usług medycznego assistance udzielane są do wysokości limitu wskazanego w tabeli nr 1, z zastrzeżeniem ust. 2.

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

2. W przypadku zajścia Nieszczęśliwego wypadku, wystąpienia Nagłego zachorowania lub innych okoliczności uprawniających do świadczeń wymienionych w § 5, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu 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 § 5 taki limit został wskazany.

Realizacja świadczenia

§ 14

1. W przypadku zajścia zdarzenia uprawniającego do skorzystania z Usług medycznego assistance, wskazanych w § 5, 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

§ 15

1. Towarzystwo 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. Towarzystwo 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 Towarzystwa 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

§ 16

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
(kod RPFL1_ADCHB_09.2025) dalej „OWUD”,
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 16 ust. 1, 2, 6	§ 14; § 15; § 16 ust. 3-5

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD RPFL1_ADCHB_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
2) **OIOM (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej)** – wyodrębniony organizacyjnie w strukturach szpitala oddział zapewniający całodobową specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w przypadku ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych.
   W rozumieniu OWUD pojęcie OIOM obejmuje także:
   a. oddział intensywnej terapii;
   b. oddział anestezjologii i intensywnej terapii;
   c. oddział intensywnego nadzoru medycznego;
   d. salę intensywnego nadzoru, wydzieloną w strukturze oddziału szpitalnego, spełniającą kryteria opisane powyżej;
3) **Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku** – odbywający się na zlecenie lekarza pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, rozumianym jako zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń szpitalnych w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa, trwający nieprzerwanie co najmniej 1 dzień, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia, spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem. Definicja obejmuje także pobyt w szpitalu rehabilitacyjnym lub oddziale rehabilitacyjnym. Definicja obejmuje szpitale znajdujące się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz krajów Unii Europejskiej, a także krajów spoza Unii Europejskiej pod warunkiem dostarczenia dokumentacji medycznej przetłumaczonej na język angielski. Okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala. Jeżeli w czasie Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpił zgon, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu.
   W rozumieniu niniejszej definicji Pobytem w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nie jest pobyt w:
   a. placówkach leczenia odwykowego;
   b. zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności: szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach, prewentoriach;
   c. hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych;
4) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
5) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
6) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
7) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy dodatkowej, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy dodatkowej, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy dodatkowej do daty, w której Wiek jest obliczany;
8) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu polegające na:
   a. regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach przynależności do klubów sportowych, stowarzyszeń sportowych, związków i organizacji sportowych lub
   b. udziale w zawodach sportowych, imprezach sportowych, obozach szkoleniowo-sportowych lub kondycyjnych.
   Wyczynowym uprawianiem sportu, w rozumieniu niniejszych OWUD, nie jest uprawianie lekkoatletyki i pływania oraz udział w szkolnych zawodach sportowych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się i trwał w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, który wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
   1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo

2) od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
5. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i 4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
7. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 8 i 9.
8. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
9. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
10. Pozostałe zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. 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 głównej;
   2) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   3) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   4) zawieszenia opłacania Składek regularnych, jeżeli podczas tego zawieszenia ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie jest kontynuowana na zasadach określonych w OWU w części „Zawieszenie opłacania Składek regularnych".
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem zapisów dotyczących odstąpienia od Umowy głównej w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o którym mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej".

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 5 000 zł (pięć tysięcy złotych).
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wynosi 50 000 zł (pięćdziesiąt tysięcy złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składek oraz Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
   1) podwyższenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   2) obniżenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego Roku polisy.
2. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o rodzaju wykonywanego zawodu.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.

5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy Ubezpieczenia, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 14 OWU.

§ 12

1. Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 19 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną pobytu Ubezpieczonego w szpitalu nastąpił wskutek:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
   3) 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);
   4) 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 jego poczytalności;
   5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
   6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   7) Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, 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, 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).
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli miał on na celu:
   1) operację plastyczną lub kosmetyczną Ubezpieczonego, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
   2) wykonywanie przez Ubezpieczonego rutynowych badań lekarskich lub badań diagnostycznych niewynikających z Nieszczęśliwego wypadku;
   3) wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych u Ubezpieczonego, z wyjątkiem rehabilitacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
   4) poddanie się leczeniu dentystycznemu przez Ubezpieczonego, z wyjątkiem leczenia dentystycznego niezbędnego do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

   a także, jeżeli Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku:
   5) został zlecony Ubezpieczonemu lub o którym postanowiono przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo 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 Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 15

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w § 5 ust. 3 i 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 5 ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy dodatkowej podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.
3. Zapisy ust. 1 i 2 mają zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą ta suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 2, liczony jest od daty podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 16

1. W przypadku Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu za każdy dzień pobytu w szpitalu 0,5% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu rozpoczęcia Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
2. W przypadku przebywania Ubezpieczonego na OIOM-ie podczas Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu, niezależnie od świadczenia wymienionego w ust. 1, świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Świadczenie to wypłacane jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z łącznymi Pobytami Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nieprzekraczającymi 200 dni w jednym Roku polisy.
4. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się jeden raz.
5. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
6. Zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku możliwe jest także w trakcie pobytu w szpitalu po 30 dniu tego pobytu. Zasadę tę stosuje się do każdego kolejnego 30-dniowego okresu pobytu w szpitalu.

Wypłata świadczenia

§ 17

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
   4) kopię zaświadczenia o trwającej hospitalizacji wydanego przez lekarza prowadzącego, w przypadku gdy pobyt w szpitalu się nie zakończył;
   5) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W przypadku gdy Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku miał miejsce w kraju spoza Unii Europejskiej dokumenty, o których mowa w ust. 1 pkt 3 i 4, powinny być przetłumaczone na język angielski.
5. Koszt tłumaczenia dokumentów ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
6. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
7. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 6.

Postanowienia końcowe

§ 18

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
dotyczącego refundacji kosztów leczenia Ubezpieczonego
w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
(kod RPFL1_AKL_09.2025) dalej „OWUD”,
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 16 ust. 1	§ 14; § 15; § 16 ust. 2

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO DOTYCZĄCEGO REFUNDACJI KOSZTÓW LECZENIA UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (KOD RPFL1_AKL_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego dotyczącego refundacji kosztów leczenia Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o refundację kosztów leczenia Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
2) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
3) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej refundacji kosztów leczenia Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
4) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości refundacji kosztów leczenia Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
5) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy dodatkowej, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy dodatkowej, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy dodatkowej do daty, w której Wiek jest obliczany;
6) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu polegające na:
   a. regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach przynależności do klubów sportowych, stowarzyszeń sportowych, związków i organizacji sportowych lub
   b. udziale w zawodach sportowych, imprezach sportowych, obozach szkoleniowo-sportowych lub kondycyjnych.

   Wyczynowym uprawianiem sportu, w rozumieniu niniejszych OWUD, nie jest uprawianie lekkoatletyki i pływania oraz udział w szkolnych zawodach sportowych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje refundację kosztów leczenia poniesionych przez Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, któremu Ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, powstałe z tytułu:

1) udzielenia pierwszej pomocy lekarskiej lub ambulatoryjnej;
2) pobytu w szpitalu, przeprowadzenia badań, zabiegów (z wyłączeniem zabiegów rehabilitacyjnych) i operacji (z wyłączeniem operacji plastycznych);
3) nabycia lekarstw i środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza;
4) przewozu Ubezpieczonego do szpitala lub ambulatorium.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
   1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
   2) od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
5. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i 4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
7. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 8 i 9.
8. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.

9. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
10. Pozostałe zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. 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 głównej;
   2) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   3) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   4) zawieszenia opłacania Składek regularnych, jeżeli podczas tego zawieszenia ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie jest kontynuowana na zasadach określonych w OWU w części „Zawieszenie opłacania Składek regularnych".
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem zapisów dotyczących odstąpienia od Umowy głównej w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o którym mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej".

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 1 000 zł (jeden tysiąc złotych).
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych dotyczących refundacji kosztów leczenia w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składek oraz Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
   1) podwyższenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   2) obniżenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego roku od zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o rodzaju wykonywanego zawodu.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy Ubezpieczenia, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 14 OWU.

§ 12

1. Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 19 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu refundacji kosztów leczenia w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek nastąpił wskutek:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
   3) 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);
   4) 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 jego poczytalności;
   5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
   6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   7) Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, 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, 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).
2. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo 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 Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 15

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w § 5 ust. 3 i 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 5 ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy dodatkowej podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.
3. Zapisy ust. 1 i 2 mają zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą ta suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 2, liczony jest od daty podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 16

1. Świadczenie polega na refundacji kosztów leczenia Ubezpieczonego poniesionych przez Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Refundacja kosztów leczenia w wyniku Nieszczęśliwego wypadku obejmuje koszty, które zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

Wypłata świadczenia

§ 17

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia;;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;

3) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony;
4) kopię rachunku lub faktury za wydatki poniesione w trakcie leczenia wystawionych imiennie na Ubezpieczonego;
5) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej udzielenie Ubezpieczonemu pomocy medycznej, o której mowa w § 4.

2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
5. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4.

Postanowienia końcowe

§ 18

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
dotyczącego ryczałtowego pokrycia kosztów leków
zaleconych po Pobycie Ubezpieczonego w szpitalu
(kod RPFL1_RCMDCHB_09.2025) dalej „OWUD”,
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 15 ust. 1-3	§ 12; § 13 ust. 1; § 14; § 15 ust. 4

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO DOTYCZĄCEGO RYCZAŁTOWEGO POKRYCIA KOSZTÓW LEKÓW ZALECONYCH PO POBYCIE UBEZPIECZONEGO W SZPITALU (KOD RPFL1_RCMDCHB_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego dotyczącego ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po Pobycie Ubezpieczonego w szpitalu (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o ryczałtowe pokrycie kosztów leków zaleconych po Pobycie Ubezpieczonego w szpitalu.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
2) **Pobyt w szpitalu** – odbywający się na zlecenie lekarza pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, rozumianym jako zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń szpitalnych w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa, trwający nieprzerwanie co najmniej 1 dzień, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. Definicja obejmuje szpitale znajdujące się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz krajów Unii Europejskiej, a także krajów spoza Unii Europejskiej pod warunkiem dostarczenia dokumentacji medycznej przetłumaczonej na język angielski.
   Okres Pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala. Jeżeli w czasie Pobytu w szpitalu nastąpił zgon, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu.
   W rozumieniu niniejszej definicji Pobytem w szpitalu nie jest pobyt w:
   a. placówkach leczenia odwykowego;
   b. zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności: szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach, prewentoriach;
   c. hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych;
3) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
4) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po Pobycie Ubezpieczonego w szpitalu;
5) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po Pobycie Ubezpieczonego w szpitalu;
6) **Wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
   a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
   b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej, w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu;
7) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy dodatkowej, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy dodatkowej, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy dodatkowej do daty, w której Wiek jest obliczany;
8) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu polegające na:
   a. regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach przynależności do klubów sportowych, stowarzyszeń sportowych, związków i organizacji sportowych lub
   b. udziale w zawodach sportowych, imprezach sportowych, obozach szkoleniowo-sportowych lub kondycyjnych.
   Wyczynowym uprawianiem sportu, w rozumieniu niniejszych OWUD, nie jest uprawianie lekkoatletyki i pływania oraz udział w szkolnych zawodach sportowych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje ryczałtowe pokrycie kosztów zakupu leków zaleconych Ubezpieczonemu po Pobycie w szpitalu.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
   1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
   2) od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.

4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
5. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i 4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
7. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 8 i 9.
8. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
9. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
10. Pozostałe zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej wyłącznie w przypadku, gdy jest jednocześnie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu lub Umowy dodatkowej na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
4. 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 głównej;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat;
   3) rozwiązania Umowy dodatkowej na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu lub Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (w zależności od tego, która z tych Umów dodatkowych zostanie rozwiązana jako ostatnia) zawartej w ramach Umowy ubezpieczenia, której zakres został rozszerzony o niniejszą Umowę dodatkową;
   4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   6) zawieszenia opłacania Składek regularnych, jeżeli podczas tego zawieszenia ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie jest kontynuowana na zasadach określonych w OWU w części „Zawieszenie opłacania Składek regularnych".
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem zapisów dotyczących odstąpienia od Umowy głównej w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o którym mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej".

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest stała i wynosi 600 zł (sześćset złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składek oraz Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 13 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczona jest do Składki regularnej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 14 OWU.

Indeksacja

§ 11

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej nie podlega indeksacji.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 12

1. Jeżeli Ubezpieczony objęty jest jednocześnie ochroną z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej oraz Umowy dodatkowej na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po Pobycie Ubezpieczonego w szpitalu, jeśli konieczność tego pobytu była konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
   3) 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) lub nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu potwierdzonego w dokumentacji medycznej;
   4) 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 jego poczytalności;
   5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
   6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   7) Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, 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, 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);
   8) wad wrodzonych Ubezpieczonego i schorzeń będących ich skutkiem;
   9) choroby AIDS Ubezpieczonego;

   a także jeżeli miał on na celu:
   10) operację plastyczną lub kosmetyczną Ubezpieczonego, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
   11) wykonywanie przez Ubezpieczonego rutynowych badań lekarskich lub badań diagnostycznych niewynikających z zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku;
   12) wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych u Ubezpieczonego, z wyjątkiem rehabilitacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
   13) leczenie lub zabiegi związane z usunięciem ciąży, połogiem lub porodem, poza przypadkami gdy zdiagnozowano komplikacje połogu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiące zagrożenie dla życia Ubezpieczonego;
   14) poddanie się leczeniu dentystycznemu przez Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem;
   15) pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu od Ubezpieczonego;
   16) leczenie wszelkiego rodzaju uzależnień Ubezpieczonego;

   oraz jeżeli pobyt ten:
   17) został zlecony Ubezpieczonemu lub o którym postanowiono przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
   18) był następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
      a. zdiagnozowanych u Ubezpieczonego lub
      b. leczonych u Ubezpieczonego, lub
      c. których leczenie zalecono u Ubezpieczonego,

      w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
2. Jeżeli Ubezpieczony objęty jest jednocześnie ochroną z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej oraz Umowy dodatkowej na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po Pobycie Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, jeśli Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu nastąpił wskutek:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
   3) 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);
   4) 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 jego poczytalności;
   5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
   6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   7) Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, 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, 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);

a także, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku miał na celu:

8) operację plastyczną lub kosmetyczną Ubezpieczonego, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
9) wykonywanie przez Ubezpieczonego rutynowych badań lekarskich lub badań diagnostycznych niewynikających z Nieszczęśliwego wypadku;
10) wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych u Ubezpieczonego, z wyjątkiem rehabilitacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
11) poddanie się leczeniu dentystycznemu przez Ubezpieczonego, z wyjątkiem leczenia dentystycznego niezbędnego do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

oraz, jeżeli Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku:

12) został zlecony Ubezpieczonemu lub o którym postanowiono przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.

3. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo 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 Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

§ 13

1. W przypadku gdy Umowa dodatkowa zawierana jest w okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po Pobycie Ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt ten był konsekwencją Nieszczęśliwego wypadku.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na kolejny okres ubezpieczenia.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, obejmującej zakresem Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
   1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
   2) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu miał miejsce po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 14

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w § 5 ust. 3 i 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 5 ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy dodatkowej podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 15

1. Świadczenie polega na ryczałtowym pokryciu kosztów zakupu leków zaleconych Ubezpieczonemu po Pobycie w szpitalu w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu rozpoczęcia Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej aktualnej w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej pod warunkiem, że ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia zakończyła się dzień przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli zalecenie zakupu leków po Pobycie Ubezpieczonego w szpitalu wynika bezpośrednio z karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.
4. Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu nie więcej niż trzy świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej w okresie jednego Roku polisy (decyduje data wydania zalecenia zakupu leków).
5. Wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej przysługuje wyłącznie w przypadku, gdy należne jest świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu lub Umowy dodatkowej na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Wypłata świadczenia

§ 16

1. W przypadku gdy Ubezpieczony jest objęty ochroną z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu albo Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku jest równoznaczne ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.

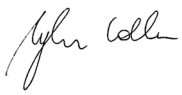
3. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 2.

Postanowienia końcowe

§ 17

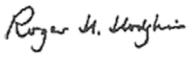
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego Zawału serca lub Udaru mózgu
(kod RPFL1_DDHS_09.2025) dalej „OWUD”,
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 17 ust. 1 i 2	§ 14; § 15 ust. 1 i 4; § 16; § 17 ust. 3

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK WYSTĄPIENIA U UBEZPIECZONEGO ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU (KOD RPFL1_DDHS_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego Zawału serca lub Udaru mózgu (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o wystąpienie u Ubezpieczonego Zawału serca lub Udaru mózgu.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego Zawału serca lub Udaru mózgu;
2) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego Zawału serca lub Udaru mózgu;
3) **Udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorem materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
   a. obecność nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
   b. utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
   c. obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w badaniach obrazowych (tomografii komputerowej lub jądrowym rezonansie magnetycznym);
   d. istnienie trwałych deficytów neurologicznych musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie co najmniej 2 miesięcy od daty zdarzenia.

   Definicja nie obejmuje:
   a. epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
   b. zdarzeń skutkujących jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci;
   c. objawów mózgowych spowodowanych migreną;
   d. uszkodzenia mózgu spowodowanego zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
   e. chorób naczyniowych dotyczących oka, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;
4) **Wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
   a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
   b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,

   w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu;
5) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy dodatkowej, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy dodatkowej, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy dodatkowej do daty, w której Wiek jest obliczany;
6) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu polegające na:
   a. regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach przynależności do klubów sportowych, stowarzyszeń sportowych, związków i organizacji sportowych lub
   b. udziale w zawodach sportowych, imprezach sportowych, obozach szkoleniowo-sportowych lub kondycyjnych.

   Wyczynowym uprawianiem sportu, w rozumieniu niniejszych OWUD, nie jest uprawianie lekkoatletyki i pływania oraz udział w szkolnych zawodach sportowych;
7) **Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99 centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
   a. objawy kliniczne niedokrwienia serca;
   b. zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe, znamienne zmiany odcinka ST – załamka T (ST-T), patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa);
   c. nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych;
   d. obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionego badaniem angiograficznym lub w autopsji.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Zawału serca lub Udaru mózgu, zdefiniowanych w § 2.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
   1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
   2) od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
5. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i 4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
7. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 8 i 9.
8. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
9. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
10. Pozostałe zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. 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 głównej;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat;
   3) wypłaty 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   6) zawieszenia opłacania Składek regularnych, jeżeli podczas tego zawieszenia ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie jest kontynuowana na zasadach określonych w OWU w części „Zawieszenie opłacania Składek regularnych".
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem zapisów dotyczących odstąpienia od Umowy głównej w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o którym mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej".

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu wynosi 1 000 000 zł (jeden milion złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składek oraz Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 15 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
   1) podwyższenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;

2) obniżenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego roku od zawarcia Umowy dodatkowej.

2. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 14 OWU.

§ 12

1. Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 19 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu są konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) 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);
   3) 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 jego poczytalności;
   4) Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, 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, 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);
   5) wad wrodzonych Ubezpieczonego i schorzeń będących ich skutkiem;

   a także, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu:

   6) zostały zdiagnozowane lub były leczone u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
   7) były następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
      a. zdiagnozowanych u Ubezpieczonego lub
      b. leczonych u Ubezpieczonego, lub
      c. których leczenie zalecono,

      w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
2. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo 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 Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

§ 15

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli rozpoznanie Zawału serca lub Udaru mózgu nastąpiło w okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
   1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
   2) Zawał serca lub Udar mózgu nastąpiły po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

   Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.
4. Zapis ust. 1 ma zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 1, liczony jest od dnia podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 16

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w § 5 ust. 3 i 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 5 ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy dodatkowej podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.
3. Zapisy ust. 1 i 2 mają zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą ta suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 2, liczony jest od daty podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 17

1. Z tytułu wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości:
   1) w przypadku wystąpienia Zawału serca: 50% albo 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu wystąpienia Zawału serca uzależnione od stopnia zaawansowania choroby:
      a. I stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku, gdy w wyniku Zawału serca doszło do uszkodzenia funkcji lewej komory małego lub średniego stopnia – wartość frakcji wyrzutowej mięśnia lewej komory (EF), mierzonej po co najmniej 3 miesiącach od zdarzenia wynosi co najmniej 50%;
      b. II stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku, gdy w wyniku Zawału serca doszło do uszkodzenia funkcji serca znacznego stopnia – wartość frakcji wyrzutowej mięśnia lewej komory (EF), mierzonej po co najmniej 3 miesiącach od zdarzenia wynosi poniżej 50%;
   2) w przypadku wystąpienia Udaru mózgu – 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu wystąpienia Udaru mózgu,

   z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu Zawału serca, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 ppkt a, w pierwszym stopniu zaawansowania choroby i dalszego pogorszenia się stanu zdrowia z tytułu tego samego Zawału serca, skutkującego wystąpieniem drugiego stopnia zaawansowania choroby, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Zawału serca lub Udaru mózgu dla jednego Ubezpieczonego nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu Zawału serca lub Udaru mózgu przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Wypłata świadczenia

§ 18

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Zawału serca lub Udaru mózgu.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
5. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.

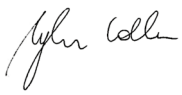
6. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 5.

Postanowienia końcowe

§ 19

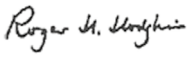
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego lub jego Dzieci Nowotworu
(kod RPFL1_DDC1_09.2025) dalej „OWUD”,
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 18 ust. 1-3	§ 14; § 15; § 16 ust. 1 i 4; § 17; § 18 ust. 4 i 5

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK WYSTĄPIENIA U UBEZPIECZONEGO LUB JEGO DZIECI NOWOTWORU (KOD RPFL1_DDC1_09.2025)

Postanowienia ogólne

§1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego lub jego Dzieci Nowotworu (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o wystąpienie u Ubezpieczonego lub jego Dzieci Nowotworu.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) **Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przez niego Przysposobione, które w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 21 roku życia;
2) **Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy** – histologicznie łagodny guz nowotworowy mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych powodujący uszkodzenie tkanek, spełniający wszystkie poniższe warunki:
   a. wymaga usunięcia chirurgicznego, a w przypadku jego nieoperacyjności powoduje trwały ubytek neurologiczny, istniejący stale przez co najmniej 3 miesiące (ataki padaczkowe nie są uważane za trwały ubytek neurologiczny w rozumieniu niniejszych OWUD);
   b. jego istnienie zostało potwierdzone przez neurologa lub neurochirurga na podstawie stosownych badań obrazowych (magnetyczny rezonans jądrowy lub tomografia komputerowa).

   Definicja nie obejmuje:
   a. torbieli;
   b. ziarniniaków;
   c. malformacji naczyniowych;
   d. krwiaków;
   e. ropni;
   f. guzów rdzenia kręgowego;
   g. guzów przysadki mózgowej mniejszych niż 10 mm;
3) **Nowotwór** – Nowotwór złośliwy inwazyjny lub Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ), lub Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy;
4) **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie zdrowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Definicja obejmuje także złośliwe nowotwory ośrodkowego układu nerwowego oraz krwi i narządów krwiotwórczych.
   Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie Nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia poniższych trzech kryteriów:
   a. pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne;
   b. posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem;
   c. rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności.

   Definicja nie obejmuje:
   a. nowotworów łagodnych;
   b. zróżnicowanych raków tarczycy i prostaty o stopniu zaawansowania mniejszym niż II zgodnie z klasyfikacją AJCC;
   c. nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania większym niż IA zgodnie z klasyfikacją AJCC;
   d. nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania mniejszym niż IB w klasyfikacji AJCC;
   e. nowotworów rozpoznanych jedynie na podstawie płynnej biopsji (liquid biopsy);
5) **Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ)** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórek nowotworowych, nieprzekraczający błony podstawnej nabłonka, z którego się wywodzi i niepowodujący naciekania tkanek sąsiednich (stopień zaawansowania 0 zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC). Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Definicja obejmuje także zróżnicowane raki tarczycy o stopniu zaawansowania I, raki prostaty o stopniu zaawansowania I, czerniaka złośliwego o stopniu zaawansowania IA i nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania IA w klasyfikacji AJCC.
   Definicja nie obejmuje:
   a. nowotworów łagodnych;
   b. hiperkeratoz, dysplazji, stanów przedrakowych;
   c. nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania IA zgodnie z klasyfikacją AJCC;
6) **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 Dziecka;
7) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego lub jego Dzieci Nowotworu;
8) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego lub jego Dzieci Nowotworu złośliwego;
9) **Wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
   a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
   b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,

w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu wystąpienia Nowotworu złośliwego;

10) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy dodatkowej, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy dodatkowej, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy dodatkowej do daty, w której Wiek jest obliczany.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej u Ubezpieczonego lub jego Dzieci Nowotworów, zdefiniowanych w § 2.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
   1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
   2) od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
5. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i 4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
7. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 8 i 9.
8. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
9. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
10. Pozostałe zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. 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 głównej;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 85 lat;
   3) wypłaty 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z powodu tego samego Nowotworu złośliwego inwazyjnego;
   4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   6) zawieszenia opłacania Składek regularnych, jeżeli podczas tego zawieszenia ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie jest kontynuowana na zasadach określonych w OWU w części „Zawieszenie opłacania Składek regularnych".
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem zapisów dotyczących odstąpienia od Umowy głównej w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o którym mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej".

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego lub jego Dzieci Nowotworów, wynosi 1 000 000 zł (jeden milion złotych).

Składka za Umowę dodatkową

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składek oraz Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 16 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
   1) podwyższenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   2) obniżenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego roku od zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 14 OWU.

§ 12

1. Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 19 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia Nowotworu u Ubezpieczonego, jeżeli:
1) było ono konsekwencją choroby AIDS Ubezpieczonego;
2) Nowotwór został zdiagnozowany lub był leczony u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.

§ 15

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia Nowotworu u Dziecka, jeżeli:
1) Nowotwór był zdiagnozowany przed ukończeniem przez Dziecko 1 roku życia;
2) Nowotwór został zdiagnozowany lub był leczony u Dziecka przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
3) Nowotwór był konsekwencją choroby AIDS Dziecka;
4) Ubezpieczony wiedział o Nowotworze Dziecka przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.

§ 16

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli rozpoznanie Nowotworu nastąpiło w okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia.

3. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
   1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
   2) Nowotwór wystąpił po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

   Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.
4. Zapis ust. 1 ma zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 1, liczony jest od dnia podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

§ 17

Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo 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 Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 18

1. Z tytułu wystąpienia Nowotworu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu:
   1) świadczenie w wysokości 20% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku rozpoznania Nowotworu złośliwego przedinwazyjnego;
   2) świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku rozpoznania Łagodnego nowotworu wewnątrzczaszkowego;
   3) świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku rozpoznania Nowotworu złośliwego inwazyjnego w I stopniu zaawansowania (Stage I), zgodnie z klasyfikacją AJCC lub przewlekłej białaczki limfocytowej w stopniu zaawansowania mniejszym niż II wg klasyfikacji RAI;
   4) świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku rozpoznania Nowotworu złośliwego inwazyjnego o wyższym stopniu zaawansowania niż wskazane w pkt 3 oraz nowotworu złośliwego inwazyjnego ośrodkowego układu nerwowego wg Klasyfikacji Chorób dla Onkologii WHO.
2. Świadczenia, o których mowa w ust.1 pkt 1 i 2, mogą zostać wypłacone jeden raz dla Ubezpieczonego i każdego jego Dziecka w całym okresie obowiązywania Umowy dodatkowej.
3. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu Nowotworu złośliwego inwazyjnego, o którym mowa w ust. 1 pkt 3 i dalszego pogorszenia się stanu zdrowia z tytułu tego samego Nowotworu złośliwego inwazyjnego, skutkującego wystąpieniem wyższego stopnia zaawansowania choroby, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Suma świadczeń wypłaconych z tytułu tego samego Nowotworu złośliwego liczona odrębnie dla Ubezpieczonego i każdego jego Dziecka nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu tego samego Nowotworu złośliwego przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
5. W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu tego samego Nowotworu złośliwego wypłacona na rzecz Ubezpieczonego albo któregokolwiek z Dzieci osiągnie 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej ochrona ubezpieczeniowa wygasa a Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu.

Wypłata świadczenia

§ 19

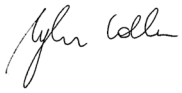
1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Nowotworu.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego lub Dziecko na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
5. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
6. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 5.

Postanowienia końcowe

§ 19

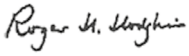
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
Assistance na wypadek Nowotworu
(kod RPFL1_ASTC_09.2025) dalej „OWUD”,
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 5	§ 5 ust. 2, tabela nr 1 i ust. 3; § 12; § 13 ust. 4

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO ASSISTANCE NA WYPADEK NOWOTWORU (KOD RPFL1_ASTC_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego Assistance na wypadek Nowotworu (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o usługi assistance dla Ubezpieczonego oraz jego Dziecka.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) **Centrum Pomocy Generali** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe 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**"). Numer telefonu Centrum Pomocy wskazany jest w Dokumencie ubezpieczenia;
2) **Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przez niego Przysposobione, które w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie przekroczyło 21 roku życia;
3) **Hospitalizacja** – leczenie w Szpitalu trwające nieprzerwanie co najmniej 2 doby, licząc od momentu przyjęcia do Szpitala;
4) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi dokumentami, do udzielania świadczeń medycznych, niebędąca członkiem najbliższej rodziny Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
5) **Lekarz konsultant** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza, zgodnie z prawem obowiązującym w kraju wykonywania przez niego zawodu lekarza, wskazana przez konsultanta Centrum Pomocy w celu sporządzenia drugiej opinii medycznej;
6) **Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy** – histologicznie łagodny guz nowotworowy mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych powodujący uszkodzenie tkanek, spełniający wszystkie poniższe warunki:
   a. wymaga usunięcia chirurgicznego, a w przypadku jego nieoperacyjności powoduje trwały ubytek neurologiczny, istniejący stale przez co najmniej 3 miesiące (ataki padaczkowe nie są uważane za trwały ubytek neurologiczny w rozumieniu niniejszych OWUD);
   b. jego istnienie zostało potwierdzone przez neurologa lub neurochirurga na podstawie stosownych badań obrazowych (magnetyczny rezonans jądrowy lub tomografia komputerowa).

   Definicja nie obejmuje:
   a. torbieli;
   b. ziarniniaków;
   c. malformacji naczyniowych;
   d. krwiaków;
   e. ropni;
   f. guzów rdzenia kręgowego;
   g. guzów przysadki mózgowej mniejszych niż 10 mm;
7) **Miejsce zamieszkania** – wskazany przez Ubezpieczonego we wniosku o zawarcie Umowy głównej adres zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
8) **Nowotwór** – Nowotwór złośliwy inwazyjny lub Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ) lub Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy;
9) **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie zdrowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Definicja obejmuje także złośliwe nowotwory ośrodkowego układu nerwowego oraz krwi i narządów krwiotwórczych.
   Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie Nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia poniższych trzech kryteriów:
   a. pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne;
   b. posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem;
   c. rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności.

   Definicja nie obejmuje:
   a. nowotworów łagodnych;
   b. zróżnicowanych raków tarczycy i prostaty o stopniu zaawansowania mniejszym niż II zgodnie z klasyfikacją AJCC;
   c. nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania większym niż IA zgodnie z klasyfikacją AJCC;
   d. nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania mniejszym niż IB w klasyfikacji AJCC;
   e. nowotworów rozpoznanych jedynie na podstawie płynnej biopsji (liquid biopsy);
10) **Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ)** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórek nowotworowych, nieprzekraczający błony podstawnej nabłonka, z którego się wywodzi i niepowodujący naciekania tkanek sąsiednich (stopień zaawansowania 0 zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC). Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Definicja obejmuje także zróżnicowane raki tarczycy o stopniu zaawansowania I, raki prostaty o stopniu zaawansowania I, czerniaka złośliwego o stopniu zaawansowania IA i nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania IA w klasyfikacji AJCC.
    Definicja nie obejmuje:
    a. nowotworów łagodnych;
    b. hiperkeratoz, dysplazji, stanów przedrakowych;
    c. nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania IA zgodnie z klasyfikacją AJCC;
11) **Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance** – Ubezpieczony oraz Dziecko Ubezpieczonego;

12) **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 Dziecka;
13) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej Assistance na wypadek Nowotworu;
14) **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;
15) **Usługi medycznego assistance** – zorganizowanie przez Centrum Pomocy pomocy medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, o ile wynika to z zakresu usługi opisanego w OWUD, opieki nad ludźmi, a także świadczenie usług informacyjnych w związku z zachorowaniem przez Ubezpieczonego lub jego Dziecko na Nowotwór.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego oraz jego Dziecka.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Usługi medycznego assistance, wskazane w § 5, z których ma prawo skorzystać Ubezpieczony oraz Dziecko.

§ 5

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Usługi medycznego assistance, w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego lub jego Dziecka Nowotworu:
   1) Konsultacja telefoniczna albo wideokonsultacja medyczna z Lekarzem.
      a. Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji medycznej z Lekarzem.
      b. Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance przysługuje konsultacja telefoniczna z Lekarzem albo wideokonsultacja medyczna z Lekarzem, zgodnie z wyborem Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance.
      c. Przed konsultacją telefoniczną lub wideokonsultacją Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance może przesłać Lekarzowi drogą mailową albo w inny uzgodniony sposób, dokumentację medyczną dotyczącą stanu swojego zdrowia.
      d. Lekarz, po przeprowadzonej konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji medycznej, może przesłać Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, drogą mailową albo w inny uzgodniony z nią sposób, recepty pełnopłatne lub skierowanie na zalecone podczas konsulatcji badania.
   2) Pomoc onkopsychologa.
      a. Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty wizyty Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance u onkopsychologa.
   3) Wizyta pielęgniarska po Hospitalizacji.
      a. W przypadku gdy Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance była hospitalizowana i zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza potrzebuje opieki pielęgniarskiej po zakończeniu Hospitalizacji, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty wizyty pielęgniarskiej po Hospitalizacji. Wizyta pielęgniarska obejmuje następujące czynności:
         a) wykonywanie zabiegów leczniczych: ćwiczeń terapeutycznych, okładów, opatrunków, rehabilitacji oddechowej, zastrzyków, podawanie leków – zgodnie z zaleceniem Lekarza Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
         b) wykonywanie czynności diagnostycznych: pomiaru cisnienia i tętna – zgodnie z zaleceniem Lekarza Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance.
   4) Pomoc domowa po Hospitalizacji.
      a. W przypadku gdy Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance była hospitalizowana i zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza potrzebuje pomocy w domu po zakończeniu Hospitalizacji, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty pomocy domowej w jej Miejscu zamieszkania.
      b. Zakres świadczenia pomocy domowej po Hospitalizacji obejmuje następujące czynności:
         a) utrzymanie czystości w domu: sprzątanie podłóg na sucho i na mokro, ścieranie kurzy z mebli i parapetów, odkurzanie dywanów lub wykładzin, czyszczenie ceramiki łazienkowej, czyszczenie wanny lub kabiny prysznicowej z ewentualnym brodzikiem, zmywanie naczyń, czyszczenie zlewu, czyszczenie płyty kuchennej;
         b) przyrządzanie codziennych posiłków (również dla niepełnoletniego dziecka zamieszkującego razem z Ubezpieczonym lub osoby niesamodzielnej zamieszkującej razem z Ubezpieczonym, która ze względu na zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie przygotować posiłków);
         c) robienie zakupów, niezbędnych do realizacji wyżej wymienionych czynności, w miejscach wskazanych przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance, o ile odległość do nich nie będzie większa niż 50 km od jej Miejsca zamieszkania; robienie zakupów nie obejmuje pokrycia kosztów tych zakupów;
         d) podlewanie kwiatów;
         e) wyrzucanie śmieci.
   5) Transport medyczny.
      a. W przypadku gdy powstanie konieczność przywiezienia Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance z jej Miejsca zamieszkania do szpitala lub innej placówki medycznej odpowiednio wyposażonej do udzielenia jej pomocy medycznej oraz transportu powrotnego Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance do jej Miejsca zamieszkania, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu medycznego.
      b. Centrum Pomocy nie zorganizuje transportu medycznego, jeżeli z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance konieczne będzie pilne wezwanie pogotowia ratunkowego. W takim przypadku Centrum Pomocy wyjaśni Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance przyczynę odmowy zorganizowania transportu medycznego oraz ustali z nią sposób zawiadomienia pogotowia ratunkowego.

c. Decyzję o wyborze czasu, celu i środka transportu podejmuje Centrum Pomocy po konsultacji z Lekarzem konsultantem, uwzględniając stan zdrowia Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, dostępne środki transportu oraz czas i cel transportu.
d. W celu umożliwienia spełnienia świadczenia transportu medycznego, Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance zobowiązana jest do zapewnienia Centrum Pomocy dostępu do wszelkich informacji pozwalających na ocenę stanu zdrowia.

6) Konsultacja dietetyka.
   a. W przypadku gdy zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza powstanie konieczność konsultacji u dietetyka, Centrum pomocy zorganizuje i pokryje koszty takiej konsultacji z dietetykiem w celu przekazania informacji o zasadach zdrowego żywienia i dietach (bezglutenowej, bogatoresztkowej, cukrzycowej, ubogobiałkowej, bogatobiałkowej, niskocholesterolowej, niskokalorycznej, redukcyjnej, wątrobowej, wrzodowej).
7) Dostarczenie leków.
   a. W przypadku gdy powstanie konieczność dostarczenia leków, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia leków dla Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance do wskazanego przez nią miejsca.
   b. Świadczenie dostarczenia leków nie obejmuje pokrycia kosztów tych leków.
8) Organizacja i dostawa sprzętu rehabilitacyjnego.
   a. W przypadku gdy zgodnie ze wskazaniami Lekarza Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance do jego Miejsca zamieszkania, sprzętu rehabilitacyjnego lub transportu tej osoby do miejsca zakupu w sytuacji, gdy niezbędne jest dopasowanie sprzętu rehabilitacyjnego przed zakupem.
   b. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego.
9) Organizacja i dofinansowanie zakupu peruki lub protezy.
   a. W przypadku gdy zgodnie ze wskazaniami w skierowaniu lekarskim bądź wskazaniami Lekarza Centrum Pomocy powstanie konieczność używania przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance peruki lub protezy, Centrum Pomocy zorganizuje i dofinansuje zakup zaleconej peruki lub protezy.
   b. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu dostarczenia peruki lub protezy.
10) Organizacja i pokrycie kosztu procesu rehabilitacji.
   a. Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty wizyt specjalisty fizjoterapeuty w Miejscu zamieszkania Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance lub zorganizuje jej transport do poradni rehabilitacyjnej wraz z pokryciem kosztów wizyt w poradni rehabilitacyjnej.
11) Opieka nad dziećmi/osobami starszymi w trakcie leczenia.
   a. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty opieki nad dziećmi/osobami starszymi w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego w trakcie jego leczenia.
12) Druga krajowa opinia medyczna.
   a. W ramach drugiej krajowej opinii medycznej Centrum Pomocy zweryfikuje kompletność dokumentacji, zorganizuje Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance i pokryje koszty sporządzenia pisemnej opinii Lekarza konsultanta będącego specjalistą w danej dziedzinie, w celu weryfikacji postawionej diagnozy lub proponowanego toku leczenia.
   b. Pisemna opinia, o której mowa w ppkt a, dotyczy diagnozy stanu zdrowia Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance oraz sposobu leczenia, na podstawie dostarczonej przez nią dokumentacji i zawiera:
      a) opis historii choroby Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
      b) opinię Lekarza konsultanta na temat postawionej diagnozy i dotychczasowego procesu leczenia;
      c) propozycje dotyczące dalszego postępowania i leczenia dostępnego na rynku krajowym lub za granicą, zalecanego przez Lekarza konsultanta;
      d) informacje o osiągnięciach i doświadczeniach zawodowych Lekarza konsultanta, który przygotował drugą krajową opinię medyczną.
   c. W celu realizacji świadczenia konieczne jest przekazanie przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance do Centrum Pomocy pełnej i kompletnej dokumentacji zawierającej informacje o dotychczasowej diagnostyce oraz leczeniu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance. W przypadku nieprzekazania przez nią kompletnej dokumentacji medycznej, usługa drugiej krajowej opinii medycznej może nie zostać zrealizowana.
   d. Świadczenie nie obejmuje kosztów zabiegów diagnostycznych lub terapeutycznych wykonanych w związku z przeprowadzeniem konsultacji.
13) Druga zagraniczna opinia medyczna.
   a. Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance przysługuje opinia Lekarza konsultanta praktykującego poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, będącego specjalistą w danej dziedzinie.
   b. Opinia, o której mowa w ppkt a, uzyskiwana jest w sytuacji, gdy u Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance wystąpił Nowotwór, który został poddany diagnostyce i zaproponowano Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance plan leczenia.
   c. Druga opinia lekarska ma na celu uzyskanie przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance następujących informacji:
      a) czy proponowane leczenie jest zgodne z aktualną wiedzą lekarską w danej dziedzinie;
      b) czy istnieją metody leczenia odpowiednie i zalecane w danym przypadku, a dostępne jedynie poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, wraz ze wskazaniem ośrodka stosującego tego typu leczenie. Świadczenie jest realizowane, w okresie do 25 dni roboczych od daty otrzymania kompletnej dokumentacji, przy koordynacji lekarza wybranego przez Centrum Pomocy na podstawie pełnej dokumentacji medycznej (zawierającej informacje o dotychczasowej diagnostyce oraz leczeniu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance zebranej i udostępnionej przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance).
14) Organizacja procesu leczenia.
   a. Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance przysługuje organizacja procesu leczenia mająca na celu wykonanie zaleceń drugiej opinii medycznej, o której mowa w pkt 12 i 13, obejmująca:
      a) analizę przypadku;
      b) koordynację i wsparcie podczas realizacji indywidualnego planu leczenia;
      c) zakończenie indywidualnego planu leczenia.

15) Badania genetyczne dla Dzieci po zdiagnozowaniu Nowotworu u Ubezpieczonego.
   a. Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty diagnostyki, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza (badania genetyczne, morfologia, cytologia, PSA).
16) Infolinia medyczna – informacje o chorobach i hospicjach:
   a. Centrum Pomocy oferuje możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem infolinii, który udzieli Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance ogólnej informacji na temat:
      a) placówek hospicyjnych, w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance i rekomendowanych przez Lekarzy tej osoby;
      b) zasad występowania o opiekę hospicyjną;
      c) możliwości dofinansowania do zakupu protez, peruk i innych środków pomocniczych;
      d) fundacji onkologicznych.

2. Usługi medycznego assistance udzielane są do wysokości limitów wskazanych w tabeli nr 1. Limity, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, liczone są odrębnie dla Ubezpieczonego i każdego Dziecka.

tabela nr 1

Usługa medycznego assistance	Organizacja	Pokrycie kosztów	Limity Usług medycznego assistance obowiązujące w okresie ubezpieczenia i odnawialne, w przypadku przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia
Konsultacja telefoniczna albo wideokonsultacja medyczna z Lekarzem	✓	✓	2 konsultacje
Pomoc onkopsychologa	✓	✓	5 wizyt, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 1 000 zł
Wizyta pielęgniarska po Hospitalizacji	✓	✓	3 wizyty, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 300 zł
Pomoc domowa po Hospitalizacji	✓	✓	10 godzin (maksymalnie 4 godziny dziennie), do łącznej kwoty nieprzekraczającej 500 zł
Transport medyczny	✓	✓	2 razy do maksymalnie 350 km na każdy transport, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 1 000 zł
Konsultacja dietetyka	✓	✓	2 razy, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 500 zł
Dostarczenie leków	✓	✓	5 razy, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 500 zł
Organizacja i dostawa sprzętu rehabilitacyjnego	✓	✓	2 razy, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 500 zł
Organizacja i dofinansowanie zakupu peruki lub protezy	✓	✓	Do kwoty nieprzekraczającej 2 000 zł
Organizacja i pokrycie kosztu procesu rehabilitacji	✓	✓	10 dni zabiegowych, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 1 500 zł
Opieka nad dziećmi/osobami starszymi w trakcie leczenia	✓	✓	2 razy, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 500 zł
Usługa medycznego assistance	**Organizacja**	**Pokrycie kosztów**	**Limity Usług medycznego assistance nieulegające odnowieniu, w przypadku przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia**
Druga krajowa opinia medyczna	✓	✓	1 raz (do 5 000 zł łącznie dla krajowej i zagranicznej opinii medycznej)
Druga zagraniczna opinia medyczna	✓	✓	1 raz
Organizacja procesu leczenia po Drugiej opinii medycznej	✓		1 raz
Badania genetyczne dla Dzieci po zdiagnozowaniu Nowotworu u Ubezpieczonego	✓	✓	1 raz
Nielimitowane Usługi medycznego assistance			
Infolinia medyczna			

3. W przypadku przekroczenia limitu kwotowego nadwyżka ponad limit pokrywana jest przez Ubezpieczonego.

Zawarcie Umowy dodatkowej i okres ubezpieczenia

§ 6

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
   1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
   2) od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku (okres ubezpieczenia) z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.

5. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne roczne okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
6. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej wyłącznie w przypadku, gdy jest jednocześnie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego lub jego Dzieci Nowotworu.
3. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 8.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 8

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
   1) rozwiązania Umowy głównej;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 85 lat;
   3) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   5) rozwiązania Umowy dodatkowej na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego lub jego Dzieci Nowotworu;
   6) zawieszenia opłacania Składek regularnych, jeżeli podczas tego zawieszenia ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie jest kontynuowana na zasadach określonych w OWU w części „Zawieszenie opłacania Składek regularnych".
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem zapisów dotyczących odstąpienia od Umowy głównej w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o którym mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej".

Składka za Umowę dodatkową

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia oraz częstotliwości opłacania składek. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 14 OWU.

Indeksacja

§ 11

Składka za Umowę dodatkową nie podlega indeksacji.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 12

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia lub brak możliwości wykonania świadczeń zaistniałe z przyczyn zewnętrznych niezależnych od Centrum Pomocy i mogących powodować brak dyspozycyjności usługodawców realizujących dane świadczenie.
2. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje kosztów usług powstałych z tytułu lub w następstwie:
   1) chorób przewlekłych Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, istniejących lub zdiagnozowanych przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
   2) chorób, z którymi związana była hospitalizacja Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance w ciągu ostatnich sześciu miesięcy przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
   3) helioterapii lub zabiegów zaleconych Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance ze wskazań estetycznych;
   4) chorób przenoszonych drogą płciową, chorób wenerycznych, AIDS, wirusa HIV pozytywnego;
   5) ciąży Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
   6) leczenia przez Lekarza będącego członkiem rodziny Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
   7) szczepień, a także leczenia dentystycznego Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
   8) wypadków Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance wynikających z zabiegów lub leczenia nieuznanego w sposób naukowy i medyczny;

9) niestosowania się Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Pomocy.

3. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo 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 Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.
4. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje leczenia oraz transportu w przypadku, gdy stan zdrowia Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance wymaga natychmiastowej interwencji pogotowia ratunkowego.

Realizacja świadczenia

§ 13

1. W przypadku zajścia zdarzenia uprawniającego do skorzystania z Usług medycznego assistance, wskazanych w § 5, 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 Dziecka, jeżeli zgłoszenie dotyczy Dziecka;
   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, Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance na żądanie pracownika Centrum Pomocy zobowiązana 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.

Postanowienia końcowe

§ 14

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego
(kod RPFL1_TFTI_09.2025) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 5; § 6; § 7; § 19 ust. 1	§ 6 ust. 1 i 4; § 7 ust. 4, 21, 22, 23, 26 i 28; § 16; § 17 ust. 1 i 4; § 18; § 19 ust. 1 i 4

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK LECZENIA ZA GRANICĄ DLA UBEZPIECZONEGO (KOD RPFL1_TFTI_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o leczenie za granicą dla Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) **Dawca** – osoba żywa, od której pobierane są komórki, tkanki lub narządy do przeszczepu dla Ubezpieczonego;
2) **Druga opinia medyczna** – opinia dotycząca Poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego, sporządzana przez Lekarza konsultanta na podstawie dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej;
3) **Dzień wystąpienia Poważnego stanu chorobowego** – dzień, w którym:
   a. wykonano badanie, które potwierdziło: Nowotwór złośliwy inwazyjny, Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ) albo Ciężką dysplazję nowotworową lub
   b. zalecono wykonanie jednej z następujących operacji: Pomostowania aortalno-wieńcowego Operacji zastawek serca, Operacji neurochirurgicznej, Przeszczepu narządu lub Przeszczepu szpiku kostnego;
4) **Further** – Further Underwriting International SLU, podmiot z siedzibą w Hiszpanii, za pośrednictwem którego Towarzystwo zapewnia organizację oraz realizację usług i świadczeń objętych Umową dodatkową, w tym nadzór nad organizacją procesu leczenia;
5) **Inżynieria tkankowa** – postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek zmodyfikowanych tak, by mogły być zastosowane do naprawy, regeneracji lub zamiany z tkankami ludzkimi;
6) **Leczenie alternatywne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt medyczny albo farmaceutyczny, które nie są uważane za część Medycyny konwencjonalnej lub za standardowe zabiegi, w tym: akupunktura, aromaterapia, medycyna chiropraktyczna, medycyna homeopatyczna, medycyna naturopatyczna, ajurweda, tradycyjna medycyna chińska i medycyna osteopatyczna;
7) **Leczenie eksperymentalne** – metoda leczenia, procedura, sprzęt, lek lub produkt farmaceutyczny, przeznaczone do użytku medycznego, których skuteczność i bezpieczeństwo w leczeniu określonych stanów chorobowych nie zostały potwierdzone naukowo i medycznie lub które są przedmiotem badań albo testów, lub znajdują się na jakimkolwiek etapie eksperymentu klinicznego;
8) **Leczenie niezbędne z medycznego punktu widzenia** – usługi lub świadczenia medyczne, które są:
   a. zalecane przez Lekarza prowadzącego leczenie Poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego w celu poprawy jego stanu zdrowia oraz
   b. uznane za skuteczne w poprawie wyników zdrowotnych w następstwie planów leczenia, które są spójne z diagnozą pod względem rodzaju, częstotliwości i czasu trwania, zgodnie z amerykańskimi lub europejskimi wytycznymi naukowymi (w szczególności wytyczne NCCN (National Comprehensive Cancer Network) dotyczące praktyki klinicznej w onkologii będą stosowane w odniesieniu do leczenia Modułu ochrony I), oraz
   c. opłacalne w porównaniu z alternatywnymi metodami leczenia, w tym z brakiem leczenia, które prowadzą do podobnych wyników, oraz
   d. wymagane z powodów innych niż wygoda Ubezpieczonego lub jego Lekarza;
9) **Lek** – substancja lub połączenie substancji, dopuszczone do obrotu w danym kraju, wydawane wyłącznie na receptę. Recepta na Lek jest ważna także dla zamiennika tego leku o tych samych składnikach aktywnych, sile i dawkowaniu;
10) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium państwa, w którym wykonuje zawód, uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń medycznych, potwierdzone wymaganymi dokumentami;
11) **Lekarz konsultant** – Lekarz praktykujący poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej o specjalności i doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki danego Poważnego stanu chorobowego, który sporządza Drugą opinię medyczną;
12) **Medycyna konwencjonalna (on-label)** – medycyna oparta na naukowym podejściu do diagnozowania, leczenia i zapobiegania chorobom, wykorzystująca procedury medyczne dopuszczone do stosowania oraz wykonywane zgodnie z prawem państwa, w którym jest prowadzone leczenie;
13) **Moduł ochrony** – jeden z czterech modułów, obejmujący swoim zakresem określone rodzaje Poważnych stanów chorobowych, zgodnie z pkt 21;
14) **NFZ** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
15) **Nowotwór złośliwy** – Nowotwór złośliwy inwazyjny lub Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ);
16) **Okres realizacji świadczenia** – okres trzydziestu sześciu (36) miesięcy, w trakcie którego realizowane są świadczenia dla wszystkich roszczeń zgłoszonych w ramach danego Modułu ochrony, rozpoczynający się od daty pierwszej podróży zorganizowanej i opłaconej przez Towarzystwo. Okres realizacji świadczenia jest ustalany odrębnie dla każdego Modułu ochrony po zaakceptowaniu przez Towarzystwo pierwszego roszczenia dla tego Modułu ochrony;
17) **Osoba towarzysząca** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, która podróżuje i przebywa z nim podczas realizacji świadczeń w ramach Umowy dodatkowej;
18) **Pobyt w szpitalu** – zorganizowane przez Towarzystwo leczenie w Szpitalu zagranicznym, trwające nieprzerwanie przez co najmniej 24 godziny;
19) **Portal Leczenie za granicą** – platforma internetowa dostarczona i zarządzana przez Further w celu wspierania realizacji świadczeń dla Ubezpieczonego;
20) **Postępowanie profilaktyczne** – jakakolwiek procedura medyczna albo przyjęcie Leku mające na celu wyłącznie obniżenie ryzyka zachorowania na Nowotwór złośliwy, np. profilaktyczna operacja chirurgiczna polegająca na usunięciu tkanki lub organu o zwiększonym ryzyku zachorowania na Nowotwór złośliwy, w którym obecnie nie potwierdzono występowania komórek nowotworowych;

21) **Poważny stan chorobowy** – stan chorobowy występujący w ramach jednej z wymienionych poniżej grup:
   a. **Moduł ochrony I** – nowotwory:
      a) Nowotwór złośliwy inwazyjny;
      b) Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ);
      c) Ciężka dysplazja nowotworowa;
   b. **Moduł ochrony II** – stan chorobowy wymagający przeprowadzenia operacji kardiochirurgicznej:
      a) pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass);
      b) zastawki serca;
   c. **Moduł ochrony III** – stan chorobowy wymagający przeprowadzenia operacji neurochirurgicznej:
      a) mózgu;
      b) łagodnego guza rdzenia kręgowego;
   d. **Moduł ochrony IV** – stan chorobowy wymagający przeprowadzenia przeszczepu:
      a) narządów;
      b) szpiku kostnego;
22) **Siła wyższa** – zdarzenia zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia, których skutkom nie można było zapobiec;
23) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego;
24) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego;
25) **Szpital** – prywatna lub publiczna organizacja prawnie upoważniona do zapewnienia leczenia chorób lub urazów ciała, wyposażona w środki materialne/technologiczne, obsługiwana przez Lekarzy i personel medyczny 24 godziny na dobę;
26) **Terapia genowa** – terapia, która zawiera geny wywołujące efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny i polega na wprowadzeniu do organizmu fragmentów genów (DNA lub RNA) stworzonych w laboratorium, w celu leczenia różnego rodzaju chorób, w tym chorób genetycznych, Nowotworów złośliwych albo chorób przewlekłych;
27) **Terapia komórkami somatycznymi** – terapia, która dotyczy modyfikacji komórek lub tkanek polegającej na zmianie ich charakterystyki biologicznej lub użyciu ich w innej roli niż ich podstawowa rola biologiczna w organizmie. Procedury te mogą być stosowane do leczenia, diagnostyki lub zapobiegania chorobom;
28) **Terapia limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T-cell therapy)** – rodzaj leczenia, w którym funkcja limfocytów T (rodzaj komórek układu odpornościowego) pobranych z krwi Ubezpieczonego została zmodyfikowana w laboratorium w taki sposób, żeby rozpoznawały i niszczyły komórki nowotworowe;
29) **Wstępny certyfikat medyczny** – dokument, który potwierdza organizację i pokrycie kosztów leczenia i opieki medycznej za granicą w wybranej przez Ubezpieczonego placówce medycznej.

§ 3

Poważne stany chorobowe, o których mowa w niniejszych OWUD, otrzymują następujące definicje:
1) **Ciężka dysplazja nowotworowa** – wszelkie zmiany przednowotworowe w komórkach, które cytologicznie lub histopatologicznie zostały sklasyfikowane jako dysplazja dużego stopnia lub dysplazja ciężka;
2) **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – każdy nowotwór złośliwy, w tym białaczka, mięsak i chłoniak, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek złośliwych i inwazją tkanek;
3) **Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ)** – każdy nowotwór in situ, który jest ograniczony do nabłonka, gdzie powstał i który nie zaatakował zrębu lub otaczających go tkanek;
4) **Operacja neurochirurgiczna** – interwencja chirurgiczna w obrębie mózgu lub innych struktur wewnątrzczaszkowych, lub leczenie łagodnych guzów zlokalizowanych w rdzeniu kręgowym;
5) **Operacja zastawek serca** – inwazyjna wymiana lub naprawa co najmniej jednej zastawki serca, niezależnie od tego, czy wymiana lub naprawa wykonywana jest operacją na otwartej klatce piersiowej, metodą małoinwazyjną, czy też za pomocą leczenia cewnikiem sercowym;
6) **Pomostowanie aortalno-wieńcowe** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony w celu skorygowania zwężenia lub zablokowania jednej lub więcej tętnic wieńcowych za pomocą pomostów aortalno-wieńcowych zgodnie z zaleceniami kardiologa;
7) **Przeszczep narządu** – przeszczep chirurgiczny, w którym Ubezpieczony otrzymuje nerkę, fragment wątroby, płat płucny lub fragment trzustki od innego żyjącego zgodnego Dawcy;
8) **Przeszczep szpiku kostnego** – przeszczep szpiku kostnego (BMT) lub przeszczep komórek macierzystych krwi obwodowej (PBSCT) pochodzących od Ubezpieczonego (autologiczny przeszczep szpiku kostnego) lub od żyjącego zgodnego Dawcy (allogeniczny przeszczep szpiku kostnego).

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 4

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 5

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia i usługi, z których ma prawo skorzystać Ubezpieczony w przypadku wystąpienia u niego Poważnego stanu chorobowego:
   1) Druga opinia medyczna;
   2) leczenie i opieka medyczna za granicą;
   3) kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą.
2. Szczegółowy zakres świadczeń i usług, o których mowa w ust. 1, opisany został w § 7.

Okres realizacji świadczenia

§ 6

1. Ubezpieczony może skorzystać ze świadczeń i usług, o których mowa w § 5, w ramach każdego z Modułów ochrony, wyłącznie w trakcie trwania Okresu realizacji świadczenia.

2. Przed realizacją świadczenia lub usługi Towarzystwo sprawdza możliwość skorzystania z nich przez Ubezpieczonego w ramach danego Modułu ochrony, w którym znajduje się Poważny stan chorobowy.
3. Ubezpieczony może skorzystać z usług i świadczeń, o których mowa w § 5, w ramach Okresu realizacji świadczenia dla danego Modułu ochrony, jeżeli:
   1) nie korzystał wcześniej z leczenia za granicą w ramach tego Modułu ochrony albo
   2) korzystał wcześniej z leczenia za granicą w ramach tego Modułu ochrony, ale nie upłynął jeszcze okres 36 miesięcy, liczony od daty pierwszej podróży zorganizowanej przez Towarzystwo w celu leczenia Poważnego stanu chorobowego znajdującego się w tym Module ochrony.
4. Towarzystwo nie zrealizuje świadczenia lub usługi, jeżeli od daty pierwszej podróży zorganizowanej przez Towarzystwo w celu leczenia Poważnego stanu chorobowego znajdującego się w danym Module ochrony do daty zgłoszenia kolejnego roszczenia upłynęło 36 miesięcy.
5. W przypadku gdy Okres realizacji świadczenia dla danego Modułu ochrony upłynie w trakcie leczenia za granicą, Towarzystwo pokryje koszty, o których mowa w § 7 ust. 12, poniesione do czasu wyznaczonej, w oparciu o przyjęty plan leczenia, podróży powrotnej Ubezpieczonego do Rzeczpospolitej Polskiej, z uwzględnieniem ograniczeń odpowiedzialności określonych w § 16, z wyłączeniem ust. 6 pkt 14.
6. Jeżeli w trakcie leczenia Poważnego stanu chorobowego w ramach Modułu ochrony I konieczne będzie przeprowadzenie, bezpośrednio powiązanych z procesem leczenia onkologicznego, operacji lub przeszczepu, występujących w Modułach ochrony II-IV, wówczas świadczenia będą realizowane w ramach Okresu realizacji świadczenia dla Modułu ochrony I.

Zakres świadczeń i usług

§ 7

Druga opinia medyczna

1. Zakres świadczeń dotyczących Drugiej opinii medycznej obejmuje:
   1) informowanie Ubezpieczonego o dokumentacji medycznej potrzebnej do przygotowania Drugiej opinii medycznej;
   2) udzielanie, na wniosek Ubezpieczonego, pomocy w zebraniu dokumentacji medycznej potrzebnej do przygotowania Drugiej opinii medycznej;
   3) tłumaczenie dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej na język Lekarza konsultanta;
   4) przekazanie dokumentacji medycznej Lekarzowi konsultantowi;
   5) zapewnienie ponownej oceny histopatologicznej tkanek, które zostały wcześniej pobrane od Ubezpieczonego – jeśli będzie to medycznie uzasadnione;
   6) przygotowanie przez Lekarza konsultanta Drugiej opinii medycznej;
   7) przetłumaczenie Drugiej opinii medycznej na język polski;
   8) dostarczenie Drugiej opinii medycznej Ubezpieczonemu.
2. Przygotowana Druga opinia medyczna zawiera:
   1) opinię Lekarza konsultanta dotyczącą postawionej diagnozy i stosowanego leczenia u Ubezpieczonego;
   2) propozycję planu leczenia Ubezpieczonego;
   3) informację, czy Ubezpieczonemu przysługuje prawo do leczenia za granicą.
3. Ubezpieczony może zrezygnować z Drugiej opinii medycznej. W takiej sytuacji o zasadności i planie leczenia za granicą rozstrzyga wyznaczony przez Towarzystwo zespół medyczny, na podstawie dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej.
4. Ubezpieczony może skorzystać ze świadczenia Drugiej opinii medycznej wyłącznie raz w stosunku do jednego rodzaju Poważnego stanu chorobowego, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Jeśli Lekarz konsultant postawi diagnozę odmienną od tej wynikającej z posiadanej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej, wówczas inny Lekarz konsultant przygotuje dodatkową Drugą opinię medyczną.
6. Jeśli Ubezpieczony zdecyduje się skorzystać z Drugiej opinii medycznej, realizacja świadczenia dotyczącego leczenia i opieki medycznej za granicą rozpocznie się po wydaniu Drugiej opinii medycznej.

Leczenie i opieka medyczna za granicą

7. Świadczenie dotyczące leczenia i opieki medycznej za granicą obejmuje:
   1) przedstawienie Ubezpieczonemu trzech rekomendowanych Szpitali zagranicznych, w których możliwe jest przeprowadzenie leczenia;
   2) wybranie przez Ubezpieczonego jednego z zaproponowanych Szpitali zagranicznych;
   3) przekazanie Ubezpieczonemu Wstępnego certyfikatu medycznego;
   4) organizację i pokrycie kosztów podróży w celu leczenia za granicą;
   5) organizację i pokrycie kosztów zakwaterowania podczas leczenia za granicą;
   6) pokrycie kosztów związanych z leczeniem i opieką medyczną za granicą;
   7) wypłatę dziennego świadczenia za Pobyt w szpitalu;
   8) organizację i pokrycie kosztów transportu zwłok;
   9) tłumaczenie dokumentacji medycznej niezbędnej do leczenia i opieki medycznej za granicą;
   10) tłumaczenie dokumentacji medycznej na język polski po zakończeniu leczenia za granicą.
8. Wstępny certyfikat medyczny, o którym mowa w ust. 7 pkt 3, jest ważny 3 miesiące od daty jego wystawienia. Jeżeli Ubezpieczony nie wyjedzie do Szpitala zagranicznego w okresie trwania ważności Wstępnego certyfikatu medycznego, Towarzystwo przygotuje nowy Wstępny certyfikat medyczny. W tym celu konieczna będzie ponowna ocena stanu zdrowia Ubezpieczonego.
9. W ramach organizacji i pokrycia kosztów podróży w celu leczenia za granicą Towarzystwo zapewnia:
   1) organizację i pokrycie kosztów podróży Ubezpieczonego, Osoby towarzyszącej oraz Dawcy (w przypadku przeszczepu) do miejsca, w którym znajduje się wybrany przez Ubezpieczonego Szpital zagraniczny oraz podróży powrotnej w zakresie:
      a. transportu z miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz Dawcy do wyznaczonego lotniska międzynarodowego lub dworca kolejowego;
      b. biletów kolejowych lub lotniczych w klasie ekonomicznej do miasta docelowego leczenia i transportu do wskazanego hotelu lub bezpośrednio do Szpitala;
      c. transportu z wyznaczonego hotelu lub Szpitala do wskazanego międzynarodowego lotniska lub dworca kolejowego;
      d. biletów kolejowych lub lotniczych w klasie ekonomicznej do Rzeczpospolitej Polskiej, a następnie transportu do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz Dawcy;

2) organizację i pokrycie kosztów transportu medycznego, w tym ambulansem drogowym lub karetką powietrzną, zaplanowanego i zaakceptowanego przez Towarzystwo, jeżeli taki transport został zalecony przez Lekarza konsultanta lub Lekarza prowadzącego leczenie za granicą.

10. Towarzystwo odpowiada za wybór terminów transportu oraz rezerwacji, a także miejsca zakwaterowania w ramach każdego przejazdu objętego zakresem ubezpieczenia (na podstawie zatwierdzonego planu leczenia) i przedstawia je do akceptacji Ubezpieczonego lub Dawcy najpóźniej na 3 dni przed podróżą. Zmiana ustalonych terminów podróży jest możliwa wyłącznie ze względu na udokumentowane powody medyczne. W każdym innym przypadku Towarzystwo nie dokona nowych ustaleń dotyczących podróży i zakwaterowania.
11. W ramach organizacji i pokrycia kosztów zakwaterowania podczas leczenia za granicą Towarzystwo zapewnia:
    1) organizację i pokrycie kosztów zakwaterowania Ubezpieczonego, Osoby towarzyszącej oraz Dawcy (w przypadku przeszczepu) w miejscu leczenia Poważnego stanu chorobowego, w pokoju dwuosobowym ze śniadaniem w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym, który znajduje się nie dalej niż 10 km od Szpitala, w którym odbywa się leczenie (Ubezpieczony nie może podwyższyć standardu hotelu);
    2) ustalenie daty powrotu z każdej podróży zorganizowanej przez Towarzystwo, w oparciu o informacje od Lekarza prowadzącego leczenie za granicą potwierdzające brak przeciwwskazań medycznych do odbycia takiej podróży przez Ubezpieczonego.
12. W ramach leczenia i opieki medycznej za granicą Towarzystwo pokrywa następujące koszty powstałe w związku z Leczeniem niezbędnym z medycznego punktu widzenia, zgodnie z warunkami określonymi we Wstępnym certyfikacie medycznym:
    1) koszty poniesione przez Szpital w zakresie:
        a. pobytu w pokoju, sali, na oddziale szpitalnym lub na oddziale intensywnej terapii;
        b. dodatkowego łóżka związanego z pobytem Osoby towarzyszącej w Szpitalu, o ile Szpital udostępnia taką usługę;
        c. wyżywienia podczas hospitalizacji;
        d. usług medycznych świadczonych przez przychodnie przyszpitalne;
        e. wykonania zabiegów chirurgicznych na sali operacyjnej;
        f. opieki lekarskiej, pielęgniarskiej oraz pozostałego personelu medycznego na każdym oddziale Szpitala oraz w ambulatorium;
        g. użytych leków i środków opatrunkowych;
    2) koszty ponoszone przez niezależny ośrodek, ale tylko wówczas gdy przeprowadzone procedury medyczne były objęte zakresem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
    3) koszty następujących usług medycznych i procedur:
        a. analiz laboratoryjnych, badań patomorfologicznych, badań rentgenowskich, chemioterapii, badań elektrokardiograficznych, badań ultrasonograficznych, badań z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, echokardiografii, mielogramów, encefalografii, angiografii, tomografii komputerowych, rezonansów magnetycznych oraz innych badań zleconych przez Lekarza w celu rozpoznania i leczenia Poważnego stanu chorobowego;
        b. radioterapii, czyli promieniowania wysokoenergetycznego służącego do zmniejszania guzów i zabijania komórek nowotworowych promieniami rentgenowskimi, promieniami gamma i naładowanymi cząstkami, które są rodzajami promieniowania wykorzystywanymi do leczenia nowotworu albo dostarczanymi przez urządzenie poza ciałem (promieniowanie wiązką zewnętrzną) lub przez materiał radioaktywny umieszczony w organizmie w pobliżu komórek nowotworowych (wewnętrzna radioterapia);
        c. znieczulenia, jego podania przez Lekarza anestezjologa oraz opieki anestezjologicznej przed, w trakcie i po zakończeniu znieczulenia;
        d. chirurgii rekonstrukcyjnej, która polega na odbudowie lub naprawie struktury ciała w celu skorygowania funkcji uszkodzonej lub utraconej wskutek wykonanych procedur medycznych przeprowadzonych w ramach leczenia za granicą;
        e. transfuzji krwi, podawania osocza i surowicy;
        f. podawania tlenu, wlewów: dożylnych, podskórnych, domięśniowych;
        g. leczenia powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie leczenia za granicą, jeśli te powikłania lub skutki uboczne wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w Szpitalu lub w innej placówce medycznej oraz są niezbędne, żeby Ubezpieczony mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Rzeczpospolitej Polskiej po zakończeniu leczenia za granicą;
    4) koszty Leków wydawanych przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą, które zostały przepisane po przeprowadzonej operacji, w ciągu 30 dni od daty zakończenia przez Ubezpieczonego leczenia za granicą i tylko wtedy, gdy zostały zakupione przed powrotem do Rzeczpospolitej Polskiej;
    5) koszty protez piersi (po operacji mastektomii), protez zastawek serca, potrzebnych po operacji zorganizowanej i opłaconej przez Towarzystwo w ramach leczenia za granicą;
    6) koszty usług tłumacza medycznego w placówce medycznej za granicą;
    7) koszty Przeszczepu narządu lub Przeszczepu szpiku kostnego, na które składają się koszty:
        a. badań diagnostycznych przeprowadzanych w celu znalezienia odpowiedniego Dawcy wśród członków rodziny Ubezpieczonego;
        b. usług szpitalnych świadczonych na rzecz Dawcy, w tym zakwaterowania w sali szpitalnej, na oddziale lub sekcji, posiłków, ogólnych usług pielęgniarskich, regularnych usług świadczonych przez personel Szpitala, badań laboratoryjnych oraz korzystania ze sprzętu i innych udogodnień Szpitala (z wyłączeniem przedmiotów do użytku osobistego, które nie są wymagane w procesie pobrania narządu lub tkanki do przeszczepienia);
        c. operacji pobrania narządu lub szpiku kostnego od Dawcy dla Ubezpieczonego;
        d. procedury hodowli szpiku kostnego dla Ubezpieczonego (poniesione od daty wydania Wstępnego certyfikatu medycznego).
13. W przypadku, gdy jakakolwiek Siła wyższa lub ograniczenia logistyczne lub operacyjne nałożone przez władze lokalne lub międzynarodowe uniemożliwią Towarzystwu organizację leczenia za granicą, wówczas Towarzystwo zapewni świadczenia, określone w ust. 12 pkt 1-3, 5 oraz 7, na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, pod warunkiem, że te same ograniczenia logistyczne lub operacyjne nie utrudniają organizacji tych usług i świadczeń na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.
14. Świadczenia, określone w ust. 13, będą dostępne na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej wyłącznie do czasu, gdy Towarzystwo będzie w stanie ponownie zorganizować leczenie za granicą.
15. W ramach dziennego świadczenia za Pobyt w szpitalu, Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie pieniężne, w wysokości równowartości 100 EUR za każdy dzień Pobytu w szpitalu połączonego z noclegiem poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej. W ramach jednego Modułu ochrony Towarzystwo wypłaci świadczenie łącznie za nie więcej niż 60 dni Pobytu w szpitalu.
16. Dzienne świadczenie za Pobyt w szpitalu wypłacane jest na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego, w terminie 14 dni po zakończonej hospitalizacji lub po każdym zakończonym 7-dniowym Pobycie w szpitalu.
17. W przypadku gdy po zakończeniu planu leczenia za granicą i ostatecznym powrocie Ubezpieczonego do Rzeczpospolitej Polskiej niezbędne będzie dalsze leczenie, a Okres realizacji świadczenia nie upłynął, wydany zostanie nowy Wstępny certyfikat medyczny.

18. W medycznie uzasadnionych przypadkach ocena konieczności ponownego leczenia za granicą możliwa będzie po sporządzeniu nowej Drugiej opinii medycznej.
19. Organizacja i pokrycie kosztów transportu zwłok Ubezpieczonego lub Dawcy realizowane są, jeżeli śmierć, odpowiednio, Ubezpieczonego lub Dawcy, nastąpiła w trakcie leczenia Poważnego stanu chorobowego za granicą.
20. W ramach organizacji i pokrycia kosztów transportu zwłok Towarzystwo zapewnia organizację i pokrycie kosztów usług świadczonych przez zakład pogrzebowy zapewniający międzynarodowy transport zwłok, w tym: wszelkich formalności administracyjnych, zakupu trumny przewozowej, balsamowania zwłok, transportu na lotnisko, przelotu oraz transportu z lotniska do miejsca pochówku na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.

Koszty Leków po leczeniu za granicą

21. Po powrocie z leczenia za granicą Towarzystwo pokryje koszty Leków, przepisanych i zakupionych na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej przez Ubezpieczonego, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:
    1) Lek został dopuszczony do obrotu i zatwierdzony przez właściwy organ medyczny lub agencję medyczną na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, a jego przepisywanie i podawanie jest uregulowane przepisami polskiego prawa;
    2) Lek jest dostępny do nabycia na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej w czasie i w sposób niezbędny do zapewnienia kontynuacji leczenia;
    3) Lek wymaga recepty wystawionej przez Lekarza na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej;
    4) Lek jest zalecony przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą jako niezbędny do kontynuacji leczenia;
    5) Lek jest podawany w następstwie Pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 3 dni;
    6) każda recepta nie przekracza dawki przeznaczonej do spożycia przez okres dłuższy niż 2 miesiące;
    7) wszystkie recepty zostały wystawione przed końcem Okresu realizacji świadczenia.
22. Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu koszty, o których mowa w ust. 21, po otrzymaniu stosownej recepty oraz dowodu zakupu, pod warunkiem, że zostaną one przedłożone Towarzystwu przed upływem 180 dni od daty poniesienia wydatku.
23. Towarzystwo pokryje także koszty Leków zakupionych poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
    1) zalecany Lek nie jest licencjonowany lub zatwierdzony na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, zgodnie z ust. 21 pkt 1, albo nie jest możliwy do nabycia lub nie jest dostępny na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, zgodnie z ust. 21 pkt 2;
    2) spełnione zostały warunki, o których mowa w ust. 21 pkt 4-7;
    3) zakup Leku został zatwierdzony przez Towarzystwo.
24. W przypadku, o którym mowa w ust. 23, Towarzystwo zorganizuje podróż i zakwaterowanie dla Ubezpieczonego i wyznaczonej Osoby towarzyszącej, niezbędne w celu zakupu Leków, na warunkach opisanych w ust. 9-11.

Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą

25. Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą obejmuje, wynikające z zaleceń Lekarza prowadzącego leczenie za granicą, badania diagnostyczne, profilaktyczne lub przesiewowe oraz konsultacje lekarskie z nimi związane, realizowane wyłącznie w rekomendowanych lub zaakceptowanych przez Towarzystwo Szpitalach:
    1) na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, pod warunkiem, że badania te są dostępne na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej w czasie i w sposób niezbędny do kontynuowania kontroli stanu zdrowia lub
    2) poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.
26. Badania i konsultacje, o których mowa w ust. 25 pkt 1, są organizowane i opłacane przez Ubezpieczonego. W takim przypadku Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu poniesione koszty, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
    1) Ubezpieczony przedstawił dowód zapłaty za te usługi przed upływem 180 dni od daty poniesienia kosztów;
    2) dowód zapłaty został wystawiony w trakcie trwania Okresu realizacji świadczenia;
    3) koszty kontroli stanu zdrowia nie zostały sfinansowane przez NFZ.
27. Badania i konsultacje, o których mowa w ust. 25 pkt 2, są organizowane i opłacane przez Towarzystwo, zgodnie z zasadami opisanymi w części „Leczenie i opieka medyczna za granicą". W takim przypadku usługi te będą świadczone przez Lekarza, który prowadził leczenie za granicą lub jego zespół medyczny.
28. Jeżeli w związku ze zmianą stanu zdrowia Ubezpieczonego Lekarze odpowiedzialni za organizację kontroli stanu zdrowia na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej wydadzą inne wytyczne dotyczące leczenia niż ustalone przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą, wówczas Towarzystwo przekaże je do zatwierdzenia Lekarzowi prowadzącemu leczenie za granicą. Zwrot wydatków poniesionych w ramach nowych wytycznych będzie możliwy wyłącznie, gdy Lekarz prowadzący leczenie za granicą je zatwierdzi.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 8

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
    1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
    2) od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 18 lat i nie ukończył 65 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
5. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i 4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
7. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 8 i 9.
8. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.

9. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne roczne okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
10. Pozostałe zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 9

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 10.
4. Ubezpieczony nie może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej oraz z tytułu:
   1) Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego i jego Dzieci;
   2) Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego;
   3) Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego i jego Dzieci.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 10

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
   1) rozwiązania Umowy głównej;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 85 lat;
   3) zakończenia Okresu realizacji świadczenia dla wszystkich Modułów ochrony;
   4) realizacji świadczeń w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   5) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   6) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   7) zawieszenia opłacania Składek regularnych, jeżeli podczas tego zawieszenia ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie jest kontynuowana na zasadach określonych w OWU w części „Zawieszenie opłacania Składek regularnych".
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem zapisów dotyczących odstąpienia od Umowy głównej w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o którym mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej".

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 11

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest stała i wynosi 2 000 000 EUR (dwa miliony euro).
2. Ubezpieczający lub Ubezpieczony mogą sprawdzić aktualny stopień wykorzystania Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej kontaktując się z Towarzystwem.

§ 12

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składek oraz Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 17 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 13

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 12 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 14 OWU.

§ 14

1. Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 12 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 15

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej nie podlega indeksacji.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 16

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego stanu chorobowego, jeżeli był on konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) ruchów sejsmicznych, powodzi, wybuchów wulkanów, a także bezpośrednich lub pośrednich skutków skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową i wszelkich innych nadzwyczajnych lub katastrofalnych zjawisk, a także oficjalnie ogłoszonych epidemii;
   3) zaburzeń poznawczych, demencji lub upośledzenia umysłowego Ubezpieczonego, niezależnie od stanu ich zaawansowania;
   4) uzależnienia od narkotyków i/lub nadużywania alkoholu potwierdzonego w dokumentacji medycznej i/lub stosowania środków psychoaktywnych, odurzających lub halucynogennych;
   5) 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 jego poczytalności;

   a także, jeżeli Poważny stan chorobowy:
   6) został zdiagnozowany lub był leczony u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
   7) był następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
      a. zdiagnozowanych u Ubezpieczonego lub
      b. leczonych u Ubezpieczonego, lub
      c. których leczenie zalecono u Ubezpieczonego,

      w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń , o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli w Dniu wystąpienia Poważnego stanu chorobowego Ubezpieczony nie miał miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej albo miał miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, ale w ciągu 12 miesięcy przed wystąpieniem Poważnego stanu chorobowego przebywał poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej przez okres dłuższy niż 183 dni kalendarzowe.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, nie zrealizuje świadczenia i nie pokrywa kosztów powstałych w związku z:
   1) niezastosowaniem się przez Ubezpieczonego do zaleceń Lekarza prowadzącego leczenie za granicą lub do określonego planu leczenia;
   2) odmową poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu, dodatkowym analizom lub badaniom diagnostycznym koniecznym w celu określenia ostatecznej diagnozy lub planu leczenia;
   3) leczeniem innymi metodami, jeśli zalecanym przez Lekarza konsultanta sposobem leczenia jest Przeszczep narządu lub Przeszczep szpiku kostnego w ramach Modułu ochrony IV;
   4) leczeniem, które nie spełnia definicji Leczenia niezbędnego z medycznego punktu widzenia;
   5) leczeniem nowotworów związanych z AIDS i infekcją wirusem HIV;
   6) leczeniem nowotworu skóry, który nie jest czerniakiem złośliwym i nie został sklasyfikowany histopatologicznie, histologicznie jako powodujący inwazję/naciekanie poza naskórek (zewnętrzną warstwę skóry);
   7) leczeniem z zastosowaniem innej techniki niż pomostowanie (by-pass) tętnic wieńcowych;
   8) przeszczepieniem narządów od żywego Dawcy, w przypadku gdy:
      a. konieczność przeprowadzenia przeszczepu wątroby wynika ze skutków alkoholowej choroby wątroby;
      b. wykonanie przeszczepu wymaga leczenia komórkami macierzystymi;
      c. narząd do przeszczepu został zakupiony od Dawcy;
      d. Ubezpieczony jest Dawcą dla osoby trzeciej;
      e. Przeszczep narządów lub Przeszczep szpiku kostnego wykonywany jest z wykorzystaniem przeszczepu krwiopochodnych komórek macierzystych z krwi pępowinowej;
   9) Postępowaniem profilaktycznym;
   10) Leczeniem alternatywnym;
   11) Leczeniem eksperymentalnym nawet, jeśli zaleca je Lekarz prowadzący leczenie za granicą;
   12) leczeniem z wykorzystaniem Terapii genowej, Terapii komórkami somatycznymi, Inżynierii tkankowej;
   13) leczeniem z wykorzystaniem Terapii limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T-cell therapy).
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów związanych ze stosowaniem Leków po powrocie z leczenia za granicą w zakresie:
   1) wszelkich kosztów finansowanych przez NFZ lub inną umowę ubezpieczenia, w ramach której Ubezpieczony jest objęty ochroną;
   2) kosztów podania Leku;
   3) kosztów zakupu Leków poniesionych poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, chyba, że zakup ten został zatwierdzony przez Towarzystwo;
   4) kosztów zakupu Leków na podstawie dowodów zakupu przedłożonych Towarzystwu po upływie 180 dni od daty poniesienia wydatku.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów związanych z kontrolą stanu zdrowia po leczeniu za granicą w zakresie:
   1) wszelkich kosztów finansowanych przez NFZ lub inną umowę ubezpieczenia, w ramach której Ubezpieczony jest objęty ochroną;
   2) wydatków poniesionych w innym Szpitalu niż zatwierdzony przez Towarzystwo;
   3) kosztów zakupu Leków na podstawie dowodów zakupu przedłożonych Towarzystwu po upływie 180 dni od daty poniesienia wydatku.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów związanych z:
   1) leczeniem chorób oraz wykonywaniem procedur medycznych nieobjętych zakresem ubezpieczenia;
   2) procedurami diagnostycznymi, leczeniem, usługami, świadczeniami lub zaleceniami lekarskimi dowolnego rodzaju, poniesionymi na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, z wyjątkiem: wydatków na Leki pokrywane po leczeniu za granicą, kosztów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą oraz leczenia zorganizowanego na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej zgodnie z § 7 ust. 13 (Siła wyższa);
   3) leczeniem w innym Szpitalu zagranicznym niż wskazany we Wstępnym certyfikacie medycznym;
   4) leczeniem powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych zastosowanych podczas leczenia za granicą, innych niż te, które:
      a. wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w Szpitalu zagranicznym oraz
      b. są niezbędne, żeby Ubezpieczony mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Rzeczpospolitej Polskiej po zakończeniu leczenia za granicą;

5) leczeniem długotrwałych skutków ubocznych, łagodzeniem przewlekłych objawów lub rehabilitacją (w tym fizjoterapią, rehabilitacją ruchową oraz terapią logopedyczną);
6) leczeniem lub pobytem w szpitalach uzdrowiskowych (sanatoryjnych), szpitalach rehabilitacyjnych, sanatoriach i uzdrowiskach, ośrodkach pomocy społecznej, domach opieki, ośrodkach leczenia uzależnień, hospicjach, ośrodkach opieki domowej, nawet jeśli takie leczenie lub usługi są zalecane lub konieczne w ramach leczenia Poważnego stanu chorobowego;
7) leczeniem zmian otępiennych, które wywołuje starość, lub leczeniem wszelkiego rodzaju zaburzeń poznawczych, niezależnie od ich przyczyny;
8) dodatkowymi posiłkami, poza śniadaniami hotelowymi zapewnionymi w ramach pobytu w hotelu, oraz wszelkimi innymi dodatkowymi kosztami pobytu w hotelu;
9) przejazdami z hotelu do Szpitala lub do Lekarza prowadzącego leczenie za granicą;
10) rozmowami telefonicznymi Ubezpieczonego, Dawcy oraz Osoby towarzyszącej;
11) usługami świadczonymi Osobie towarzyszącej, z wyjątkiem kosztów objętych ubezpieczeniem w ramach organizacji i pokrycia kosztów podróży, transportu i zakwaterowania;
12) zakwaterowaniem i transportem organizowanymi przez Ubezpieczonego we własnym zakresie bądź przez osobę trzecią w imieniu Ubezpieczonego;
13) wydatkami poniesionymi przed datą wystawienia Wstępnego certyfikatu medycznego;
14) wydatkami poniesionymi po zakończeniu Okresu realizacji świadczenia, z zastrzeżeniem § 6 ust. 5;
15) wydatkami medycznymi, które przekraczają zwyczajowe stawki zgodne ze standardem rynkowym, stosowane w przypadku zwrotu kosztów Ubezpieczonemu w ramach świadczeń dotyczących kontroli stanu zdrowia oraz kosztów Leków po leczeniu za granicą;
16) zakupem leków lub kosztem leków podanych Ubezpieczonemu po powrocie do Rzeczpospolitej Polskiej, które są dostępne bez recepty lub zostały w całości sfinansowane przez NFZ.

7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów powstałych w związku z zakupem lub wynajmem:
   1) sztucznych narządów lub organów albo urządzeń, które zastępują całość albo część narządu lub całość albo część funkcji tego narządu (protez), z wyjątkiem protez piersi po mastektomii i protez zastawek serca wstawianych w wyniku wykonania procedur medycznych zorganizowanych w ramach leczenia za granicą;
   2) przyrządów ortopedycznych, obuwia ortopedycznego, gorsetów, kul;
   3) okularów korekcyjnych, szkieł kontaktowych, protez zębowych, peruk;
   4) wózków inwalidzkich, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych i oczyszczaczy powietrza.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za:
   1) medyczną poprawność Drugiej opinii medycznej oraz za skutki działań lub zaniechań na podstawie informacji zawartych w tej opinii;
   2) skutki wdrożenia planu leczenia oraz leczenia za granicą, w tym ich skuteczność;
   3) skutki wdrożenia planów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, w tym ich skuteczność.
9. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie zrealizuje świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo realizacja świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo 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 Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać zrealizowane świadczenie.

§ 17

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność tylko wówczas, gdy Poważny stan chorobowy był skutkiem Nieszczęśliwego wypadku.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejne okresy ubezpieczenia.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony był wcześniej objęty przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniej zawartej Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że ochrona z tytułu tej Umowy dodatkowej zakończyła się nie wcześniej niż 30 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tych świadczeń i usług, które stanowią rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do wcześniej zawartej Umowy dodatkowej.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 18

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w § 8 ust. 3 i 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 8 ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy dodatkowej podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 19

1. Usługi i świadczenia, o których mowa w § 7, realizowane są z uwzględnieniem limitów kwotowych określonych w Tabeli nr 1.

Tabela nr 1

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej (łączny limit odpowiedzialności za wszystkie świadczenia i usługi z tytułu Umowy dodatkowej)	2 000 000 EUR
Świadczenia	**Wysokość limitu**
1) Koszty podróży i zakwaterowania	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
2) Leczenie i opieka medyczna za granicą	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
a. Koszty Leków po leczeniu za granicą	50 000 EUR w całym okresie obowiązywania Umowy dodatkowej
b. Dzienne świadczenie za Pobyt w szpitalu	100 EUR ograniczone do 60 dni na każdy Moduł ochrony
3) Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

2. Każdy koszt związany z organizacją i realizacją usług i świadczeń, o których mowa w § 7, pokrywany jest przez Towarzystwo i pomniejsza Sumę ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz limity w ramach poszczególnych usług i świadczeń wyrażone są w euro. W przypadku gdy koszty ponoszone są w innej walucie, wówczas Towarzystwo przelicza je na euro po kursie Narodowego Banku Polskiego, obowiązującym w dniu poniesienia wydatku.
4. Suma zrealizowanych świadczeń dla Ubezpieczonego, bez względu na liczbę występujących rodzajów Poważnych stanów chorobowych, nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W przypadku gdy kwota świadczeń z tytułu Poważnych stanów chorobowych przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma zrealizowanych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Realizacja świadczenia

§ 20

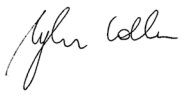
1. Osoba zgłaszająca roszczenie o realizację świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
   1) wniosek o realizację świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego stanu chorobowego.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. W celu realizacji świadczenia Ubezpieczony może zarejestrować się w Portalu Leczenie za granicą, do którego login i instrukcję logowania otrzyma od Towarzystwa na podany przez niego adres e-mail.
5. Towarzystwo zobowiązane jest do realizacji świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
6. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest zrealizować w terminie przewidzianym w ust. 5.

Postanowienia końcowe

§ 21

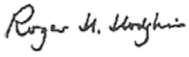
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego i jego Dzieci
(kod RPFL1_TFTF_09.2025) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 5; § 6; § 7; § 19 ust. 1	§ 6 ust. 1 i 4; § 7 ust. 4, 21, 22, 23, 26 i 28; § 9 ust. 6; § 16; § 17 ust. 1 i 4; § 18; § 19 ust. 1, 4 i 5

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK LECZENIA ZA GRANICĄ DLA UBEZPIECZONEGO I JEGO DZIECI (KOD RPFL1_TFTF_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego i jego Dzieci (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o leczenie za granicą dla Ubezpieczonego i jego Dzieci.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) **Dawca** – osoba żywa, od której pobierane są komórki, tkanki lub narządy do przeszczepu dla Osoby uprawnionej do świadczenia;
2) **Druga opinia medyczna** – opinia dotycząca Poważnego stanu chorobowego Osoby uprawnionej do świadczenia, sporządzana przez Lekarza konsultanta na podstawie dostarczonej przez Osobę uprawnioną do świadczenia dokumentacji medycznej;
3) **Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przez niego Przysposobione, które w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 21 roku życia;
4) **Dzień wystąpienia Poważnego stanu chorobowego** – dzień, w którym:
   a. wykonano badanie, które potwierdziło: Nowotwór złośliwy inwazyjny, Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ) albo Ciężką dysplazję nowotworową lub
   b. zalecono wykonanie jednej z następujących operacji: Pomostowania aortalno-wieńcowego, Operacji zastawek serca, Operacji neurochirurgicznej, Przeszczepu narządu lub Przeszczepu szpiku kostnego;
5) **Further** – Further Underwriting International SLU, podmiot z siedzibą w Hiszpanii, za pośrednictwem którego Towarzystwo zapewnia organizację oraz realizację usług i świadczeń objętych Umową dodatkową, w tym nadzór nad organizacją procesu leczenia;
6) **Inżynieria tkankowa** – postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek zmodyfikowanych tak, by mogły być zastosowane do naprawy, regeneracji lub zamiany z tkankami ludzkimi;
7) **Leczenie alternatywne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt medyczny albo farmaceutyczny, które nie są uważane za część Medycyny konwencjonalnej lub za standardowe zabiegi, w tym: akupunktura, aromaterapia, medycyna chiropraktyczna, medycyna homeopatyczna, medycyna naturopatyczna, ajurweda, tradycyjna medycyna chińska i medycyna osteopatyczna;
8) **Leczenie eksperymentalne** – metoda leczenia, procedura, sprzęt, lek lub produkt farmaceutyczny, przeznaczone do użytku medycznego, których skuteczność i bezpieczeństwo w leczeniu określonych stanów chorobowych nie zostały potwierdzone naukowo i medycznie lub które są przedmiotem badań albo testów, lub znajdują się na jakimkolwiek etapie eksperymentu klinicznego;
9) **Leczenie niezbędne z medycznego punktu widzenia** – usługi lub świadczenia medyczne, które są:
   a. zalecane przez Lekarza prowadzącego leczenie Poważnego stanu chorobowego Osoby uprawnionej do świadczenia w celu poprawy jej stanu zdrowia oraz
   b. uznane za skuteczne w poprawie wyników zdrowotnych w następstwie planów leczenia, które są spójne z diagnozą pod względem rodzaju, częstotliwości i czasu trwania, zgodnie z amerykańskimi lub europejskimi wytycznymi naukowymi (w szczególności wytyczne NCCN (National Comprehensive Cancer Network) dotyczące praktyki klinicznej w onkologii będą stosowane w odniesieniu do leczenia Modułu ochrony I), oraz
   c. opłacalne w porównaniu z alternatywnymi metodami leczenia, w tym z brakiem leczenia, które prowadzą do podobnych wyników, oraz
   d. wymagane z powodów innych niż wygoda Osoby uprawnionej do świadczenia lub jej Lekarza;
10) **Lek** – substancja lub połączenie substancji, dopuszczone do obrotu w danym kraju, wydawane wyłącznie na receptę. Recepta na Lek jest ważna także dla zamiennika tego leku o tych samych składnikach aktywnych, sile i dawkowaniu;
11) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium państwa, w którym wykonuje zawód, uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń medycznych, potwierdzone wymaganymi dokumentami;
12) **Lekarz konsultant** – Lekarz praktykujący poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej o specjalności i doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki danego Poważnego stanu chorobowego, który sporządza Drugą opinię medyczną;
13) **Medycyna konwencjonalna (on-label)** – medycyna oparta na naukowym podejściu do diagnozowania, leczenia i zapobiegania chorobom, wykorzystująca procedury medyczne dopuszczone do stosowania oraz wykonywane zgodnie z prawem państwa, w którym jest prowadzone leczenie;
14) **Moduł ochrony** – jeden z czterech modułów, obejmujący swoim zakresem określone rodzaje Poważnych stanów chorobowych, zgodnie z pkt 23;
15) **NFZ** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
16) **Nowotwór złośliwy** – Nowotwór złośliwy inwazyjny lub Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ);
17) **Okres realizacji świadczenia** – okres trzydziestu sześciu (36) miesięcy, w trakcie którego realizowane są świadczenia dla wszystkich roszczeń zgłoszonych w ramach danego Modułu ochrony, rozpoczynający się od daty pierwszej podróży zorganizowanej i opłaconej przez Towarzystwo. Okres realizacji świadczenia jest ustalany odrębnie dla każdego Modułu ochrony po zaakceptowaniu przez Towarzystwo pierwszego roszczenia dla tego Modułu ochrony;
18) **Osoba towarzysząca** – osoba wskazana przez Osobę uprawnioną do świadczenia, która podróżuje i przebywa z nią podczas realizacji świadczeń w ramach Umowy dodatkowej. W przypadku leczenia Dziecka za granicą możliwe jest wskazanie dwóch Osób towarzyszących;
19) **Osoba uprawniona do świadczenia** – Ubezpieczony oraz wszystkie jego Dzieci;
20) **Pobyt w szpitalu** – zorganizowane przez Towarzystwo leczenie w Szpitalu zagranicznym, trwające nieprzerwanie przez co najmniej 24 godziny;
21) **Portal Leczenie za granicą** – platforma internetowa dostarczona i zarządzana przez Further w celu wspierania realizacji świadczeń dla Osoby uprawnionej do świadczenia;

22) **Postępowanie profilaktyczne** – jakakolwiek procedura medyczna albo przyjęcie Leku mające na celu wyłącznie obniżenie ryzyka zachorowania na Nowotwór złośliwy, np. profilaktyczna operacja chirurgiczna polegająca na usunięciu tkanki lub organu o zwiększonym ryzyku zachorowania na Nowotwór złośliwy, w którym obecnie nie potwierdzono występowania komórek nowotworowych;
23) **Poważny stan chorobowy** – stan chorobowy występujący w ramach jednej z wymienionych poniżej grup:
   a. **Moduł ochrony I** – nowotwory:
      a) Nowotwór złośliwy inwazyjny;
      b) Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ);
      c) Ciężka dysplazja nowotworowa;
   b. **Moduł ochrony II** – stan chorobowy wymagający przeprowadzenia operacji kardiochirurgicznej:
      a) pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass);
      b) zastawki serca;
   c. **Moduł ochrony III** – stan chorobowy wymagający przeprowadzenia operacji neurochirurgicznej:
      a) mózgu;
      b) łagodnego guza rdzenia kręgowego;
   d. **Moduł ochrony IV** – stan chorobowy wymagający przeprowadzenia przeszczepu:
      a) narządów;
      b) szpiku kostnego;
24) **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 Dziecka;
25) **Siła wyższa** – zdarzenia zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia, których skutkom nie można było zapobiec;
26) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego i jego Dzieci;
27) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego i jego Dzieci;
28) **Szpital** – prywatna lub publiczna organizacja prawnie upoważniona do zapewnienia leczenia chorób lub urazów ciała, wyposażona w środki materialne/technologiczne, obsługiwana przez Lekarzy i personel medyczny 24 godziny na dobę;
29) **Terapia genowa** – terapia, która zawiera geny wywołujące efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny i polega na wprowadzeniu do organizmu fragmentów genów (DNA lub RNA) stworzonych w laboratorium, w celu leczenia różnego rodzaju chorób, w tym chorób genetycznych, Nowotworów złośliwych albo chorób przewlekłych;
30) **Terapia komórkami somatycznymi** – terapia, która dotyczy modyfikacji komórek lub tkanek polegającej na zmianie ich charakterystyki biologicznej lub użyciu ich w innej roli niż ich podstawowa rola biologiczna w organizmie. Procedury te mogą być stosowane do leczenia, diagnostyki lub zapobiegania chorobom;
31) **Terapia limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T-cell therapy)** – rodzaj leczenia, w którym funkcja limfocytów T (rodzaj komórek układu odpornościowego) pobranych z krwi Osoby uprawnionej do świadczenia została zmodyfikowana w laboratorium w taki sposób, żeby rozpoznawały i niszczyły komórki nowotworowe;
32) **Wstępny certyfikat medyczny** – dokument, który potwierdza organizację i pokrycie kosztów leczenia i opieki medycznej za granicą w wybranej przez Osobę uprawnioną do świadczenia placówce medycznej.

§ 3

Poważne stany chorobowe, o których mowa w niniejszych OWUD, otrzymują następujące definicje:
1) **Ciężka dysplazja nowotworowa** – wszelkie zmiany przednowotworowe w komórkach, które cytologicznie lub histopatologicznie zostały sklasyfikowane jako dysplazja dużego stopnia lub dysplazja ciężka;
2) **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – każdy nowotwór złośliwy, w tym białaczka, mięsak i chłoniak, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek złośliwych i inwazją tkanek;
3) **Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ)** – każdy nowotwór in situ, który jest ograniczony do nabłonka, gdzie powstał i który nie zaatakował zrębu lub otaczających go tkanek;
4) **Operacja neurochirurgiczna** – interwencja chirurgiczna w obrębie mózgu lub innych struktur wewnątrzczaszkowych, lub leczenie łagodnych guzów zlokalizowanych w rdzeniu kręgowym;
5) **Operacja zastawek serca** – inwazyjna wymiana lub naprawa co najmniej jednej zastawki serca, niezależnie od tego, czy wymiana lub naprawa wykonywana jest operacją na otwartej klatce piersiowej, metodą małoinwazyjną, czy też za pomocą leczenia cewnikiem sercowym;
6) **Pomostowanie aortalno-wieńcowe** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony w celu skorygowania zwężenia lub zablokowania jednej lub więcej tętnic wieńcowych za pomocą pomostów aortalno-wieńcowych zgodnie z zaleceniami kardiologa;
7) **Przeszczep narządu** – przeszczep chirurgiczny, w którym Osoba uprawniona do świadczenia otrzymuje nerkę, fragment wątroby, płat płucny lub fragment trzustki od innego żyjącego zgodnego Dawcy;
8) **Przeszczep szpiku kostnego** – przeszczep szpiku kostnego (BMT) lub przeszczep komórek macierzystych krwi obwodowej (PBSCT) pochodzących od Osoby uprawnionej do świadczenia (autologiczny przeszczep szpiku kostnego) lub od żyjącego zgodnego Dawcy (allogeniczny przeszczep szpiku kostnego).

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 4

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego oraz wszystkich jego Dzieci.

§ 5

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia i usługi, z których ma prawo skorzystać Osoba uprawniona do świadczenia w przypadku wystąpienia u niej Poważnego stanu chorobowego:
   1) Druga opinia medyczna;
   2) leczenie i opieka medyczna za granicą;
   3) kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą.

2. Szczegółowy zakres świadczeń i usług, o których mowa w ust. 1, opisany został w § 7.

Okres realizacji świadczenia

§ 6

1. Osoba uprawniona do świadczenia może skorzystać ze świadczeń i usług, o których mowa w § 5, w ramach każdego z Modułów ochrony, wyłącznie w trakcie trwania Okresu realizacji świadczenia.
2. Przed realizacją świadczenia lub usługi Towarzystwo sprawdza możliwość skorzystania z nich przez Osobę uprawnioną do świadczenia w ramach danego Modułu ochrony, w którym znajduje się Poważny stan chorobowy.
3. Osoba uprawniona do świadczenia może skorzystać z usług i świadczeń, o których mowa w § 5, w ramach Okresu realizacji świadczenia dla danego Modułu ochrony, jeżeli:
   1) nie korzystała wcześniej z leczenia za granicą w ramach tego Modułu ochrony albo
   2) korzystała wcześniej z leczenia za granicą w ramach tego Modułu ochrony, ale nie upłynął jeszcze okres 36 miesięcy, liczony od daty pierwszej podróży zorganizowanej przez Towarzystwo w celu leczenia Poważnego stanu chorobowego znajdującego się w tym Module ochrony.
4. Towarzystwo nie zrealizuje świadczenia lub usługi, jeżeli od daty pierwszej podróży zorganizowanej przez Towarzystwo w celu leczenia Poważnego stanu chorobowego znajdującego się w danym Module ochrony do daty zgłoszenia kolejnego roszczenia upłynęło 36 miesięcy.
5. W przypadku gdy Okres realizacji świadczenia dla danego Modułu ochrony upłynie w trakcie leczenia za granicą, Towarzystwo pokryje koszty, o których mowa w § 7 ust. 12, poniesione do czasu wyznaczonej, w oparciu o przyjęty plan leczenia, podróży powrotnej Osoby uprawnionej do świadczenia do Rzeczpospolitej Polskiej, z uwzględnieniem ograniczeń odpowiedzialności określonych w § 16, z wyłączeniem ust. 6 pkt 14.
6. Jeżeli w trakcie leczenia Poważnego stanu chorobowego w ramach Modułu ochrony I konieczne będzie przeprowadzenie, bezpośrednio powiązanych z procesem leczenia onkologicznego, operacji lub przeszczepu, występujących w Modułach ochrony II-IV, wówczas świadczenia będą realizowane w ramach Okresu realizacji świadczenia dla Modułu ochrony I.

Zakres świadczeń i usług

§ 7

Druga opinia medyczna

1. Zakres świadczeń dotyczących Drugiej opinii medycznej obejmuje:
   1) informowanie Osoby uprawnionej do świadczenia o dokumentacji medycznej potrzebnej do przygotowania Drugiej opinii medycznej;
   2) udzielanie, na wniosek Osoby uprawnionej do świadczenia, pomocy w zebraniu dokumentacji medycznej potrzebnej do przygotowania Drugiej opinii medycznej;
   3) tłumaczenie dostarczonej przez Osobę uprawnioną do świadczenia dokumentacji medycznej na język Lekarza konsultanta;
   4) przekazanie dokumentacji medycznej Lekarzowi konsultantowi;
   5) zapewnienie ponownej oceny histopatologicznej tkanek, które zostały wcześniej pobrane od Osoby uprawnionej do świadczenia – jeśli będzie to medycznie uzasadnione;
   6) przygotowanie przez Lekarza konsultanta Drugiej opinii medycznej;
   7) przetłumaczenie Drugiej opinii medycznej na język polski;
   8) dostarczenie Drugiej opinii medycznej Osobie uprawnionej do świadczenia.
2. Przygotowana Druga opinia medyczna zawiera:
   1) opinię Lekarza konsultanta dotyczącą postawionej diagnozy i stosowanego leczenia u Osoby uprawnionej do świadczenia;
   2) propozycję planu leczenia Osoby uprawnionej do świadczenia;
   3) informację, czy Osobie uprawnionej do świadczenia przysługuje prawo do leczenia za granicą.
3. Osoba uprawniona do świadczenia może zrezygnować z Drugiej opinii medycznej. W takiej sytuacji o zasadności i planie leczenia za granicą rozstrzyga wyznaczony przez Towarzystwo zespół medyczny, na podstawie dostarczonej przez Osobę uprawnioną do świadczenia dokumentacji medycznej.
4. Osoba uprawniona do świadczenia może skorzystać ze świadczenia Drugiej opinii medycznej wyłącznie raz w stosunku do jednego rodzaju Poważnego stanu chorobowego, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Jeśli Lekarz konsultant postawi diagnozę odmienną od tej wynikającej z posiadanej przez Osobę uprawnioną do świadczenia dokumentacji medycznej, wówczas inny Lekarz konsultant przygotuje dodatkową Drugą opinię medyczną.
6. Jeśli Osoba uprawniona do świadczenia zdecyduje się skorzystać z Drugiej opinii medycznej, realizacja świadczenia dotyczącego leczenia i opieki medycznej za granicą rozpocznie się po wydaniu Drugiej opinii medycznej.

Leczenie i opieka medyczna za granicą

7. Świadczenie dotyczące leczenia i opieki medycznej za granicą obejmuje:
   1) przedstawienie Osobie uprawnionej do świadczenia trzech rekomendowanych Szpitali zagranicznych, w których możliwe jest przeprowadzenie leczenia;
   2) wybranie przez Osobę uprawnioną do świadczenia jednego z zaproponowanych Szpitali zagranicznych;
   3) przekazanie Osobie uprawnionej do świadczenia Wstępnego certyfikatu medycznego;
   4) organizację i pokrycie kosztów podróży w celu leczenia za granicą;
   5) organizację i pokrycie kosztów zakwaterowania podczas leczenia za granicą;
   6) pokrycie kosztów związanych z leczeniem i opieką medyczną za granicą;
   7) wypłatę dziennego świadczenia za Pobyt w szpitalu;
   8) organizację i pokrycie kosztów transportu zwłok;
   9) tłumaczenie dokumentacji medycznej niezbędnej do leczenia i opieki medycznej za granicą;
   10) tłumaczenie dokumentacji medycznej na język polski po zakończeniu leczenia za granicą.
8. Wstępny certyfikat medyczny, o którym mowa w ust. 7 pkt 3, jest ważny 3 miesiące od daty jego wystawienia. Jeżeli Osoba uprawniona do świadczenia nie wyjedzie do Szpitala zagranicznego w okresie trwania ważności Wstępnego certyfikatu medycznego, Towarzystwo przygotuje nowy Wstępny certyfikat medyczny. W tym celu konieczna będzie ponowna ocena stanu zdrowia Osoby uprawnionej do świadczenia.

9. W ramach organizacji i pokrycia kosztów podróży w celu leczenia za granicą Towarzystwo zapewnia:
   1) organizację i pokrycie kosztów podróży Osoby uprawnionej do świadczenia, Osoby towarzyszącej oraz Dawcy (w przypadku przeszczepu) do miejsca, w którym znajduje się wybrany przez Osobę uprawnioną do świadczenia Szpital zagraniczny oraz podróży powrotnej w zakresie:
      a. transportu z miejsca zamieszkania Osoby uprawnionej do świadczenia oraz Dawcy do wyznaczonego lotniska międzynarodowego lub dworca kolejowego;
      b. biletów kolejowych lub lotniczych w klasie ekonomiczniej do miasta docelowego leczenia i transportu do wskazanego hotelu lub bezpośrednio do Szpitala;
      c. transportu z wyznaczonego hotelu lub Szpitala do wskazanego międzynarodowego lotniska lub dworca kolejowego;
      d. biletów kolejowych lub lotniczych w klasie ekonomicznej do Rzeczpospolitej Polskiej, a następnie transportu do miejsca zamieszkania Osoby uprawnionej do świadczenia oraz Dawcy;
   2) organizację i pokrycie kosztów transportu medycznego, w tym ambulansem drogowym lub karetką powietrzną, zaplanowanego i zaakceptowanego przez Towarzystwo, jeżeli taki transport został zalecony przez Lekarza konsultanta lub Lekarza prowadzącego leczenie za granicą.
10. Towarzystwo odpowiada za wybór terminów transportu oraz rezerwacji, a także miejsca zakwaterowania w ramach każdego przejazdu objętego zakresem ubezpieczenia (na podstawie zatwierdzonego planu leczenia) i przedstawia je do akceptacji Osoby uprawnionej do świadczenia lub Dawcy najpóźniej na 3 dni przed podróżą. Zmiana ustalonych terminów podróży jest możliwa wyłącznie ze względu na udokumentowane powody medyczne. W każdym innym przypadku Towarzystwo nie dokona nowych ustaleń dotyczących podróży i zakwaterowania.
11. W ramach organizacji i pokrycia kosztów zakwaterowania podczas leczenia za granicą Towarzystwo zapewnia:
   1) organizację i pokrycie kosztów zakwaterowania Osoby uprawnionej do świadczenia, Osoby towarzyszącej oraz Dawcy (w przypadku przeszczepu) w miejscu leczenia Poważnego stanu chorobowego, w pokoju dwuosobowym ze śniadaniem w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym, który znajduje się nie dalej niż 10 km od Szpitala, w którym odbywa się leczenie (Osoba uprawniona do świadczenia nie może podwyższyć standardu hotelu);
   2) ustalenie daty powrotu z każdej podróży zorganizowanej przez Towarzystwo, w oparciu o informacje od Lekarza prowadzącego leczenie za granicą potwierdzające brak przeciwwskazań medycznych do odbycia takiej podróży przez Osobę uprawnioną do świadczenia.
12. W ramach leczenia i opieki medycznej za granicą Towarzystwo pokrywa następujące koszty powstałe w związku z Leczeniem niezbędnym z medycznego punktu widzenia, zgodnie z warunkami określonymi we Wstępnym certyfikacie medycznym:
   1) koszty poniesione przez Szpital w zakresie:
      a. pobytu w pokoju, sali, na oddziale szpitalnym lub na oddziale intensywnej terapii;
      b. dodatkowego łóżka związanego z pobytem Osoby towarzyszącej w Szpitalu, o ile Szpital udostępnia taką usługę;
      c. wyżywienia podczas hospitalizacji;
      d. usług medycznych świadczonych przez przychodnie przyszpitalne;
      e. wykonania zabiegów chirurgicznych na sali operacyjnej;
      f. opieki lekarskiej, pielęgniarskiej oraz pozostałego personelu medycznego na każdym oddziale Szpitala oraz w ambulatorium;
      g. użytych leków i środków opatrunkowych;
   2) koszty ponoszone przez niezależny ośrodek, ale tylko wówczas gdy przeprowadzone procedury medyczne były objęte zakresem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
   3) koszty następujących usług medycznych i procedur:
      a. analiz laboratoryjnych, badań patomorfologicznych, badań rentgenowskich, chemioterapii, badań elektrokardiograficznych, badań ultrasonograficznych, badań z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, echokardiografii, mielogramów, encefalografii, angiografii, tomografii komputerowych, rezonansów magnetycznych oraz innych badań zleconych przez Lekarza w celu rozpoznania i leczenia Poważnego stanu chorobowego;
      b. radioterapii, czyli promieniowania wysokoenergetycznego służącego do zmniejszania guzów i zabijania komórek nowotworowych promieniami rentgenowskimi, promieniami gamma i naładowanymi cząstkami, które są rodzajami promieniowania wykorzystywanymi do leczenia nowotworu albo dostarczanymi przez urządzenie poza ciałem (promieniowanie wiązką zewnętrzną) lub przez materiał radioaktywny umieszczony w organizmie w pobliżu komórek nowotworowych (wewnętrzna radioterapia);
      c. znieczulenia, jego podania przez Lekarza anestezjologa oraz opieki anestezjologicznej przed, w trakcie i po zakończeniu znieczulenia;
      d. chirurgii rekonstrukcyjnej, która polega na odbudowie lub naprawie struktury ciała w celu skorygowania funkcji uszkodzonej lub utraconej wskutek wykonanych procedur medycznych przeprowadzonych w ramach leczenia za granicą;
      e. transfuzji krwi, podawania osocza i surowicy;
      f. podawania tlenu, wlewów: dożylnych, podskórnych, domięśniowych;
      g. leczenia powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie leczenia za granicą, jeśli te powikłania lub skutki uboczne wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w Szpitalu lub w innej placówce medycznej oraz są niezbędne, żeby Osoba uprawniona do świadczenia mogła zostać uznana za zdolną do podróży powrotnej do Rzeczpospolitej Polskiej po zakończeniu leczenia za granicą;
   4) koszty Leków wydawanych przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą, które zostały przepisane po przeprowadzonej operacji, w ciągu 30 dni od daty zakończenia przez Osobę uprawnioną do świadczenia leczenia za granicą i tylko wtedy, gdy zostały zakupione przed powrotem do Rzeczpospolitej Polskiej;
   5) koszty protez piersi (po operacji mastektomii), protez zastawek serca, potrzebnych po operacji zorganizowanej i opłaconej przez Towarzystwo w ramach leczenia za granicą;
   6) koszty usług tłumacza medycznego w placówce medycznej za granicą;
   7) koszty Przeszczepu narządu lub Przeszczepu szpiku kostnego, na które składają się koszty:
      a. badań diagnostycznych przeprowadzanych w celu znalezienia odpowiedniego Dawcy wśród członków rodziny Osoby uprawnionej do świadczenia;
      b. usług szpitalnych świadczonych na rzecz Dawcy, w tym zakwaterowania w sali szpitalnej, na oddziale lub sekcji, posiłków, ogólnych usług pielęgniarskich, regularnych usług świadczonych przez personel Szpitala, badań laboratoryjnych oraz korzystania ze sprzętu i innych udogodnień Szpitala (z wyłączeniem przedmiotów do użytku osobistego, które nie są wymagane w procesie pobrania narządu lub tkanki do przeszczepienia);
      c. operacji pobrania narządu lub szpiku kostnego od Dawcy dla Osoby uprawnionej do świadczenia;
      d. procedury hodowli szpiku kostnego dla Osoby uprawnionej do świadczenia (poniesione od daty wydania Wstępnego certyfikatu medycznego).

13. W przypadku, gdy jakakolwiek Siła wyższa lub ograniczenia logistyczne lub operacyjne nałożone przez władze lokalne lub międzynarodowe uniemożliwią Towarzystwu organizację leczenia za granicą, wówczas Towarzystwo zapewni świadczenia, określone w ust. 12 pkt 1-3, 5 oraz 7, na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, pod warunkiem, że te same ograniczenia logistyczne lub operacyjne nie utrudniają organizacji tych usług i świadczeń na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.
14. Świadczenia, określone w ust. 13, będą dostępne na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej wyłącznie do czasu, gdy Towarzystwo będzie w stanie ponownie zorganizować leczenie za granicą.
15. W ramach dziennego świadczenia za Pobyt w szpitalu, Towarzystwo wypłaca Osobie uprawnionej do świadczenia świadczenie pieniężne, w wysokości równowartości 100 EUR za każdy dzień Pobytu w szpitalu połączonego z noclegiem poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej. W ramach jednego Modułu ochrony Towarzystwo wypłaci świadczenie łącznie za nie więcej niż 60 dni Pobytu w szpitalu.
16. Dzienne świadczenie za Pobyt w szpitalu wypłacane jest na rachunek bankowy wskazany przez Osobę uprawnioną do świadczenia, w terminie 14 dni po zakończonej hospitalizacji lub po każdym zakończonym 7-dniowym Pobycie w szpitalu.
17. W przypadku gdy po zakończeniu planu leczenia za granicą i ostatecznym powrocie Osoby uprawnionej do świadczenia do Rzeczpospolitej Polskiej niezbędne będzie dalsze leczenie, a Okres realizacji świadczenia nie upłynął, wydany zostanie nowy Wstępny certyfikat medyczny.
18. W medycznie uzasadnionych przypadkach ocena konieczności ponownego leczenia za granicą możliwa będzie po sporządzeniu nowej Drugiej opinii medycznej.
19. Organizacja i pokrycie kosztów transportu zwłok Osoby uprawnionej do świadczenia lub Dawcy realizowane są, jeżeli śmierć, odpowiednio, Osoby uprawnionej do świadczenia lub Dawcy, nastąpiła w trakcie leczenia Poważnego stanu chorobowego za granicą.
20. W ramach organizacji i pokrycia kosztów transportu zwłok Towarzystwo zapewnia organizację i pokrycie kosztów usług świadczonych przez zakład pogrzebowy zapewniający międzynarodowy transport zwłok, w tym: wszelkich formalności administracyjnych, zakupu trumny przewozowej, balsamowania zwłok, transportu na lotnisko, przelotu oraz transportu z lotniska do miejsca pochówku na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.

Koszty Leków po leczeniu za granicą

21. Po powrocie z leczenia za granicą Towarzystwo pokryje koszty Leków, przepisanych i zakupionych na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej przez Osobę uprawnioną do świadczenia, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:
    1) Lek został dopuszczony do obrotu i zatwierdzony przez właściwy organ medyczny lub agencję medyczną na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, a jego przepisywanie i podawanie jest uregulowane przepisami polskiego prawa;
    2) Lek jest dostępny do nabycia na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej w czasie i w sposób niezbędny do zapewnienia kontynuacji leczenia;
    3) Lek wymaga recepty wystawionej przez Lekarza na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej;
    4) Lek jest zalecony przez Lekarza prowadzącego leczenie z granicą jako niezbędny do kontynuacji leczenia;
    5) Lek jest podawany w następstwie Pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 3 dni;
    6) każda recepta nie przekracza dawki przeznaczonej do spożycia przez okres dłuższy niż 2 miesiące;
    7) wszystkie recepty zostały wystawione przed końcem Okresu realizacji świadczenia.
22. Towarzystwo zwróci Osobie uprawnionej do świadczenia koszty, o których mowa w ust. 21, po otrzymaniu stosownej recepty oraz dowodu zakupu, pod warunkiem, że zostaną one przedłożone Towarzystwu przed upływem 180 dni od daty poniesienia wydatku.
23. Towarzystwo pokryje także koszty Leków zakupionych poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
    1) zalecany Lek nie jest licencjonowany lub zatwierdzony na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, zgodnie z ust. 21 pkt 1, albo nie jest możliwy do nabycia lub nie jest dostępny na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, zgodnie z ust. 21 pkt 2;
    2) spełnione zostały warunki, o których mowa w ust. 21 pkt 4-7;
    3) zakup Leku został zatwierdzony przez Towarzystwo.
24. W przypadku, o którym mowa w ust. 23, Towarzystwo zorganizuje podróż i zakwaterowanie dla Osoby uprawnionej do świadczenia i wyznaczonej Osoby towarzyszącej, niezbędne w celu zakupu Leków, na warunkach opisanych w ust. 9-11.

Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą

25. Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą obejmuje, wynikające z zaleceń Lekarza prowadzącego leczenie za granicą, badania diagnostyczne, profilaktyczne lub przesiewowe oraz konsultacje lekarskie z nimi związane, realizowane wyłącznie w rekomendowanych lub zaakceptowanych przez Towarzystwo Szpitalach:
    1) na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, pod warunkiem, że badania te są dostępne na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej w czasie i w sposób niezbędny do kontynuowania kontroli stanu zdrowia lub
    2) poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.
26. Badania i konsultacje, o których mowa w ust. 25 pkt 1, są organizowane i opłacane przez Osobę uprawnioną do świadczenia. W takim przypadku Towarzystwo zwróci Osobie uprawnionej do świadczenia poniesione koszty, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
    1) Osoba uprawniona do świadczenia przedstawiła dowód zapłaty za te usługi przed upływem 180 dni od daty poniesienia kosztów;
    2) dowód zapłaty został wystawiony w trakcie trwania Okresu realizacji świadczenia;
    3) koszty kontroli stanu zdrowia nie zostały sfinansowane przez NFZ.
27. Badania i konsultacje, o których mowa w ust. 25 pkt 2, są organizowane i opłacane przez Towarzystwo, zgodnie z zasadami opisanymi w części „Leczenie i opieka medyczna za granicą". W takim przypadku usługi te będą świadczone przez Lekarza, który prowadził leczenie za granicą lub jego zespół medyczny.
28. Jeżeli w związku ze zmianą stanu zdrowia Osoby uprawnionej do świadczenia Lekarze odpowiedzialni za organizację kontroli stanu zdrowia na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej wydadzą inne wytyczne dotyczące leczenia niż ustalone przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą, wówczas Towarzystwo przekaże je do zatwierdzenia Lekarzowi prowadzącemu leczenie za granicą. Zwrot wydatków poniesionych w ramach nowych wytycznych będzie możliwy wyłącznie, gdy Lekarz prowadzący leczenie za granicą je zatwierdzi.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 8

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
    1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
    2) od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 18 lat i nie ukończył 65 roku życia.

3. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
5. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i 4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
7. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 8 i 9.
8. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
9. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne roczne okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
10. Pozostałe zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 9

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 10, z zastrzeżeniem ust. 4 oraz § 19 ust. 5.
4. Zakończenie Okresu realizacji świadczenia w ramach wszystkich Modułów ochrony dla danej Osoby uprawnionej do świadczenia, skutkuje wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do tej osoby.
5. Ubezpieczony nie może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej oraz z tytułu:
   1) Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego;
   2) Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego;
   3) Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego i jego Dzieci.
6. Dziecko może skorzystać ze świadczeń wyłącznie w ramach jednej Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego i jego Dzieci. Jeżeli Dziecko jest objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej oraz innej umowy dodatkowej dotyczącej leczenia za granicą, to świadczenia będą realizowane jedynie w ramach tej umowy dodatkowej, która została zawarta jako pierwsza.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 10

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
   1) rozwiązania Umowy głównej;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 85 lat;
   3) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   5) zawieszenia opłacania Składek regularnych, jeżeli podczas tego zawieszenia ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie jest kontynuowana na zasadach określonych w OWU w części „Zawieszenie opłacania Składek regularnych".
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem zapisów dotyczących odstąpienia od Umowy głównej w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o którym mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej".

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 11

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest stała i wynosi 2 000 000 EUR (dwa miliony euro) odrębnie dla Ubezpieczonego i każdego jego Dziecka.
2. Ubezpieczający lub Ubezpieczony mogą sprawdzić aktualny stopień wykorzystania Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej kontaktując się z Towarzystwem.

§ 12

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składek oraz Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 17 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 13

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 12 ust. 1.

2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 14 OWU.

§ 14

1. Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 12 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 15

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej nie podlega indeksacji.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 16

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego stanu chorobowego, jeżeli był on konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Osoby uprawnionej do świadczenia w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) ruchów sejsmicznych, powodzi, wybuchów wulkanów, a także bezpośrednich lub pośrednich skutków skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową i wszelkich innych nadzwyczajnych lub katastrofalnych zjawisk, a także oficjalnie ogłoszonych epidemii;
   3) zaburzeń poznawczych, demencji lub upośledzenia umysłowego Osoby uprawnionej do świadczenia, niezależnie od stanu ich zaawansowania;
   4) uzależnienia od narkotyków i/lub nadużywania alkoholu potwierdzonego w dokumentacji medycznej i/lub stosowania środków psychoaktywnych, odurzających lub halucynogennych;
   5) pozostawania przez Osobę uprawnioną do świadczenia pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Osobę uprawnioną do świadczenia, próby samobójczej Osoby uprawnionej do świadczenia, świadomego samookaleczenia Osoby uprawnionej do świadczenia lub okaleczenia Osoby uprawnionej do świadczenia na jej prośbę, niezależnie od stanu jej poczytalności;

   a także, jeżeli Poważny stan chorobowy:

   6) został zdiagnozowany lub był leczony u Osoby uprawnionej do świadczenia przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
   7) był następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
      a. zdiagnozowanych u Osoby uprawnionej do świadczenia lub
      b. leczonych u Osoby uprawnionej do świadczenia, lub
      c. których leczenie zalecono u Osoby uprawnionej do świadczenia,

      w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń Ubezpieczonego, o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli w Dniu wystąpienia Poważnego stanu chorobowego Osoba uprawniona do świadczenia nie miała miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej albo miała miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, ale w ciągu 12 miesięcy przed wystąpieniem Poważnego stanu chorobowego przebywała poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej przez okres dłuższy niż 183 dni kalendarzowe.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, nie zrealizuje świadczenia i nie pokrywa kosztów powstałych w związku z:
   1) niezastosowaniem się przez Osobę uprawnioną do świadczenia do zaleceń Lekarza prowadzącego leczenie za granicą lub do określonego planu leczenia;
   2) odmową poddania się przez Osobę uprawnioną do świadczenia leczeniu, dodatkowym analizom lub badaniom diagnostycznym koniecznym w celu określenia ostatecznej diagnozy lub planu leczenia;
   3) leczeniem innymi metodami, jeśli zalecanym przez Lekarza konsultanta sposobem leczenia jest Przeszczep narządu lub Przeszczep szpiku kostnego w ramach Modułu ochrony IV;
   4) leczeniem, które nie spełnia definicji Leczenia niezbędnego z medycznego punktu widzenia;
   5) leczeniem nowotworów związanych z AIDS i infekcją wirusem HIV;
   6) leczeniem nowotworu skóry, który nie jest czerniakiem złośliwym i nie został sklasyfikowany histopatologicznie, histologicznie jako powodujący inwazję/naciekanie poza naskórek (zewnętrzną warstwę skóry);
   7) leczeniem z zastosowaniem innej techniki niż pomostowanie (by-pass) tętnic wieńcowych;
   8) przeszczepieniem narządów od żywego Dawcy, w przypadku gdy:
      a. konieczność przeprowadzenia przeszczepu wątroby wynika ze skutków alkoholowej choroby wątroby;
      b. wykonanie przeszczepu wymaga leczenia komórkami macierzystymi;
      c. narząd do przeszczepu został zakupiony od Dawcy;
      d. Osoba uprawniona do świadczenia jest Dawcą dla osoby trzeciej;
      e. Przeszczep narządów lub Przeszczep szpiku kostnego wykonywany jest z wykorzystaniem przeszczepu krwiopochodnych komórek macierzystych z krwi pępowinowej;
   9) Postępowaniem profilaktycznym;

10) Leczeniem alternatywnym;
11) Leczeniem eksperymentalnym nawet, jeśli zaleca je Lekarz prowadzący leczenie za granicą;
12) leczeniem z wykorzystaniem Terapii genowej, Terapii komórkami somatycznymi, Inżynierii tkankowej;
13) leczeniem z wykorzystaniem Terapii limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T-cell therapy).

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów związanych ze stosowaniem Leków po powrocie z leczenia za granicą w zakresie:
   1) wszelkich kosztów finansowanych przez NFZ lub inną umowę ubezpieczenia, w ramach której Osoba uprawniona do świadczenia jest objęta ochroną;
   2) kosztów podania Leku;
   3) kosztów zakupu Leków poniesionych poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, chyba, że zakup ten został zatwierdzony przez Towarzystwo;
   4) kosztów zakupu Leków na podstawie dowodów zakupu przedłożonych Towarzystwu po upływie 180 dni od daty poniesienia wydatku.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów związanych z kontrolą stanu zdrowia po leczeniu za granicą w zakresie:
   1) wszelkich kosztów finansowanych przez NFZ lub inną umowę ubezpieczenia, w ramach której Osoba uprawniona do świadczenia jest objęta ochroną;
   2) wydatków poniesionych w innym Szpitalu niż zatwierdzony przez Towarzystwo;
   3) kosztów zakupu Leków na podstawie dowodów zakupu przedłożonych Towarzystwu po upływie 180 dni od daty poniesienia wydatku.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów związanych z:
   1) leczeniem chorób oraz wykonywaniem procedur medycznych nieobjętych zakresem ubezpieczenia;
   2) procedurami diagnostycznymi, leczeniem, usługami, świadczeniami lub zaleceniami lekarskimi dowolnego rodzaju, poniesionymi na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, z wyjątkiem: wydatków na Leki pokrywane po leczeniu za granicą, kosztów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą oraz leczenia zorganizowanego na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej zgodnie z § 7 ust. 13 (Siła wyższa);
   3) leczeniem w innym Szpitalu zagranicznym niż wskazany we Wstępnym certyfikacie medycznym;
   4) leczeniem powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych zastosowanych podczas leczenia za granicą, innych niż te, które:
      a. wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w Szpitalu zagranicznym oraz
      b. są niezbędne, żeby Osoba uprawniona do świadczenia mogła zostać uznana za zdolną do podróży powrotnej do Rzeczpospolitej Polskiej po zakończeniu leczenia za granicą;
   5) leczeniem długotrwałych skutków ubocznych, łagodzeniem przewlekłych objawów lub rehabilitacją (w tym fizjoterapią, rehabilitacją ruchową oraz terapią logopedyczną);
   6) leczeniem lub pobytem w szpitalach uzdrowiskowych (sanatoryjnych), szpitalach rehabilitacyjnych, sanatoriach i uzdrowiskach, ośrodkach pomocy społecznej, domach opieki, ośrodkach leczenia uzależnień, hospicjach, ośrodkach opieki domowej, nawet jeśli takie leczenie lub usługi są zalecane lub konieczne w ramach leczenia Poważnego stanu chorobowego;
   7) leczeniem zmian otępiennych, które wywołuje starość, lub leczeniem wszelkiego rodzaju zaburzeń poznawczych, niezależnie od ich przyczyny;
   8) dodatkowymi posiłkami, poza śniadaniami hotelowymi zapewnionymi w ramach pobytu w hotelu, oraz wszelkimi innymi dodatkowymi kosztami pobytu w hotelu;
   9) przejazdami z hotelu do Szpitala lub do Lekarza prowadzącego leczenie za granicą;
   10) rozmowami telefonicznymi Osoby uprawnionej do świadczenia, Dawcy oraz Osoby towarzyszącej;
   11) usługami świadczonymi Osobie towarzyszącej, z wyjątkiem kosztów objętych ubezpieczeniem w ramach organizacji i pokrycia kosztów podróży, transportu i zakwaterowania;
   12) zakwaterowaniem i transportem organizowanymi przez Osobę uprawnioną do świadczenia we własnym zakresie bądź przez osobę trzecią w imieniu Osoby uprawnionej do świadczenia;
   13) wydatkami poniesionymi przed datą wystawienia Wstępnego certyfikatu medycznego;
   14) wydatkami poniesionymi po zakończeniu Okresu realizacji świadczenia, z zastrzeżeniem § 6 ust. 5;
   15) wydatkami medycznymi, które przekraczają zwyczajowe stawki zgodne ze standardem rynkowym, stosowane w przypadku zwrotu kosztów Osobie uprawnionej do świadczenia w ramach świadczeń dotyczących kontroli stanu zdrowia oraz kosztów Leków po leczeniu za granicą;
   16) zakupem leków lub kosztem leków podanych Osobie uprawnionej do świadczenia po powrocie do Rzeczpospolitej Polskiej, które są dostępne bez recepty lub zostały w całości sfinansowane przez NFZ.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów powstałych w związku z zakupem lub wynajmem:
   1) sztucznych narządów lub organów albo urządzeń, które zastępują całość albo część narządu lub całość albo część funkcji tego narządu (protez), z wyjątkiem protez piersi po mastektomii i protez zastawek serca wstawianych w wyniku wykonania procedur medycznych zorganizowanych w ramach leczenia za granicą;
   2) przyrządów ortopedycznych, obuwia ortopedycznego, gorsetów, kul;
   3) okularów korekcyjnych, szkieł kontaktowych, protez zębowych, peruk;
   4) wózków inwalidzkich, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych i oczyszczaczy powietrza.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za:
   1) medyczną poprawność Drugiej opinii medycznej oraz za skutki działań lub zaniechań na podstawie informacji zawartych w tej opinii;
   2) skutki wdrożenia planu leczenia oraz leczenia za granicą, w tym jego skuteczność;
   3) skutki wdrożenia planów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, w tym ich skuteczność.
9. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie zrealizuje świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo realizacja świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo 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 Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać zrealizowane świadczenie.

§ 17

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność tylko wówczas, gdy Poważny stan chorobowy był skutkiem Nieszczęśliwego wypadku.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejne okresy ubezpieczenia.

3. W przypadku gdy Osoba uprawniona do świadczenia była wcześniej objęta przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniej zawartej Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że ochrona z tytułu tej Umowy dodatkowej zakończyła się nie wcześniej niż 30 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tych świadczeń i usług, które stanowią rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do wcześniej zawartej Umowy dodatkowej.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 18

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w § 8 ust. 3 i 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 8 ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy dodatkowej podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 19

1. Usługi i świadczenia, o których mowa w § 7, realizowane są z uwzględnieniem limitów kwotowych określonych w Tabeli nr 1.

Tabela nr 1

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej (łączny limit odpowiedzialności za wszystkie świadczenia i usługi z tytułu Umowy dodatkowej)	2 000 000 EUR

Świadczenia		**Wysokość limitu dla jednej Osoby uprawnionej do świadczenia**
1)	Koszty podróży i zakwaterowania	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
2)	Leczenie i opieka medyczna za granicą	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
	a. Koszty Leków po leczeniu za granicą	50 000 EUR w całym okresie obowiązywania Umowy dodatkowej
	b. Dzienne świadczenie za Pobyt w szpitalu	100 EUR ograniczone do 60 dni na każdy Moduł ochrony
3)	Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

2. Każdy koszt związany z organizacją i realizacją usług i świadczeń, o których mowa w § 7, pokrywany jest przez Towarzystwo i pomniejsza Sumę ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz limity w ramach poszczególnych usług i świadczeń wyrażone są w euro. W przypadku gdy koszty ponoszone są w innej walucie, wówczas Towarzystwo przelicza je na euro po kursie Narodowego Banku Polskiego, obowiązującym w dniu poniesienia wydatku.
4. Suma zrealizowanych świadczeń dla jednej Osoby uprawnionej do świadczenia, bez względu na liczbę występujących rodzajów Poważnych stanów chorobowych, nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W przypadku gdy kwota świadczeń z tytułu Poważnych stanów chorobowych przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma zrealizowanych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
5. Realizacja świadczeń w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla danej Osoby uprawnionej do świadczenia skutkuje wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do tej osoby.

Realizacja świadczenia

§ 20

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o realizację świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
   1) wniosek o realizację świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego stanu chorobowego.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. W celu realizacji świadczenia Osoba uprawniona do świadczenia może zarejestrować się w Portalu Leczenie za granicą, do którego login i instrukcję logowania otrzyma od Towarzystwa na podany przez nią adres e-mail.
5. Towarzystwo zobowiązane jest do realizacji świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
6. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest zrealizować w terminie przewidzianym w ust. 5.

Postanowienia końcowe

§ 21

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego
(kod RPFL1_TFTMI_09.2025) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 5; § 6; § 7; § 19 ust. 1	§ 6 ust. 1 i 4; § 7 ust. 4, 7, 22, 23, 24, 27, 29 i 30; § 16; § 17 ust. 1 i 4; § 18; § 19 ust. 1 i 4

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK LECZENIA ZA GRANICĄ Z MEDYCYNĄ PRECYZYJNĄ DLA UBEZPIECZONEGO (KOD RPFL1_TFTMI_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o leczenie za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) **Badania kliniczne** – badania przeprowadzane wśród pacjentów w celu oceny bezpieczeństwa i skuteczności nowego protokołu leczenia, nowego leku, nowego urządzenia medycznego lub nowej procedury diagnostycznej;
2) **Dawca** – osoba żywa, od której pobierane są komórki, tkanki lub narządy do przeszczepu dla Ubezpieczonego;
3) **Druga opinia medyczna** – opinia dotycząca Poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego, sporządzana przez Lekarza konsultanta na podstawie dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej;
4) **Dzień roboczy** – każdy dzień z wyłączeniem sobót i niedziel oraz dni ustawowo wolnych od pracy;
5) **Dzień wystąpienia Poważnego stanu chorobowego** – dzień, w którym:
   a. wykonano badanie, które potwierdziło: Nowotwór złośliwy inwazyjny, Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ) albo Ciężką dysplazję nowotworową lub
   b. zalecono wykonanie jednej z następujących operacji: Pomostowania aortalno-wieńcowego, Operacji zastawek serca, Operacji neurochirurgicznej, Przeszczepu narządu lub Przeszczepu szpiku kostnego;
6) **Further** – Further Underwriting International SLU, podmiot z siedzibą w Hiszpanii, za pośrednictwem którego Towarzystwo zapewnia organizację oraz realizację usług i świadczeń objętych Umową dodatkową, w tym nadzór nad organizacją procesu leczenia;
7) **Inżynieria tkankowa** – postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek zmodyfikowanych tak, by mogły być zastosowane do naprawy, regeneracji lub zamiany z tkankami ludzkimi;
8) **Leczenie alternatywne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt medyczny albo farmaceutyczny, które nie są uważane za część Medycyny konwencjonalnej lub za standardowe zabiegi, w tym: akupunktura, aromaterapia, medycyna chiropraktyczna, medycyna homeopatyczna, medycyna naturopatyczna, ajurweda, tradycyjna medycyna chińska i medycyna osteopatyczna;
9) **Leczenie eksperymentalne** – metoda leczenia, procedura, sprzęt, lek lub produkt farmaceutyczny, przeznaczone do użytku medycznego, których skuteczność i bezpieczeństwo w leczeniu określonych stanów chorobowych nie zostały potwierdzone naukowo i medycznie lub które są przedmiotem badań albo testów, lub znajdują się na jakimkolwiek etapie eksperymentu klinicznego;
10) **Leczenie niezbędne z medycznego punktu widzenia** – usługi lub świadczenia medyczne, które są:
    a. zalecane przez Lekarza prowadzącego leczenie Poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego w celu poprawy jego stanu zdrowia oraz
    b. uznane za skuteczne w poprawie wyników zdrowotnych w następstwie planów leczenia, które są spójne z diagnozą pod względem rodzaju, częstotliwości i czasu trwania, zgodnie z amerykańskimi lub europejskimi wytycznymi naukowymi (w szczególności wytyczne NCCN (National Comprehensive Cancer Network) dotyczące praktyki klinicznej w onkologii będą stosowane w odniesieniu do leczenia Modułu ochrony I), oraz
    c. opłacalne w porównaniu z alternatywnymi metodami leczenia, w tym z brakiem leczenia, które prowadzą do podobnych wyników, oraz
    d. wymagane z powodów innych niż wygoda Ubezpieczonego lub jego Lekarza;
11) **Leczenie off-label** – leczenie, stosowane w oparciu o doświadczenia Lekarzy i badania naukowe, niezatwierdzone formalnie przez właściwe organy medyczne, polegające na podawaniu zarejestrowanego i dostępnego na rynku leku przeciwnowotworowego w inny sposób niż wynika to z oficjalnej charakterystyki i przeznaczenia tego produktu leczniczego, tzn. lek przeznaczony do leczenia określonych Nowotworów złośliwych zostanie użyty do leczenia innej Szczególnej postaci nowotworu złośliwego lub lek zostanie użyty w innej dawce, lub zostanie zastosowana inna metoda podawania leku;
12) **Leczenie pierwszej linii** – podstawowa, początkowa terapia stosowana w leczeniu danej choroby, zwykle uznawana za najbardziej skuteczną i najlepiej udokumentowaną w danym przypadku. W onkologii leczenie pierwszej linii odnosi się do pierwszego zestawu leków, terapii celowanej, immunoterapii lub chemioterapii stosowanej po postawieniu diagnozy;
13) **Lek** – substancja lub połączenie substancji, dopuszczone do obrotu w danym kraju, wydawane wyłącznie na receptę. Recepta na Lek jest ważna także dla zamiennika tego leku o tych samych składnikach aktywnych, sile i dawkowaniu;
14) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium państwa, w którym wykonuje zawód, uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń medycznych, potwierdzone wymaganymi dokumentami;
15) **Lekarz konsultant** – Lekarz praktykujący poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej o specjalności i doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki danego Poważnego stanu chorobowego, który sporządza Drugą opinię medyczną;
16) **Medycyna konwencjonalna (on-label)** – medycyna oparta na naukowym podejściu do diagnozowania, leczenia i zapobiegania chorobom, wykorzystująca procedury medyczne dopuszczone do stosowania oraz wykonywane zgodnie z prawem państwa, w którym jest prowadzone leczenie;
17) **Medycyna precyzyjna** – świadczenie, w ramach którego wykonywane jest dodatkowe badanie molekularne, mające na celu dokładne zdiagnozowanie choroby i umożliwiające spersonalizowanie leczenia, w tym: ocenę oporności na metody leczenia, określenie rokowania Ubezpieczonego, ocenę możliwości uczestnictwa w Badaniach klinicznych oraz Testy genetyczne dla rodziny;
18) **Moduł ochrony** – jeden z czterech modułów, obejmujący swoim zakresem określone rodzaje Poważnych stanów chorobowych, zgodnie z pkt 26;
19) **NFZ** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
20) **Nowotwór złośliwy** – Nowotwór złośliwy inwazyjny lub Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ);

21) **Okres realizacji świadczenia** – okres trzydziestu sześciu (36) miesięcy, w trakcie którego realizowane są świadczenia dla wszystkich roszczeń zgłoszonych w ramach danego Modułu ochrony, rozpoczynający się od daty pierwszej podróży zorganizowanej i opłaconej przez Towarzystwo. Okres realizacji świadczenia jest ustalany odrębnie dla każdego Modułu ochrony po zaakceptowaniu przez Towarzystwo pierwszego roszczenia dla tego Modułu ochrony;
22) **Osoba towarzysząca** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, która podróżuje i przebywa z nim podczas realizacji świadczeń w ramach Umowy dodatkowej;
23) **Pobyt w szpitalu** – zorganizowane przez Towarzystwo leczenie w Szpitalu zagranicznym, trwające nieprzerwanie przez co najmniej 24 godziny;
24) **Portal Leczenie za granicą** – platforma internetowa dostarczona i zarządzana przez Further w celu wspierania realizacji świadczeń dla Ubezpieczonego;
25) **Postępowanie profilaktyczne** – jakakolwiek procedura medyczna albo przyjęcie Leku mające na celu wyłącznie obniżenie ryzyka zachorowania na Nowotwór złośliwy, np. profilaktyczna operacja chirurgiczna polegająca na usunięciu tkanki lub organu o zwiększonym ryzyku zachorowania na Nowotwór złośliwy, w którym obecnie nie potwierdzono występowania komórek nowotworowych;
26) **Poważny stan chorobowy** – stan chorobowy występujący w ramach jednej z wymienionych poniżej grup:
    a. **Moduł ochrony I** – nowotwory:
        a) Nowotwór złośliwy inwazyjny, w tym Szczególna postać nowotworu złośliwego;
        b) Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ);
        c) Ciężka dysplazja nowotworowa;
    b. **Moduł ochrony II** – stan chorobowy wymagający przeprowadzenia operacji kardiochirurgicznej:
        a) pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass);
        b) zastawki serca;
    c. **Moduł ochrony III** – stan chorobowy wymagający przeprowadzenia operacji neurochirurgicznej:
        a) mózgu;
        b) łagodnego guza rdzenia kręgowego;
    d. **Moduł ochrony IV** – stan chorobowy wymagający przeprowadzenia przeszczepu:
        a) narządów;
        b) szpiku kostnego;
27) **Raport ekspercki medycyny precyzyjnej** – opinia, sporządzana przez Zespół lekarsko-ekspercki, w ramach świadczenia Medycyny precyzyjnej, na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej oraz biopróbek;
28) **Siła wyższa** – zdarzenia zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia, których skutkom nie można było zapobiec;
29) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego;
30) **Standard leczenia** – uznana, oparta na aktualnej wiedzy medycznej i praktyce klinicznej, metoda postępowania diagnostycznego i terapeutycznego, stosowana w leczeniu danego schorzenia, określająca działania, jakie powinien podjąć Lekarz, aby zapewnić pacjentowi odpowiednią i bezpieczną opiekę medyczną;
31) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego;
32) **Szczególna postać nowotworu złośliwego** – każdy Nowotwór złośliwy, zakwalifikowany zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 /11 jako konkretny typ nowotworu, który jednocześnie:
    a. nie reaguje na Leczenie pierwszej linii lub
    b. jest w III stopniu zaawansowania klinicznego (nowotwór zaawansowany), lub
    c. jest w IV stopniu zaawansowania klinicznego (nowotwór bardzo zaawansowany z obecnością przerzutów odległych), lub
    d. ma nieznane umiejscowienie pierwotne, czyli nie można ustalić źródła pierwotnej zmiany, lub
    e. jest rzadką formą Nowotworu złośliwego, tzn. jest nowotworem, którego częstość występowania jest mniejsza niż 6 przypadków na 100 000 zachorowań, i uwzględniony na liście Surveillance of Rare Cancers in Europe (RARECARENet), opublikowanej na stronie internetowej www.esmo.org (European Society for Medical Oncology);
33) **Szpital** – prywatna lub publiczna organizacja prawnie upoważniona do zapewnienia leczenia chorób lub urazów ciała, wyposażona w środki materialne/technologiczne, obsługiwana przez Lekarzy i personel medyczny 24 godziny na dobę;
34) **Terapia genowa** – terapia, która zawiera geny wywołujące efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny i polega na wprowadzeniu do organizmu fragmentów genów (DNA lub RNA) stworzonych w laboratorium, w celu leczenia różnego rodzaju chorób, w tym chorób genetycznych, Nowotworów złośliwych albo chorób przewlekłych;
35) **Terapia komórkami somatycznymi** – terapia, która dotyczy modyfikacji komórek lub tkanek polegającej na zmianie ich charakterystyki biologicznej lub użyciu ich w innej roli niż ich podstawowa rola biologiczna w organizmie. Procedury te mogą być stosowane do leczenia, diagnostyki lub zapobiegania chorobom;
36) **Terapia limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T-cell therapy)** – rodzaj leczenia, w którym funkcja limfocytów T (rodzaj komórek układu odpornościowego) pobranych z krwi Ubezpieczonego została zmodyfikowana w laboratorium w taki sposób, żeby rozpoznawały i niszczyły komórki nowotworowe;
37) **Testy genetyczne** – rodzaj badania, które polega na analizie sekwencji materiału genetycznego DNA biopróbki. Testy genetyczne dzielą się na:
    a. testy mutacji nabytych (somatycznych), przeprowadzane poprzez analizę próbki tkanki (próbki biopsyjnej) lub płynnej biopsji (z krwi), które służą wykryciu mutacji występujących w ograniczonym zestawie komórek lub tkanek Nowotworu złośliwego, w celu identyfikacji czynników predykcyjnych, tzn. takich, których obecność jest związana z prawdopodobieństwem uzyskania odpowiedzi na leczenie;
    b. testy mutacji dziedzicznych (germinalnych), przeprowadzane poprzez analizę wymazu z jamy ustnej, próbki plwociny lub krwi, które służą wykryciu mutacji obecnych od urodzenia w każdej komórce ciała, w celu identyfikacji dziedzicznych predyspozycji do określonych typów Nowotworów złośliwych;
38) **Wstępny certyfikat medyczny** – dokument, który potwierdza organizację i pokrycie kosztów leczenia i opieki medycznej za granicą w wybranej przez Ubezpieczonego placówce medycznej;
39) **Zaaprobowany protokół terapii CAR-T** – terapia komórkami CAR-T, która:
    a. obejmuje pojedynczy wlew dożylny leku oraz etapy leczenia wstępnego i przygotowania do podania, a także fazę monitorowania po podaniu oraz
    b. jest dopuszczona do stosowania i wykonywana zgodnie z wytycznymi odpowiednich instytucji medycznych państwa, w którym prowadzone jest leczenie;

40) **Zespół lekarsko-ekspercki** – zespół specjalistów z zakresu onkologii, genetyki i patologii, z którymi współpracuje Towarzystwo w ramach świadczenia Medycyny precyzyjnej, wyznaczony do sporządzenia Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej.

§ 3

Poważne stany chorobowe, o których mowa w niniejszych OWUD, otrzymują następujące definicje:

1) **Ciężka dysplazja nowotworowa** – wszelkie zmiany przednowotworowe w komórkach, które cytologicznie lub histopatologicznie zostały sklasyfikowane jako dysplazja dużego stopnia lub dysplazja ciężka;
2) **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – każdy nowotwór złośliwy, w tym białaczka, mięsak i chłoniak, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek złośliwych i inwazją tkanek;
3) **Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ)** – każdy nowotwór in situ, który jest ograniczony do nabłonka, gdzie powstał i który nie zaatakował zrębu lub otaczających go tkanek;
4) **Operacja neurochirurgiczna** – interwencja chirurgiczna w obrębie mózgu lub innych struktur wewnątrzczaszkowych, lub leczenie łagodnych guzów zlokalizowanych w rdzeniu kręgowym;
5) **Operacja zastawek serca** – inwazyjna wymiana lub naprawa co najmniej jednej zastawki serca, niezależnie od tego, czy wymiana lub naprawa wykonywana jest operacją na otwartej klatce piersiowej, metodą małoinwazyjną, czy też za pomocą leczenia cewnikiem sercowym;
6) **Pomostowanie aortalno-wieńcowe** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony w celu skorygowania zwężenia lub zablokowania jednej lub więcej tętnic wieńcowych za pomocą pomostów aortalno-wieńcowych zgodnie z zaleceniami kardiologa;
7) **Przeszczep narządu** – przeszczep chirurgiczny, w którym Ubezpieczony otrzymuje nerkę, fragment wątroby, płat płucny lub fragment trzustki od innego żyjącego zgodnego Dawcy;
8) **Przeszczep szpiku kostnego** – przeszczep szpiku kostnego (BMT) lub przeszczep komórek macierzystych krwi obwodowej (PBSCT) pochodzących od Ubezpieczonego (autologiczny przeszczep szpiku kostnego) lub od żyjącego zgodnego Dawcy (allogeniczny przeszczep szpiku kostnego).

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 4

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 5

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia i usługi, z których ma prawo skorzystać Ubezpieczony w przypadku wystąpienia u niego Poważnego stanu chorobowego:
   1) Druga opinia medyczna;
   2) leczenie i opieka medyczna za granicą;
   3) kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą.
2. W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego Szczególnej postaci nowotworu złośliwego zakres ubezpieczenia obejmuje także Medycynę precyzyjną, uwzględniającą:
   1) profilowanie molekularne i ocenę jego wyników zawarte w Raporcie eksperckim medycyny precyzyjnej;
   2) przegląd Badań klinicznych;
   3) pokrycie wydatków wynikających z zaleceń Medycyny precyzyjnej;
   4) Testy genetyczne dla rodziny.
3. Szczegółowy zakres świadczeń i usług, o których mowa w ust. 1 i 2, opisany został w § 7.

Okres realizacji świadczenia

§ 6

1. Ubezpieczony może skorzystać ze świadczeń i usług, o których mowa w § 5, w ramach każdego z Modułów ochrony, wyłącznie w trakcie trwania Okresu realizacji świadczenia.
2. Przed realizacją świadczenia lub usługi Towarzystwo sprawdza możliwość skorzystania z nich przez Ubezpieczonego w ramach danego Modułu ochrony, w którym znajduje się Poważny stan chorobowy.
3. Ubezpieczony może skorzystać z usług i świadczeń, o których mowa w § 5, w ramach Okresu realizacji świadczenia dla danego Modułu ochrony, jeżeli:
   1) nie korzystał wcześniej z leczenia za granicą w ramach tego Modułu ochrony albo
   2) korzystał wcześniej z leczenia za granicą w ramach tego Modułu ochrony, ale nie upłynął jeszcze okres 36 miesięcy, liczony od daty pierwszej podróży zorganizowanej przez Towarzystwo w celu leczenia Poważnego stanu chorobowego znajdującego się w tym Module ochrony.
4. Towarzystwo nie zrealizuje świadczenia lub usługi, jeżeli od daty pierwszej podróży zorganizowanej przez Towarzystwo w celu leczenia Poważnego stanu chorobowego znajdującego się w danym Module ochrony do daty zgłoszenia kolejnego roszczenia upłynęło 36 miesięcy.
5. W przypadku gdy Okres realizacji świadczenia dla danego Modułu ochrony upłynie w trakcie leczenia za granicą, Towarzystwo pokryje koszty, o których mowa w § 7 ust. 13, poniesione do czasu wyznaczonej, w oparciu o przyjęty plan leczenia, podróży powrotnej Ubezpieczonego do Rzeczpospolitej Polskiej, z uwzględnieniem ograniczeń odpowiedzialności określonych w § 16, z wyłączeniem ust. 7 pkt 14.
6. Jeżeli w trakcie leczenia Poważnego stanu chorobowego w ramach Modułu ochrony I konieczne będzie przeprowadzenie, bezpośrednio powiązanych z procesem leczenia onkologicznego, operacji lub przeszczepu, występujących w Modułach ochrony II-IV, wówczas świadczenia będą realizowane w ramach Okresu realizacji świadczenia dla Modułu ochrony I.

Zakres świadczeń i usług

§ 7

Druga opinia medyczna

1. Zakres świadczeń dotyczących Drugiej opinii medycznej obejmuje:
   1) informowanie Ubezpieczonego o dokumentacji medycznej potrzebnej do przygotowania Drugiej opinii medycznej;
   2) udzielanie, na wniosek Ubezpieczonego, pomocy w zebraniu dokumentacji medycznej potrzebnej do przygotowania Drugiej opinii medycznej;
   3) tłumaczenie dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej na język Lekarza konsultanta;
   4) przekazanie dokumentacji medycznej Lekarzowi konsultantowi;
   5) zapewnienie ponownej oceny histopatologicznej tkanek, które zostały wcześniej pobrane od Ubezpieczonego – jeśli będzie to medycznie uzasadnione;
   6) przygotowanie przez Lekarza konsultanta Drugiej opinii medycznej;
   7) przetłumaczenie Drugiej opinii medycznej na język polski;
   8) dostarczenie Drugiej opinii medycznej Ubezpieczonemu.
2. Przygotowana Druga opinia medyczna zawiera:
   1) opinię Lekarza konsultanta dotyczącą postawionej diagnozy i stosowanego leczenia u Ubezpieczonego;
   2) propozycję planu leczenia Ubezpieczonego;
   3) informację, czy Ubezpieczonemu przysługuje prawo do leczenia za granicą.
3. Ubezpieczony może zrezygnować z Drugiej opinii medycznej. W takiej sytuacji o zasadności i planie leczenia za granicą rozstrzyga wyznaczony przez Towarzystwo zespół medyczny, na podstawie dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej.
4. Ubezpieczony może skorzystać ze świadczenia Drugiej opinii medycznej wyłącznie raz w stosunku do jednego rodzaju Poważnego stanu chorobowego, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Jeśli Lekarz konsultant postawi diagnozę odmienną od tej wynikającej z posiadanej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej, wówczas inny Lekarz konsultant przygotuje dodatkową Drugą opinię medyczną.
6. Jeśli Ubezpieczony zdecyduje się skorzystać z Drugiej opinii medycznej, realizacja świadczenia dotyczącego leczenia i opieki medycznej za granicą rozpocznie się po wydaniu Drugiej opinii medycznej.
7. Ubezpieczony nie może skorzystać z Drugiej opinii medycznej, jeśli dla danego Poważnego stanu chorobowego Towarzystwo rozpoczęło procedurę z wykorzystaniem Medycyny precyzyjnej.

Leczenie i opieka medyczna za granicą

8. Świadczenie dotyczące leczenia i opieki medycznej za granicą obejmuje:
   1) przedstawienie Ubezpieczonemu trzech rekomendowanych Szpitali zagranicznych, w których możliwe jest przeprowadzenie leczenia;
   2) wybranie przez Ubezpieczonego jednego z zaproponowanych Szpitali zagranicznych;
   3) przekazanie Ubezpieczonemu Wstępnego certyfikatu medycznego;
   4) organizację i pokrycie kosztów podróży w celu leczenia za granicą;
   5) organizację i pokrycie kosztów zakwaterowania podczas leczenia za granicą;
   6) pokrycie kosztów związanych z leczeniem i opieką medyczną za granicą;
   7) wypłatę dziennego świadczenia za Pobyt w szpitalu;
   8) organizację i pokrycie kosztów transportu zwłok;
   9) tłumaczenie dokumentacji medycznej niezbędnej do leczenia i opieki medycznej za granicą;
   10) tłumaczenie dokumentacji medycznej na język polski po zakończeniu leczenia za granicą.
9. Wstępny certyfikat medyczny, o którym mowa w ust. 8 pkt 3, jest ważny 3 miesiące od daty jego wystawienia. Jeżeli Ubezpieczony nie wyjedzie do Szpitala zagranicznego w okresie trwania ważności Wstępnego certyfikatu medycznego, Towarzystwo przygotuje nowy Wstępny certyfikat medyczny. W tym celu konieczna będzie ponowna ocena stanu zdrowia Ubezpieczonego.
10. W ramach organizacji i pokrycia kosztów podróży w celu leczenia za granicą Towarzystwo zapewnia:
    1) organizację i pokrycie kosztów podróży Ubezpieczonego, Osoby towarzyszącej oraz Dawcy (w przypadku przeszczepu) do miejsca, w którym znajduje się wybrany przez Ubezpieczonego Szpital zagraniczny oraz podróży powrotnej w zakresie:
       a. transportu z miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz Dawcy do wyznaczonego lotniska międzynarodowego lub dworca kolejowego;
       b. biletów kolejowych lub lotniczych w klasie ekonomiczniej do miasta docelowego leczenia i transportu do wskazanego hotelu lub bezpośrednio do Szpitala;
       c. transportu z wyznaczonego hotelu lub Szpitala do wskazanego międzynarodowego lotniska lub dworca kolejowego;
       d. biletów kolejowych lub lotniczych w klasie ekonomicznej do Rzeczpospolitej Polskiej, a następnie transportu do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz Dawcy;
    2) organizację i pokrycie kosztów transportu medycznego, w tym ambulansem drogowym lub karetką powietrzną, zaplanowanego i zaakceptowanego przez Towarzystwo, jeżeli taki transport został zalecony przez Lekarza konsultanta lub Lekarza prowadzącego leczenie za granicą.
11. Towarzystwo odpowiada za wybór terminów transportu oraz rezerwacji, a także miejsca zakwaterowania w ramach każdego przejazdu objętego zakresem ubezpieczenia (na podstawie zatwierdzonego planu leczenia) i przedstawia je do akceptacji Ubezpieczonego lub Dawcy najpóźniej na 3 dni przed podróżą. Zmiana ustalonych terminów podróży jest możliwa wyłącznie ze względu na udokumentowane powody medyczne. W każdym innym przypadku Towarzystwo nie dokona nowych ustaleń dotyczących podróży i zakwaterowania.
12. W ramach organizacji i pokrycia kosztów zakwaterowania podczas leczenia za granicą Towarzystwo zapewnia:
    1) organizację i pokrycie kosztów zakwaterowania Ubezpieczonego, Osoby towarzyszącej oraz Dawcy (w przypadku przeszczepu) w miejscu leczenia Poważnego stanu chorobowego, w pokoju dwuosobowym ze śniadaniem w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym, który znajduje się nie dalej niż 10 km od Szpitala, w którym odbywa się leczenie (Ubezpieczony nie może podwyższyć standardu hotelu);
    2) ustalenie daty powrotu z każdej podróży zorganizowanej przez Towarzystwo, w oparciu o informacje od Lekarza prowadzącego leczenie za granicą potwierdzające brak przeciwwskazań medycznych do odbycia takiej podróży przez Ubezpieczonego.

13. W ramach leczenia i opieki medycznej za granicą Towarzystwo pokrywa następujące koszty powstałe w związku z Leczeniem niezbędnym z medycznego punktu widzenia, zgodnie z warunkami określonymi we Wstępnym certyfikacie medycznym:
    1) koszty poniesione przez Szpital w zakresie:
        a. pobytu w pokoju, sali, na oddziale szpitalnym lub na oddziale intensywnej terapii;
        b. dodatkowego łóżka związanego z pobytem Osoby towarzyszącej, o ile Szpital udostępnia taką usługę;
        c. wyżywienia podczas hospitalizacji;
        d. usług medycznych świadczonych przez przychodnie przyszpitalne;
        e. wykonania zabiegów chirurgicznych na sali operacyjnej;
        f. opieki lekarskiej, pielęgniarskiej oraz pozostałego personelu medycznego na każdym oddziale Szpitala oraz w ambulatorium;
        g. użytych leków i środków opatrunkowych;
    2) koszty ponoszone przez niezależny ośrodek, ale tylko wówczas gdy przeprowadzone procedury medyczne były objęte zakresem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
    3) koszty następujących usług medycznych i procedur:
        a. analiz laboratoryjnych, badań patomorfologicznych, badań rentgenowskich, chemioterapii, badań elektrokardiograficznych, badań ultrasonograficznych, badań z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, echokardiografii, mielogramów, encefalografii, angiografii, tomografii komputerowych, rezonansów magnetycznych oraz innych badań zleconych przez Lekarza w celu rozpoznania i leczenia Poważnego stanu chorobowego;
        b. radioterapii, czyli promieniowania wysokoenergetycznego służącego do zmniejszania guzów i zabijania komórek nowotworowych promieniami rentgenowskimi, promieniami gamma i naładowanymi cząstkami, które są rodzajami promieniowania wykorzystywanymi do leczenia nowotworu albo dostarczanymi przez urządzenie poza ciałem (promieniowanie wiązką zewnętrzną) lub przez materiał radioaktywny umieszczony w organizmie w pobliżu komórek nowotworowych (wewnętrzna radioterapia);
        c. znieczulenia, jego podania przez Lekarza anestezjologa oraz opieki anestezjologicznej przed, w trakcie i po zakończeniu znieczulenia;
        d. chirurgii rekonstrukcyjnej, która polega na odbudowie lub naprawie struktury ciała w celu skorygowania funkcji uszkodzonej lub utraconej wskutek wykonanych procedur medycznych przeprowadzonych w ramach leczenia za granicą;
        e. transfuzji krwi, podawania osocza i surowicy;
        f. podawania tlenu, wlewów: dożylnych, podskórnych, domięśniowych;
        g. leczenia powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie leczenia za granicą, jeśli te powikłania lub skutki uboczne wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w Szpitalu lub w innej placówce medycznej oraz są niezbędne, żeby Ubezpieczony mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Rzeczpospolitej Polskiej po zakończeniu leczenia za granicą;
    4) koszty Leków wydawanych przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą, które zostały przepisane po przeprowadzonej operacji, w ciągu 30 dni od daty zakończenia przez Ubezpieczonego leczenia za granicą i tylko wtedy, gdy zostały zakupione przed powrotem do Rzeczpospolitej Polskiej;
    5) koszty protez piersi (po operacji mastektomii), protez zastawek serca, potrzebnych po operacji zorganizowanej i opłaconej przez Towarzystwo w ramach leczenia za granicą;
    6) koszty usług tłumacza medycznego w placówce medycznej za granicą;
    7) koszty Przeszczepu narządu lub Przeszczepu szpiku kostnego, na które składają się koszty:
        a. badań diagnostycznych przeprowadzanych w celu znalezienia odpowiedniego Dawcy wśród członków rodziny Ubezpieczonego;
        b. usług szpitalnych świadczonych na rzecz Dawcy, w tym zakwaterowania w sali szpitalnej, na oddziale lub sekcji, posiłków, ogólnych usług pielęgniarskich, regularnych usług świadczonych przez personel Szpitala, badań laboratoryjnych oraz korzystania ze sprzętu i innych udogodnień Szpitala (z wyłączeniem przedmiotów do użytku osobistego, które nie są wymagane w procesie pobrania narządu lub tkanki do przeszczepienia);
        c. operacji pobrania narządu lub szpiku kostnego od Dawcy dla Ubezpieczonego;
        d. procedury hodowli szpiku kostnego dla Ubezpieczonego (poniesione od daty wydania Wstępnego certyfikatu medycznego).
14. W przypadku, gdy jakakolwiek Siła wyższa lub ograniczenia logistyczne lub operacyjne nałożone przez władze lokalne lub międzynarodowe uniemożliwią Towarzystwu organizację leczenia za granicą, wówczas Towarzystwo zapewni świadczenia, określone w ust. 13 pkt 1-3, 5 oraz 7, na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, pod warunkiem, że te same ograniczenia logistyczne lub operacyjne nie utrudniają organizacji tych usług i świadczeń na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.
15. Świadczenia, określone w ust. 14, będą dostępne na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej wyłącznie do czasu, gdy Towarzystwo będzie w stanie ponownie zorganizować leczenie za granicą.
16. W ramach dziennego świadczenia za Pobyt w szpitalu, Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie pieniężne, w wysokości równowartości 100 EUR za każdy dzień Pobytu w szpitalu połączonego z noclegiem poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej. W ramach jednego Modułu ochrony Towarzystwo wypłaci świadczenie łącznie za nie więcej niż 60 dni Pobytu w szpitalu.
17. Dzienne świadczenie za Pobyt w szpitalu wypłacane jest na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego, w terminie 14 dni po zakończonej hospitalizacji lub po każdym zakończonym 7-dniowym Pobycie w szpitalu.
18. W przypadku gdy po zakończeniu planu leczenia za granicą i ostatecznym powrocie Ubezpieczonego do Rzeczpospolitej Polskiej niezbędne będzie dalsze leczenie, a Okres realizacji świadczenia nie upłynął, wydany zostanie nowy Wstępny certyfikat medyczny.
19. W medycznie uzasadnionych przypadkach ocena konieczności ponownego leczenia za granicą możliwa będzie po sporządzeniu nowej Drugiej opinii medycznej.
20. Organizacja i pokrycie kosztów transportu zwłok Ubezpieczonego lub Dawcy realizowane są, jeżeli śmierć, odpowiednio, Ubezpieczonego lub Dawcy, nastąpiła w trakcie leczenia Poważnego stanu chorobowego za granicą.
21. W ramach organizacji i pokrycia kosztów transportu zwłok Towarzystwo zapewnia organizację i pokrycie kosztów usług świadczonych przez zakład pogrzebowy zapewniający międzynarodowy transport zwłok, w tym: wszelkich formalności administracyjnych, zakupu trumny przewozowej, balsamowania zwłok, transportu na lotnisko, przelotu oraz transportu z lotniska do miejsca pochówku na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.

Koszty Leków po leczeniu za granicą

22. Po powrocie z leczenia za granicą Towarzystwo pokryje koszty Leków, przepisanych i zakupionych na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej przez Ubezpieczonego, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:
    1) Lek został dopuszczony do obrotu i zatwierdzony przez właściwy organ medyczny lub agencję medyczną na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, a jego przepisywanie i podawanie jest uregulowane przepisami polskiego prawa;

2) Lek jest dostępny do nabycia na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej w czasie i w sposób niezbędny do zapewnienia kontynuacji leczenia;
3) Lek wymaga recepty wystawionej przez Lekarza na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej;
4) Lek jest zalecony przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą jako niezbędny do kontynuacji leczenia;
5) Lek jest podawany w następstwie Pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 3 dni;
6) każda recepta nie przekracza dawki przeznaczonej do spożycia przez okres dłuższy niż 2 miesiące;
7) wszystkie recepty zostały wystawione przed końcem Okresu realizacji świadczenia.

23. Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu koszty, o których mowa w ust. 22, po otrzymaniu stosownej recepty oraz dowodu zakupu, pod warunkiem, że zostaną one przedłożone Towarzystwu przed upływem 180 dni od daty poniesienia wydatku.
24. Towarzystwo pokryje także koszty Leków zakupionych poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
    1) zalecany Lek nie jest licencjonowany lub zatwierdzony na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, zgodnie z ust. 22 pkt 1, albo nie jest możliwy do nabycia lub nie jest dostępny na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, zgodnie z ust. 22 pkt 2;
    2) spełnione zostały warunki, o których mowa w ust. 22 pkt 4-7;
    3) zakup Leku został zatwierdzony przez Towarzystwo.
25. W przypadku, o którym mowa w ust. 24, Towarzystwo zorganizuje podróż i zakwaterowanie dla Ubezpieczonego i wyznaczonej Osoby towarzyszącej, niezbędne w celu zakupu Leków, na warunkach opisanych w ust. 10-12.

Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą

26. Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą obejmuje, wynikające z zaleceń Lekarza prowadzącego leczenie za granicą, badania diagnostyczne, profilaktyczne lub przesiewowe oraz konsultacje lekarskie z nimi związane, realizowane wyłącznie w rekomendowanych lub zaakceptowanych przez Towarzystwo Szpitalach:
    1) na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, pod warunkiem, że badania te są dostępne na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej w czasie i w sposób niezbędny do kontynuowania kontroli stanu zdrowia lub
    2) poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.
27. Badania i konsultacje, o których mowa w ust. 26 pkt 1, są organizowane i opłacane przez Ubezpieczonego. W takim przypadku Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu poniesione koszty, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
    1) Ubezpieczony przedstawił dowód zapłaty za te usługi przed upływem 180 dni od daty poniesienia kosztów;
    2) dowód zapłaty został wystawiony w trakcie trwania Okresu realizacji świadczenia;
    3) koszty kontroli stanu zdrowia nie zostały sfinansowane przez NFZ.
28. Badania i konsultacje, o których mowa w ust. 26 pkt 2, są organizowane i opłacane przez Towarzystwo, zgodnie z zasadami opisanymi w części „Leczenie i opieka medyczna za granicą". W takim przypadku usługi te będą świadczone przez Lekarza, który prowadził leczenie za granicą lub jego zespół medyczny.
29. Jeżeli w związku ze zmianą stanu zdrowia Ubezpieczonego Lekarze odpowiedzialni za organizację kontroli stanu zdrowia na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej wydadzą inne wytyczne dotyczące leczenia niż ustalone przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą, wówczas Towarzystwo przekaże je do zatwierdzenia Lekarzowi prowadzącemu leczenie za granicą. Zwrot wydatków poniesionych w ramach nowych wytycznych będzie możliwy wyłącznie, gdy Lekarz prowadzący leczenie za granicą je zatwierdzi.

Medycyna precyzyjna

30. Świadczenia z zakresu Medycyny precyzyjnej, określone w § 5 ust. 2, są realizowane, jeżeli łącznie zostały spełnione poniższe warunki:
    1) Ubezpieczony jest w trakcie terapii przeciwnowotworowej lub otrzymał zalecenie natychmiastowego rozpoczęcia leczenia onkologicznego;
    2) diagnoza potwierdza wystąpienie Szczególnej postaci nowotworu złośliwego;
    3) materiał do testów jest dostępny w formie próbki z biopsji, która spełnia kryteria wyznaczone przez laboratorium i umożliwia mu prawidłowe przeprowadzenie testów (jeśli próbka nie zawiera wystarczającej liczby komórek nowotworu, w uzasadnionych medycznie przypadkach, możliwe jest wykorzystanie płynnej biopsji – próbki krwi);
    4) Ubezpieczony wyraził wolę skorzystania z Medycyny precyzyjnej.
31. W przypadku, gdy diagnoza Nowotworu złośliwego nie kwalifikowała Ubezpieczonego do skorzystania ze świadczenia Medycyny precyzyjnej, a w późniejszym czasie nastąpi rozwój Nowotworu złośliwego do stadium III lub IV albo Leczenie pierwszej linii okaże się nieskuteczne, wówczas Ubezpieczony zyskuje prawo do skorzystania z Medycyny precyzyjnej.

Profilowanie molekularne w ramach Medycyny precyzyjnej

32. W ramach profilowania molekularnego Towarzystwo:
    1) informuje Ubezpieczonego o zakresie informacji medycznych niezbędnych do przygotowania Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej (m.in. o diagnozie, dostępności i miejscu przechowywania próbki, przebiegu dotychczasowego leczenia), a także sporządza listę brakujących dokumentów oraz przekazuje dalszy plan działania;
    2) organizuje odbiór próbki oraz dostarczenie jej do laboratorium;
    3) zleca przeprowadzenie testu profilowania molekularnego (jeśli leczenie onkologiczne rozpoczęło się przed wykonaniem badania mutacji nabytych (somatycznych) Ubezpieczony nie powinien przerywać leczenia w oczekiwaniu na wyniki testu);
    4) przygotowuje, za pośrednictwem Zespołu lekarsko-eksperckiego, w ciągu 10 Dni roboczych od daty otrzymania wyników profilowania molekularnego, Raport ekspercki medycyny precyzyjnej obejmujący:
        a. kliniczne podsumowanie stanu zdrowia Ubezpieczonego;
        b. wnioski z profilowania molekularnego;
        c. zalecenia Zespołu lekarsko-eksperckiego dotyczące leczenia o najwyższym potencjale klinicznym;
        d. ocenę oporności lub toksyczności pewnych metod terapeutycznych, które mogą mieć wpływ na dalsze rekomendacje terapeutyczne;
        e. informacje o dostępności Badań klinicznych (o ile mają zastosowanie);
        f. wnioski dotyczące możliwych mutacji i nowotworów dziedziczonych (jeśli ma zastosowanie). Jeżeli Raport ekspercki medycyny precyzyjnej zidentyfikuje u Ubezpieczonego potencjalne dziedziczone mutacje genów, Towarzystwo zaoferuje mu również testy mutacji germinalnych (dziedzicznych);
    5) kontaktuje się z Ubezpieczonym w celu pełnego omówienia i wyjaśnienia wyników Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej. Za zgodą Ubezpieczonego lekarz onkolog prowadzący leczenie może wziąć udział w konsultacji specjalistycznej z członkiem Zespołu lekarsko-eksperckiego, który brał udział w przygotowaniu Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej.

33. Dla każdej unikalnej diagnozy Nowotworu złośliwego wykonywany jest jeden zestaw badań mutacji nabytych (somatycznych) i powiązane z nim opracowanie przypadku (jeden Raport ekspercki medycyny precyzyjnej). Unikalna diagnoza Nowotworu złośliwego odnosi się do określonego kodu przypisanego do danego nowotworu zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 /11.

Przegląd Badań klinicznych w ramach Medycyny precyzyjnej

34. W przypadku gdy Ubezpieczonemu zalecono w Raporcie eksperckim medycyny precyzyjnej, aby zbadał możliwość uzyskania dostępu do określonego leczenia za pośrednictwem Badania klinicznego, a Ubezpieczony chce skorzystać z tej możliwości, Towarzystwo, w ramach przeglądu Badań klinicznych, zapewnia:
    1) informacje na temat Badań klinicznych;
    2) przeszukanie baz danych Badań klinicznych;
    3) kontakt z ośrodkami prowadzącymi odpowiednie Badania kliniczne na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, a w razie potrzeby, kontakt z ośrodkami prowadzącymi odpowiednie Badania kliniczne poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej;
    4) pomoc w interpretacji kryteriów udziału w Badaniu klinicznym;
    5) dostarczenie raportu na temat najbardziej odpowiednich dla Ubezpieczonego Badań klinicznych w ciągu 30 dni od daty złożenia przez niego wniosku.
35. Towarzystwo nie może zagwarantować dopasowania wyszukanego Badania klinicznego do Ubezpieczonego.
36. Jeśli wyszukanie Badań klinicznych nie zakończy się pomyślnym dopasowaniem lub Ubezpieczony nie zdecyduje się dołączyć do żadnego ze znalezionych Badań klinicznych, na wniosek Ubezpieczonego, Towarzystwo przeprowadzi drugie i ostateczne przeszukanie. Ponowne wyszukiwanie Badań klinicznych może wymagać powtórzenia części lub całości procesu rekrutacji, np. zebrania zaktualizowanej dokumentacji medycznej.
37. Po otrzymaniu od Ubezpieczonego potwierdzenia zamiaru przystąpienia do któregokolwiek z wyszukanych Badań klinicznych, Towarzystwo zapewni następujące wsparcie:
    1) pomoc administracyjną przy wypełnianiu wniosku rejestracyjnego, w tym potrzebne tłumaczenia;
    2) informacje logistyczne dotyczące organizacji podróży i zakwaterowania, w zależności od lokalizacji Badania klinicznego;
    3) pokrycie kosztów podróży i zakwaterowania, zgodnie z ust. 10 i 12, oraz wypłatę świadczenia dziennego, zgodnie z ust. 16 i 17.
38. Decyzję o przyjęciu Ubezpieczonego do Badania klinicznego podejmuje jego organizator.

Testy genetyczne dla rodziny w ramach Medycyny precyzyjnej

39. W przypadku gdy w Raporcie eksperckim medycyny precyzyjnej zidentyfikowano potencjalnie dziedziczne mutacje genów, Towarzystwo, w ramach Testów genetycznych dla rodziny, zapewnia:
    1) organizację i pokrycie kosztów wykonania badania mutacji dziedzicznych (germinalnych) Ubezpieczonego;
    2) jeśli wynik Testu genetycznego Ubezpieczonego jest dodatni – organizację i pokrycie kosztów wykonania badania mutacji dziedzicznych (germinalnych) członkom rodziny Ubezpieczonego, w celu ustalenia obecności mutacji genów u tych osób, pod warunkiem, że wyrazili oni na to zgodę;
    3) dostarczenie członkom rodziny Ubezpieczonego wyników Testu genetycznego;
    4) w przypadku pozytywnego wyniku Testu genetycznego członka rodziny – wirtualną rozmowę specjalisty z zakresu genetyki z członkiem rodziny Ubezpieczonego w celu omówienia wyników tego testu.
40. Członkowie rodziny Ubezpieczonego, którzy mogą zostać poddani Testom genetycznym, to: biologiczne rodzeństwo i biologiczne dzieci Ubezpieczonego, które mogą zachorować na nowotwór zdiagnozowany u Ubezpieczonego. Ostateczna decyzja o wyborze członków rodziny, którzy zostaną poddani Testowi genetycznemu, zostanie podjęta wyłącznie na podstawie zasadności klinicznej (przesłanek medycznych i naukowych).

Pokrycie kosztów medycznych wynikających z zaleceń Medycyny precyzyjnej

41. Usługa Medycyny precyzyjnej skutkuje szeregiem zaleceń dotyczących możliwych rekomendacji klinicznych opracowanych w ramach Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej i/lub wyników przeglądu Badań klinicznych, które, w oparciu o ich medyczny charakter, można podzielić na trzy grupy:
    1) protokoły leczenia zgodne ze wskazaniami rejestracyjnymi leków („on-label”);
    2) protokoły leczenia poza wskazaniami rejestracyjnymi leków („off-label”);
    3) Badania kliniczne.
42. Terapiom, wymienionym w ust. 41, odpowiada poniższy zakres świadczeń:
    1) w ramach protokołów leczenia zgodnych ze wskazaniami rejestracyjnymi leków („on-label”):
        a. sporządzenie rekomendacji w formie protokołu, który obejmuje leczenie onkologiczne zgodnie z zakresem, dawką i zaleceniami dotyczącymi metody przyjmowania leku, zaakceptowanymi we wskazaniach rejestracyjnych wydanych przez odpowiedni do tego organ;
        b. opieka medyczna za granicą obejmująca świadczenia określone w części „Leczenie i opieka medyczna za granicą”, z uwzględnieniem § 16;
    2) w ramach protokołów leczenia poza wskazaniami rejestracyjnymi leków („off-label”):
        a. sporządzenie rekomendacji w formie protokołu, obejmującego terapie nowotworowe, które nie spełniają wskazań rejestracyjnych wydanych przez odpowiedni do tego organ. Odstępstwo może dotyczyć wskazania do leczenia innego Nowotworu złośliwego, stosowania innej dawki lub zaleceń dotyczących metody przyjmowania leku;
        b. opieka medyczna za granicą obejmująca świadczenia określone w części „Leczenie i opieka medyczna za granicą”, z uwzględnieniem § 16;
        c. Wstępny certyfikat medyczny obejmujący leczenie onkologiczne poza wskazaniami rejestracyjnymi w wybranym Szpitalu zagranicznym, który oferuje świadczenia wymienione w Raporcie eksperckim medycyny precyzyjnej;
    3) w ramach Badań klinicznych:
        a. sporządzenie Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej z rekomendacją do Badania klinicznego oraz sporządzenie raportu z Badań klinicznych z propozycją odpowiedniego dla Ubezpieczonego Badania klinicznego;
        b. pokrycie kosztów wymienionych w tabeli nr 1.

Tabela nr 1

Rodzaj kosztów	Zakres pokrywanych kosztów	
	Badania kliniczne na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, jeśli są przeprowadzane w odległości powyżej 100 km od miejsca zamieszkania Ubezpieczonego	**Badania kliniczne poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej**
Koszty medyczne	Nie dotyczy.	Koszty leczenia w ramach Medycyny precyzyjnej, zgodne ze standardem opieki medycznej, określonym w ust. 13-19, 22-29 oraz 44, pod warunkiem, że: a. leczenie jest przeprowadzane w tym samym Szpitalu, w którym jest przeprowadzane Badanie kliniczne oraz b. koszty te nie są finansowane przez organizatora Badania klinicznego.
Koszty podróży i zakwaterowania Ubezpieczonego oraz Osoby towarzyszącej	Zgodnie z zakresem określonym w ust. 10-12 obejmującym podróż w klasie ekonomicznej i rezerwację pokoju dwuosobowego ze śniadaniem w trzy- lub czterogwiazdkowym hotelu znajdującym się w odległości nie większej niż 10 km od miejsca przeprowadzania Badań klinicznych (Ubezpieczony nie może podwyższyć standardu hotelu).	
Koszty transportu zwłok	W przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie udziału w Badaniach klinicznych, świadczenie realizowane zgodnie z zasadami określonymi w ust. 20 i 21.	
Dzienne świadczenie dla Badań klinicznych Ubezpieczonego	100 EUR za każdy dzień udziału w Badaniach klinicznych, tzn. dzień przyjmowania badanego leku lub dzień badań w Szpitalu. Dzienne świadczenie wypłacane jest w ciągu 14 dni po zakończonym udziale w Badaniach klinicznych lub po każdym zakończonym 7-dniowym udziale w Badaniach klinicznych.	100 EUR za każdy dzień udziału w Badaniach klinicznych, tzn. dzień przyjmowania badanego leku lub dzień badań w Szpitalu. Dzienne świadczenie wypłacane jest w ciągu 14 dni po zakończonym udziale w Badaniach klinicznych lub po każdym zakończonym 7-dniowym udziale w Badaniach klinicznych. Jeśli za ten sam okres należne jest dzienne świadczenie za Pobyt w szpitalu i dzienne świadczenie dla Badań klinicznych, wypłacone zostanie tylko dzienne świadczenie za Pobyt w szpitalu.

43. Organizator Badań klinicznych wskazuje Ubezpieczonemu zakres kosztów medycznych, które zostaną pokryte przez niego w ramach Badania klinicznego.
44. Badania kliniczne zazwyczaj odbywają się w połączeniu lub równolegle z aktualnie przyjętym Standardem leczenia danej diagnozy nowotworu (zgodnie ze „standardem opieki medycznej"). Jeżeli organizator Badania klinicznego nie pokryje kosztów leczenia, zgodnie z aktualnie przyjętym Standardem leczenia danej diagnozy nowotworu, zostaną one pokryte przez Towarzystwo w zakresie określonym w Tabeli nr 1.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 8

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
   1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
   2) od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 18 lat i nie ukończył 65 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
5. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i 4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
7. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 8 i 9.
8. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
9. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne roczne okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
10. Pozostałe zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 9

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.

2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 10.
4. Ubezpieczony nie może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej oraz z tytułu:
   1) Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego;
   2) Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego i jego Dzieci;
   3) Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego i jego Dzieci.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 10

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
   1) rozwiązania Umowy głównej;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 85 lat;
   3) zakończenia Okresu realizacji świadczenia dla wszystkich Modułów ochrony;
   4) realizacji świadczeń w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   5) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   6) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   7) zawieszenia opłacania Składek regularnych, jeżeli podczas tego zawieszenia ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie jest kontynuowana na zasadach określonych w OWU w części „Zawieszenie opłacania Składek regularnych".
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem zapisów dotyczących odstąpienia od Umowy głównej w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o którym mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej".

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 11

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest stała i wynosi 2 000 000 EUR (dwa miliony euro).
2. Ubezpieczający lub Ubezpieczony mogą sprawdzić aktualny stopień wykorzystania Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej kontaktując się z Towarzystwem.

§ 12

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składek oraz Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 17 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 13

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 12 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 14 OWU.

§ 14

1. Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 12 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 15

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej nie podlega indeksacji.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 16

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego stanu chorobowego, w tym Szczególnej postaci nowotworu złośliwego, jeżeli był on konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) ruchów sejsmicznych, powodzi, wybuchów wulkanów, a także bezpośrednich lub pośrednich skutków skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową i wszelkich innych nadzwyczajnych lub katastrofalnych zjawisk, a także oficjalnie ogłoszonych epidemii;
   3) zaburzeń poznawczych, demencji lub upośledzenia umysłowego Ubezpieczonego, niezależnie od stanu ich zaawansowania;
   4) uzależnienia od narkotyków i/lub nadużywania alkoholu potwierdzonego w dokumentacji medycznej i/lub stosowania środków psychoaktywnych, odurzających lub halucynogennych;
   5) 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 jego poczytalności;

   a także, jeżeli Poważny stan chorobowy:
   6) został zdiagnozowany lub był leczony u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
   7) był następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
      a. zdiagnozowanych u Ubezpieczonego lub
      b. leczonych u Ubezpieczonego, lub
      c. których leczenie zalecono u Ubezpieczonego,

      w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli w Dniu wystąpienia Poważnego stanu chorobowego Ubezpieczony nie miał miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej albo miał miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, ale w ciągu 12 miesięcy przed wystąpieniem Poważnego stanu chorobowego, w tym Szczególnej postaci nowotworu złośliwego, przebywał poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej przez okres dłuższy niż 183 dni kalendarzowe.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, nie zrealizuje świadczenia i nie pokrywa kosztów powstałych w związku z:
   1) niezastosowaniem się przez Ubezpieczonego do zaleceń Lekarza prowadzącego leczenie za granicą lub do określonego planu leczenia;
   2) odmową poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu, dodatkowym analizom lub badaniom diagnostycznym koniecznym w celu określenia ostatecznej diagnozy lub planu leczenia;
   3) leczeniem innymi metodami, jeśli zalecanym przez Lekarza konsultanta sposobem leczenia jest Przeszczep narządu lub Przeszczep szpiku kostnego w ramach Modułu ochrony IV;
   4) leczeniem, które nie spełnia definicji Leczenia niezbędnego z medycznego punktu widzenia;
   5) leczeniem nowotworów związanych z AIDS i infekcją wirusem HIV;
   6) leczeniem nowotworu skóry, który nie jest czerniakiem złośliwym i nie został sklasyfikowany histopatologicznie, histologicznie jako powodujący inwazję/naciekanie poza naskórek (zewnętrzną warstwę skóry);
   7) leczeniem z zastosowaniem innej techniki niż pomostowanie (by-pass) tętnic wieńcowych;
   8) przeszczepieniem narządów od żywego Dawcy, w przypadku gdy:
      a. konieczność przeprowadzenia przeszczepu wątroby wynika ze skutków alkoholowej choroby wątroby;
      b. wykonanie przeszczepu wymaga leczenia komórkami macierzystymi;
      c. narząd do przeszczepu został zakupiony od Dawcy;
      d. Ubezpieczony jest Dawcą dla osoby trzeciej;
      e. Przeszczep narządów lub Przeszczep szpiku kostnego wykonywany jest z wykorzystaniem przeszczepu krwiopochodnych komórek macierzystych z krwi pępowinowej;
   9) Postępowaniem profilaktycznym;
   10) Leczeniem alternatywnym;
   11) Leczeniem eksperymentalnym nawet, jeśli zaleca je Lekarz prowadzący leczenie za granicą, z wyjątkiem Leczenia off-label oraz Badań klinicznych realizowanych zgodnie z § 7 ust. 42 pkt. 3;
   12) leczeniem z wykorzystaniem Terapii genowej, Terapii komórkami somatycznymi, Inżynierii tkankowej;
   13) leczeniem z wykorzystaniem Terapii limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T-cell therapy), chyba, że terapia ta została zalecona w Raporcie eksperckim medycyny precyzyjnej oraz spełnia definicję Zaaprobowanego protokołu terapii CAR-T.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów związanych ze stosowaniem Leków po powrocie z leczenia za granicą w zakresie:
   1) wszelkich kosztów finansowanych przez NFZ lub inną umowę ubezpieczenia, w ramach której Ubezpieczony jest objęty ochroną;
   2) kosztów podania Leku;
   3) kosztów zakupu Leków poniesionych poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, chyba, że zakup ten został zatwierdzony przez Towarzystwo;
   4) kosztów zakupu Leków na podstawie dowodów zakupu przedłożonych Towarzystwu po upływie 180 dni od daty poniesienia wydatku.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów związanych z kontrolą stanu zdrowia po leczeniu za granicą w zakresie:
   1) wszelkich kosztów finansowanych przez NFZ lub inną umowę ubezpieczenia, w ramach której Ubezpieczony jest objęty ochroną;
   2) wydatków poniesionych w innym Szpitalu niż zatwierdzony przez Towarzystwo;
   3) kosztów zakupu Leków na podstawie dowodów zakupu przedłożonych Towarzystwu po upływie 180 dni od daty poniesienia wydatku.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa następujących kosztów związanych z Medycyną precyzyjną:
   1) wykonania biopsji w celu pobrania lub usunięcia tkanki lub płynu, który będzie źródłem próbki niezbędnej do testu profilowania molekularnego, z wyjątkiem pobrania krwi do płynnej biopsji, zgodnie z § 7 ust. 30 pkt 3;
   2) kosztów medycznych (leczenia) – w przypadku, gdy Ubezpieczony weźmie udział w Badaniu klinicznym na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej;
   3) kosztów leku stanowiącego przedmiot Badania klinicznego, jego podania oraz kosztów bieżącego monitorowania stanu zdrowia Ubezpieczonego, a także leczenia jakichkolwiek niezamierzonych skutków ubocznych lub powikłań medycznych spowodowanych przez

leki przeciwnowotworowe będące przedmiotem Badania klinicznego – w przypadku, gdy Ubezpieczony weźmie udział w Badaniu klinicznym na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej lub poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej;
4) kosztów podróży lub zakwaterowania poniesionych przez Ubezpieczonego lub członków jego rodziny w związku ze stawieniem się na zaplanowane wizyty w celu pobrania lub ekstrakcji próbki do badań;
5) opłat administracyjnych lub innych kosztów związanych z przystąpieniem do Badania klinicznego.

7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów związanych z:
1) leczeniem chorób oraz wykonywaniem procedur medycznych nieobjętych zakresem ubezpieczenia;
2) procedurami diagnostycznymi, leczeniem, usługami, świadczeniami lub zaleceniami lekarskimi dowolnego rodzaju, poniesionymi na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, z wyjątkiem: wydatków na Leki pokrywane po leczeniu za granicą, kosztów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą oraz leczenia zorganizowanego na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej zgodnie z § 7 ust. 14 (Siła wyższa);
3) leczeniem w innym Szpitalu zagranicznym niż wskazany we Wstępnym certyfikacie medycznym;
4) leczeniem powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych zastosowanych podczas leczenia za granicą, innych niż te, które:
a. wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w Szpitalu zagranicznym oraz
b. są niezbędne, żeby Ubezpieczony mógł zostać uznany za zdolnego do podróży powrotnej do Rzeczpospolitej Polskiej po zakończeniu leczenia za granicą;
5) leczeniem długotrwałych skutków ubocznych, łagodzeniem przewlekłych objawów lub rehabilitacją (w tym fizjoterapią, rehabilitacją ruchową oraz terapią logopedyczną);
6) leczeniem lub pobytem w szpitalach uzdrowiskowych (sanatoryjnych), szpitalach rehabilitacyjnych, sanatoriach i uzdrowiskach, ośrodkach pomocy społecznej, domach opieki, ośrodkach leczenia uzależnień, hospicjach, ośrodkach opieki domowej, nawet jeśli takie leczenie lub usługi są zalecane lub konieczne w ramach leczenia Poważnego stanu chorobowego;
7) leczeniem zmian otępiennych, które wywołuje starość, lub leczeniem wszelkiego rodzaju zaburzeń poznawczych, niezależnie od ich przyczyny;
8) dodatkowymi posiłkami, poza śniadaniami hotelowymi zapewnionymi w ramach pobytu w hotelu, oraz wszelkimi innymi dodatkowymi kosztami pobytu w hotelu;
9) przejazdami z hotelu do Szpitala lub do Lekarza prowadzącego leczenie za granicą;
10) rozmowami telefonicznymi Ubezpieczonego, Dawcy oraz Osoby towarzyszącej;
11) usługami świadczonymi Osobie towarzyszącej, z wyjątkiem kosztów objętych ubezpieczeniem w ramach organizacji i pokrycia kosztów podróży, transportu i zakwaterowania;
12) zakwaterowaniem i transportem organizowanymi przez Ubezpieczonego we własnym zakresie bądź przez osobę trzecią w imieniu Ubezpieczonego;
13) wydatkami poniesionymi przed datą wystawienia Wstępnego certyfikatu medycznego;
14) wydatkami poniesionymi po zakończeniu Okresu realizacji świadczenia, z zastrzeżeniem § 6 ust. 5;
15) wydatkami medycznymi, które przekraczają zwyczajowe stawki zgodne ze standardem rynkowym, stosowane w przypadku zwrotu kosztów Ubezpieczonemu w ramach świadczeń dotyczących kontroli stanu zdrowia oraz kosztów Leków po leczeniu za granicą;
16) zakupem leków lub kosztem leków podanych Ubezpieczonemu po powrocie do Rzeczpospolitej Polskiej, które są dostępne bez recepty lub zostały w całości sfinansowane przez NFZ.

8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów powstałych w związku z zakupem lub wynajmem:
1) sztucznych narządów lub organów albo urządzeń, które zastępują całość albo część narządu lub całość albo część funkcji tego narządu (protez), z wyjątkiem protez piersi po mastektomii i protez zastawek serca wstawianych w wyniku wykonania procedur medycznych zorganizowanych w ramach leczenia za granicą;
2) przyrządów ortopedycznych, obuwia ortopedycznego, gorsetów, kul;
3) okularów korekcyjnych, szkieł kontaktowych, protez zębowych, peruk;
4) wózków inwalidzkich, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych i oczyszczaczy powietrza.

9. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za:
1) medyczną poprawność Drugiej opinii medycznej oraz za skutki działań lub zaniechań na podstawie informacji zawartych w tej opinii;
2) skutki wdrożenia planu leczenia oraz leczenia za granicą, w tym ich skuteczność;
3) skutki wdrożenia planów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, w tym ich skuteczność.

10. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie zrealizuje świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo realizacja świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo 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 Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać zrealizowane świadczenie.

§ 17

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność tylko wówczas, gdy Poważny stan chorobowy, w tym Szczególna postać nowotworu złośliwego, był skutkiem Nieszczęśliwego wypadku.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejne okresy ubezpieczenia.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony był wcześniej objęty przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniej zawartej Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że ochrona z tytułu tej Umowy dodatkowej zakończyła się nie wcześniej niż 30 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tych świadczeń i usług, które stanowią rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do wcześniej zawartej Umowy dodatkowej.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 18

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w § 8 ust. 3 i 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 8 ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy dodatkowej podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 19

1. Usługi i świadczenia, o których mowa w § 7, realizowane są z uwzględnieniem limitów kwotowych określonych w Tabeli nr 2.

Tabela nr 2

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej (łączny limit odpowiedzialności za wszystkie świadczenia i usługi z tytułu Umowy dodatkowej)	2 000 000 EUR
Świadczenia z tytułu leczenia za granicą	**Wysokość limitu**
1) Koszty podróży i zakwaterowania	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
2) Leczenie i opieka medyczna za granicą	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
a. Koszty Leków po leczeniu za granicą	50 000 EUR w całym okresie obowiązywania Umowy dodatkowej
b. Dzienne świadczenie za Pobyt w szpitalu	100 EUR ograniczone do 60 dni na każdy Moduł ochrony
3) Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
Świadczenia z tytułu Medycyny precyzyjnej	**Wysokość limitu**
1) Koszty podróży i zakwaterowania	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
2) Leczenie w ramach Medycyny precyzyjnej	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
a. Koszty Leków po leczeniu za granicą	50 000 EUR w całym okresie obowiązywania Umowy dodatkowej
b. Dzienne świadczenie za Pobyt w szpitalu	100 EUR ograniczone do 60 dni
3) Dzienne świadczenie dla Badań klinicznych	100 EUR ograniczone do 60 dni
4) Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

2. Każdy koszt związany z organizacją i realizacją usług i świadczeń, o których mowa w § 7, pokrywany jest przez Towarzystwo i pomniejsza Sumę ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz limity w ramach poszczególnych usług i świadczeń wyrażone są w euro. W przypadku gdy koszty ponoszone są w innej walucie, wówczas Towarzystwo przelicza je na euro po kursie Narodowego Banku Polskiego, obowiązującym w dniu poniesienia wydatku.
4. Suma zrealizowanych świadczeń dla Ubezpieczonego, bez względu na liczbę występujących rodzajów Poważnych stanów chorobowych, nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W przypadku gdy kwota świadczeń z tytułu Poważnych stanów chorobowych przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma zrealizowanych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Realizacja świadczenia

§ 20

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o realizację świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
   1) wniosek o realizację świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego stanu chorobowego.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. W celu realizacji świadczenia Ubezpieczony może zarejestrować się w Portalu Leczenie za granicą, do którego login i instrukcję logowania otrzyma od Towarzystwa na podany przez niego adres e-mail.
5. Towarzystwo zobowiązane jest do realizacji świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
6. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest zrealizować w terminie przewidzianym w ust. 5.

Postanowienia końcowe

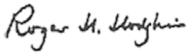
§ 21

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną
dla Ubezpieczonego i jego Dzieci
(kod RPFL1_TFTMF_09.2025) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 5; § 6; § 7; § 19 ust. 1	§ 6 ust. 1 i 4; § 7 ust. 4, 7, 22, 23, 24, 27, 29 i 30; § 9 ust. 6; § 16; § 17 ust. 1 i 4; § 18; § 19 ust. 1, 4 i 5

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK LECZENIA ZA GRANICĄ Z MEDYCYNĄ PRECYZYJNĄ DLA UBEZPIECZONEGO I JEGO DZIECI (KOD RPFL1_TFTMF_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego i jego Dzieci (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o leczenie za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego i jego Dzieci.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) **Badania kliniczne** – badania przeprowadzane wśród pacjentów w celu oceny bezpieczeństwa i skuteczności nowego protokołu leczenia, nowego leku, nowego urządzenia medycznego lub nowej procedury diagnostycznej;
2) **Dawca** – osoba żywa, od której pobierane są komórki, tkanki lub narządy do przeszczepu dla Osoby uprawnionej do świadczenia;
3) **Druga opinia medyczna** – opinia dotycząca Poważnego stanu chorobowego Osoby uprawnionej do świadczenia, sporządzana przez Lekarza konsultanta na podstawie dostarczonej przez Osobę uprawnioną do świadczenia dokumentacji medycznej;
4) **Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przez niego Przysposobione, które w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 21 roku życia;
5) **Dzień roboczy** – każdy dzień z wyłączeniem sobót i niedziel oraz dni ustawowo wolnych od pracy;
6) **Dzień wystąpienia Poważnego stanu chorobowego** – dzień, w którym:
   a. wykonano badanie, które potwierdziło: Nowotwór złośliwy inwazyjny, Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ) albo Ciężką dysplazję nowotworową lub
   b. zalecono wykonanie jednej z następujących operacji: Pomostowania aortalno-wieńcowego, Operacji zastawek serca, Operacji neurochirurgicznej, Przeszczepu narządu lub Przeszczepu szpiku kostnego;
7) **Further** – Further Underwriting International SLU, podmiot z siedzibą w Hiszpanii, za pośrednictwem którego Towarzystwo zapewnia organizację oraz realizację usług i świadczeń objętych Umową dodatkową, w tym nadzór nad organizacją procesu leczenia;
8) **Inżynieria tkankowa** – postępowanie, które dotyczy komórek lub tkanek zmodyfikowanych tak, by mogły być zastosowane do naprawy, regeneracji lub zamiany z tkankami ludzkimi;
9) **Leczenie alternatywne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt medyczny albo farmaceutyczny, które nie są uważane za część Medycyny konwencjonalnej lub za standardowe zabiegi, w tym: akupunktura, aromaterapia, medycyna chiropraktyczna, medycyna homeopatyczna, medycyna naturopatyczna, ajurweda, tradycyjna medycyna chińska i medycyna osteopatyczna;
10) **Leczenie eksperymentalne** – metoda leczenia, procedura, sprzęt, lek lub produkt farmaceutyczny, przeznaczone do użytku medycznego, których skuteczność i bezpieczeństwo w leczeniu określonych stanów chorobowych nie zostały potwierdzone naukowo i medycznie lub które są przedmiotem badań albo testów, lub znajdują się na jakimkolwiek etapie eksperymentu klinicznego;
11) **Leczenie niezbędne z medycznego punktu widzenia** – usługi lub świadczenia medyczne, które są:
   a. zalecane przez Lekarza prowadzącego leczenie Poważnego stanu chorobowego Osoby uprawnionej do świadczenia w celu poprawy jej stanu zdrowia oraz
   b. uznane za skuteczne w poprawie wyników zdrowotnych w następstwie planów leczenia, które są spójne z diagnozą pod względem rodzaju, częstotliwości i czasu trwania, zgodnie z amerykańskimi lub europejskimi wytycznymi naukowymi (w szczególności wytyczne NCCN (National Comprehensive Cancer Network) dotyczące praktyki klinicznej w onkologii będą stosowane w odniesieniu do leczenia Modułu ochrony I), oraz
   c. opłacalne w porównaniu z alternatywnymi metodami leczenia, w tym z brakiem leczenia, które prowadzą do podobnych wyników, oraz
   d. wymagane z powodów innych niż wygoda Osoby uprawnionej do świadczenia lub jej Lekarza;
12) **Leczenie off-label** – leczenie, stosowane w oparciu o doświadczenia Lekarzy i badania naukowe, niezatwierdzone formalnie przez właściwe organy medyczne, polegające na podawaniu zarejestrowanego i dostępnego na rynku leku przeciwnowotworowego w inny sposób niż wynika to z oficjalnej charakterystyki i przeznaczenia tego produktu leczniczego, tzn. lek przeznaczony do leczenia określonych Nowotworów złośliwych zostanie użyty do leczenia innej Szczególnej postaci nowotworu złośliwego lub lek zostanie użyty w innej dawce, lub zostanie zastosowana inna metoda podawania leku;
13) **Leczenie pierwszej linii** – podstawowa, początkowa terapia stosowana w leczeniu danej choroby, zwykle uznawana za najbardziej skuteczną i najlepiej udokumentowaną w danym przypadku. W onkologii leczenie pierwszej linii odnosi się do pierwszego zestawu leków, terapii celowanej, immunoterapii lub chemioterapii stosowanej po postawieniu diagnozy;
14) **Lek** – substancja lub połączenie substancji, dopuszczone do obrotu w danym kraju, wydawane wyłącznie na receptę. Recepta na Lek jest ważna także dla zamiennika tego leku o tych samych składnikach aktywnych, sile i dawkowaniu;
15) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium państwa, w którym wykonuje zawód, uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń medycznych, potwierdzone wymaganymi dokumentami;
16) **Lekarz konsultant** – Lekarz praktykujący poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej o specjalności i doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki danego Poważnego stanu chorobowego, który sporządza Drugą opinię medyczną;
17) **Medycyna konwencjonalna (on-label)** – medycyna oparta na naukowym podejściu do diagnozowania, leczenia i zapobiegania chorobom, wykorzystująca procedury medyczne dopuszczone do stosowania oraz wykonywane zgodnie z prawem państwa, w którym jest prowadzone leczenie;
18) **Medycyna precyzyjna** – świadczenie, w ramach którego wykonywane jest dodatkowe badanie molekularne, mające na celu dokładne zdiagnozowanie choroby i umożliwiające spersonalizowanie leczenia, w tym: ocenę oporności na metody leczenia, określenie rokowania Osoby uprawnionej do świadczenia, ocenę możliwości uczestnictwa w Badaniach klinicznych oraz testy genetyczne dla rodziny;

19) **Moduł ochrony** – jeden z czterech modułów, obejmujący swoim zakresem określone rodzaje Poważnych stanów chorobowych, zgodnie z pkt 28;
20) **NFZ** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
21) **Nowotwór złośliwy** – Nowotwór złośliwy inwazyjny lub Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ);
22) **Okres realizacji świadczenia** – okres trzydziestu sześciu (36) miesięcy, w trakcie którego realizowane są świadczenia dla wszystkich roszczeń zgłoszonych w ramach danego Modułu ochrony, rozpoczynający się od daty pierwszej podróży zorganizowanej i opłaconej przez Towarzystwo. Okres realizacji świadczenia jest ustalany odrębnie dla każdego Modułu ochrony po zaakceptowaniu przez Towarzystwo pierwszego roszczenia dla tego Modułu ochrony;
23) **Osoba towarzysząca** – osoba wskazana przez Osobę uprawnioną do świadczenia, która podróżuje i przebywa z nią podczas realizacji świadczeń w ramach Umowy dodatkowej. W przypadku leczenia Dziecka za granicą możliwe jest wskazanie dwóch Osób towarzyszących;
24) **Osoba uprawniona do świadczenia** – Ubezpieczony oraz wszystkie jego Dzieci;
25) **Pobyt w szpitalu** – zorganizowane przez Towarzystwo leczenie w Szpitalu zagranicznym, trwające nieprzerwanie przez co najmniej 24 godziny;
26) **Portal Leczenie za granicą** – platforma internetowa dostarczona i zarządzana przez Further w celu wspierania realizacji świadczeń dla Osoby uprawnionej do świadczenia;
27) **Postępowanie profilaktyczne** – jakakolwiek procedura medyczna albo przyjęcie Leku mające na celu wyłącznie obniżenie ryzyka zachorowania na Nowotwór złośliwy, np. profilaktyczna operacja chirurgiczna polegająca na usunięciu tkanki lub organu o zwiększonym ryzyku zachorowania na Nowotwór złośliwy, w którym obecnie nie potwierdzono występowania komórek nowotworowych;
28) **Poważny stan chorobowy** – stan chorobowy występujący w ramach jednej z wymienionych poniżej grup:
    a. **Moduł ochrony I** – nowotwory:
        a) Nowotwór złośliwy inwazyjny, w tym Szczególna postać nowotworu złośliwego;
        b) Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ);
        c) Ciężka dysplazja nowotworowa;
    b. **Moduł ochrony II** – stan chorobowy wymagający przeprowadzenia operacji kardiochirurgicznej:
        a) pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass);
        b) zastawki serca;
    c. **Moduł ochrony III** – stan chorobowy wymagający przeprowadzenia operacji neurochirurgicznej:
        a) mózgu;
        b) łagodnego guza rdzenia kręgowego;
    d. **Moduł ochrony IV** – stan chorobowy wymagający przeprowadzenia przeszczepu:
        a) narządów;
        b) szpiku kostnego;
29) **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 Dziecka;
30) **Raport ekspercki medycyny precyzyjnej** – opinia, sporządzana przez Zespół lekarsko-ekspercki, w ramach świadczenia Medycyny precyzyjnej, na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej oraz biopróbek;
31) **Siła wyższa** – zdarzenia zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia, których skutkom nie można było zapobiec;
32) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego i jego Dzieci;
33) **Standard leczenia** – uznana, oparta na aktualnej wiedzy medycznej i praktyce klinicznej, metoda postępowania diagnostycznego i terapeutycznego, stosowana w leczeniu danego schorzenia, określająca działania, jakie powinien podjąć Lekarz, aby zapewnić pacjentowi odpowiednią i bezpieczną opiekę medyczną;
34) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego i jego Dzieci;
35) **Szczególna postać nowotworu złośliwego** – każdy Nowotwór złośliwy, zakwalifikowany zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 /11 jako konkretny typ nowotworu, który jednocześnie:
    a. nie reaguje na Leczenie pierwszej linii lub
    b. jest w III stopniu zaawansowania klinicznego (nowotwór zaawansowany), lub
    c. jest w IV stopniu zaawansowania klinicznego (nowotwór bardzo zaawansowany z obecnością przerzutów odległych), lub
    d. ma nieznane umiejscowienie pierwotne, czyli nie można ustalić źródła pierwotnej zmiany, lub
    e. jest rzadką formą Nowotworu złośliwego, tzn. jest nowotworem, którego częstość występowania jest mniejsza niż 6 przypadków na 100 000 zachorowań, i uwzględniony na liście Surveillance of Rare Cancers in Europe (RARECARENet), opublikowanej na stronie internetowej www.esmo.org (European Society for Medical Oncology);
36) **Szpital** – prywatna lub publiczna organizacja prawnie upoważniona do zapewnienia leczenia chorób lub urazów ciała, wyposażona w środki materialne/technologiczne, obsługiwana przez Lekarzy i personel medyczny 24 godziny na dobę;
37) **Terapia genowa** – terapia, która zawiera geny wywołujące efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny i polega na wprowadzeniu do organizmu fragmentów genów (DNA lub RNA) stworzonych w laboratorium, w celu leczenia różnego rodzaju chorób, w tym chorób genetycznych, Nowotworów złośliwych albo chorób przewlekłych;
38) **Terapia komórkami somatycznymi** – terapia, która dotyczy modyfikacji komórek lub tkanek polegającej na zmianie ich charakterystyki biologicznej lub użyciu ich w innej roli niż ich podstawowa rola biologiczna w organizmie. Procedury te mogą być stosowane do leczenia, diagnostyki lub zapobiegania chorobom;
39) **Terapia limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T-cell therapy)** – rodzaj leczenia, w którym funkcja limfocytów T (rodzaj komórek układu odpornościowego) pobranych z krwi Osoby uprawnionej do świadczenia została zmodyfikowana w laboratorium w taki sposób, żeby rozpoznawały i niszczyły komórki nowotworowe;
40) **Testy genetyczne** – rodzaj badania, które polega na analizie sekwencji materiału genetycznego DNA biopróbki. Testy genetyczne dzielą się na:
    a. testy mutacji nabytych (somatycznych), przeprowadzane poprzez analizę próbki tkanki (próbki biopsyjnej) lub płynnej biopsji (z krwi), które służą wykryciu mutacji występujących w ograniczonym zestawie komórek lub tkanek Nowotworu złośliwego, w celu identyfikacji czynników predykcyjnych, tzn. takich, których obecność jest związana z prawdopodobieństwem uzyskania odpowiedzi na leczenie;

b. testy mutacji dziedzicznych (germinalnych), przeprowadzane poprzez analizę wymazu z jamy ustnej, próbki plwociny lub krwi, które służą wykryciu mutacji obecnych od urodzenia w każdej komórce ciała, w celu identyfikacji dziedzicznych predyspozycji do określonych typów Nowotworów złośliwych;

41) **Wstępny certyfikat medyczny** – dokument, który potwierdza organizację i pokrycie kosztów leczenia i opieki medycznej za granicą w wybranej przez Osobę uprawnioną do świadczenia placówce medycznej;

42) **Zaaprobowany protokół terapii CAR-T** – terapia komórkami CAR-T, która:
   a. obejmuje pojedynczy wlew dożylny leku oraz etapy leczenia wstępnego i przygotowania do podania, a także fazę monitorowania po podaniu oraz
   b. jest dopuszczona do stosowania i wykonywana zgodnie z wytycznymi odpowiednich instytucji medycznych państwa, w którym prowadzone jest leczenie;

43) **Zespół lekarsko-ekspercki** – zespół specjalistów z zakresu onkologii, genetyki i patologii, z którymi współpracuje Towarzystwo w ramach świadczenia Medycyny precyzyjnej, wyznaczony do sporządzenia Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej.

§ 3

Poważne stany chorobowe, o których mowa w niniejszych OWUD, otrzymują następujące definicje:

1) **Ciężka dysplazja nowotworowa** – wszelkie zmiany przednowotworowe w komórkach, które cytologicznie lub histopatologicznie zostały sklasyfikowane jako dysplazja dużego stopnia lub dysplazja ciężka;
2) **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – każdy nowotwór złośliwy, w tym białaczka, mięsak i chłoniak, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek złośliwych i inwazją tkanek;
3) **Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ)** – każdy nowotwór in situ, który jest ograniczony do nabłonka, gdzie powstał i który nie zaatakował zrębu lub otaczających go tkanek;
4) **Operacja neurochirurgiczna** – interwencja chirurgiczna w obrębie mózgu lub innych struktur wewnątrzczaszkowych, lub leczenie łagodnych guzów zlokalizowanych w rdzeniu kręgowym;
5) **Operacja zastawek serca** – inwazyjna wymiana lub naprawa co najmniej jednej zastawki serca, niezależnie od tego, czy wymiana lub naprawa wykonywana jest operacją na otwartej klatce piersiowej, metodą małoinwazyjną, czy też za pomocą leczenia cewnikiem sercowym;
6) **Pomostowanie aortalno-wieńcowe** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony w celu skorygowania zwężenia lub zablokowania jednej lub więcej tętnic wieńcowych za pomocą pomostów aortalno-wieńcowych zgodnie z zaleceniami kardiologa;
7) **Przeszczep narządu** – przeszczep chirurgiczny, w którym Osoba uprawniona do świadczenia otrzymuje nerkę, fragment wątroby, płat płucny lub fragment trzustki od innego żyjącego zgodnego Dawcy;
8) **Przeszczep szpiku kostnego** – przeszczep szpiku kostnego (BMT) lub przeszczep komórek macierzystych krwi obwodowej (PBSCT) pochodzących od Osoby uprawnionej do świadczenia (autologiczny przeszczep szpiku kostnego) lub od żyjącego zgodnego Dawcy (allogeniczny przeszczep szpiku kostnego).

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 4

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego oraz wszystkich jego Dzieci.

§ 5

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia i usługi, z których ma prawo skorzystać Osoba uprawniona do świadczenia w przypadku wystąpienia u niej Poważnego stanu chorobowego:
   1) Druga opinia medyczna;
   2) leczenie i opieka medyczna za granicą;
   3) kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą.
2. W przypadku zdiagnozowania u Osoby uprawnionej do świadczenia Szczególnej postaci nowotworu złośliwego zakres ubezpieczenia obejmuje także Medycynę precyzyjną, uwzględniającą:
   1) profilowanie molekularne i ocenę jego wyników zawarte w Raporcie eksperckim medycyny precyzyjnej;
   2) przegląd Badań klinicznych;
   3) pokrycie wydatków wynikających z zaleceń Medycyny precyzyjnej;
   4) Testy genetyczne dla rodziny.
3. Szczegółowy zakres świadczeń i usług, o których mowa w ust. 1 i 2, opisany został w § 7.

Okres realizacji świadczenia

§ 6

1. Osoba uprawniona do świadczenia może skorzystać ze świadczeń i usług, o których mowa w § 5, w ramach każdego z Modułów ochrony, wyłącznie w trakcie trwania Okresu realizacji świadczenia.
2. Przed realizacją świadczenia lub usługi Towarzystwo sprawdza możliwość skorzystania z nich przez Osobę uprawnioną do świadczenia w ramach danego Modułu ochrony, w którym znajduje się Poważny stan chorobowy.
3. Osoba uprawniona do świadczenia może skorzystać z usług i świadczeń, o których mowa w § 5, w ramach Okresu realizacji świadczenia dla danego Modułu ochrony, jeżeli:
   1) nie korzystała wcześniej z leczenia za granicą w ramach tego Modułu ochrony albo
   2) korzystała wcześniej z leczenia za granicą w ramach tego Modułu ochrony, ale nie upłynął jeszcze okres 36 miesięcy, liczony od daty pierwszej podróży zorganizowanej przez Towarzystwo w celu leczenia Poważnego stanu chorobowego znajdującego się w tym Module ochrony.
4. Towarzystwo nie zrealizuje świadczenia lub usługi, jeżeli od daty pierwszej podróży zorganizowanej przez Towarzystwo w celu leczenia Poważnego stanu chorobowego znajdującego się w danym Module ochrony do daty zgłoszenia kolejnego roszczenia upłynęło 36 miesięcy.
5. W przypadku gdy Okres realizacji świadczenia dla danego Modułu ochrony upłynie w trakcie leczenia za granicą, Towarzystwo pokryje koszty, o których mowa w § 7 ust. 13, poniesione do czasu wyznaczonej, w oparciu o przyjęty plan leczenia, podróży powrotnej Osoby uprawnionej do świadczenia do Rzeczpospolitej Polskiej, z uwzględnieniem ograniczeń odpowiedzialności określonych w § 16, z wyłączeniem ust. 7 pkt 14.

6. Jeżeli w trakcie leczenia Poważnego stanu chorobowego w ramach Modułu ochrony I konieczne będzie przeprowadzenie, bezpośrednio powiązanych z procesem leczenia onkologicznego, operacji lub przeszczepu, występujących w Modułach ochrony II-IV, wówczas świadczenia będą realizowane w ramach Okresu realizacji świadczenia dla Modułu ochrony I.

Zakres świadczeń i usług

§ 7

Druga opinia medyczna

1. Zakres świadczeń dotyczących Drugiej opinii medycznej obejmuje:
   1) informowanie Osoby uprawnionej do świadczenia o dokumentacji medycznej potrzebnej do przygotowania Drugiej opinii medycznej;
   2) udzielanie, na wniosek Osoby uprawnionej do świadczenia, pomocy w zebraniu dokumentacji medycznej potrzebnej do przygotowania Drugiej opinii medycznej;
   3) tłumaczenie dostarczonej przez Osobę uprawnioną do świadczenia dokumentacji medycznej na język Lekarza konsultanta;
   4) przekazanie dokumentacji medycznej Lekarzowi konsultantowi;
   5) zapewnienie ponownej oceny histopatologicznej tkanek, które zostały wcześniej pobrane od Osoby uprawnionej do świadczenia – jeśli będzie to medycznie uzasadnione;
   6) przygotowanie przez Lekarza konsultanta Drugiej opinii medycznej;
   7) przetłumaczenie Drugiej opinii medycznej na język polski;
   8) dostarczenie Drugiej opinii medycznej Osobie uprawnionej do świadczenia.
2. Przygotowana Druga opinia medyczna zawiera:
   1) opinię Lekarza konsultanta dotyczącą postawionej diagnozy i stosowanego leczenia u Osoby uprawnionej do świadczenia;
   2) propozycję planu leczenia Osoby uprawnionej do świadczenia;
   3) informację, czy Osobie uprawnionej do świadczenia przysługuje prawo do leczenia za granicą.
3. Osoba uprawniona do świadczenia może zrezygnować z Drugiej opinii medycznej. W takiej sytuacji o zasadności i planie leczenia za granicą rozstrzyga wyznaczony przez Towarzystwo zespół medyczny, na podstawie dostarczonej przez Osobę uprawnioną do świadczenia dokumentacji medycznej.
4. Osoba uprawniona do świadczenia może skorzystać ze świadczenia Drugiej opinii medycznej wyłącznie raz w stosunku do jednego rodzaju Poważnego stanu chorobowego, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Jeśli Lekarz konsultant postawi diagnozę odmienną od tej wynikającej z posiadanej przez Osobę uprawnioną do świadczenia dokumentacji medycznej, wówczas inny Lekarz konsultant przygotuje dodatkową Drugą opinię medyczną.
6. Jeśli Osoba uprawniona do świadczenia zdecyduje się skorzystać z Drugiej opinii medycznej, realizacja świadczenia dotyczącego leczenia i opieki medycznej za granicą rozpocznie się po wydaniu Drugiej opinii medycznej.
7. Osoba uprawniona do świadczenia nie może skorzystać z Drugiej opinii medycznej, jeśli dla danego Poważnego stanu chorobowego Towarzystwo rozpoczęło procedurę z wykorzystaniem Medycyny precyzyjnej.

Leczenie i opieka medyczna za granicą

8. Świadczenie dotyczące leczenia i opieki medycznej za granicą obejmuje:
   1) przedstawienie Osobie uprawnionej do świadczenia trzech rekomendowanych Szpitali zagranicznych, w których możliwe jest przeprowadzenie leczenia;
   2) wybranie przez Osobę uprawnioną do świadczenia jednego z zaproponowanych Szpitali zagranicznych;
   3) przekazanie Osobie uprawnionej do świadczenia Wstępnego certyfikatu medycznego;
   4) organizację i pokrycie kosztów podróży w celu leczenia za granicą;
   5) organizację i pokrycie kosztów zakwaterowania podczas leczenia za granicą;
   6) pokrycie kosztów związanych z leczeniem i opieką medyczną za granicą;
   7) wypłatę dziennego świadczenia za Pobyt w szpitalu;
   8) organizację i pokrycie kosztów transportu zwłok;
   9) tłumaczenie dokumentacji medycznej niezbędnej do leczenia i opieki medycznej za granicą;
   10) tłumaczenie dokumentacji medycznej na język polski po zakończeniu leczenia za granicą.
9. Wstępny certyfikat medyczny, o którym mowa w ust. 8 pkt 3, jest ważny 3 miesiące od daty jego wystawienia. Jeżeli Osoba uprawniona do świadczenia nie wyjedzie do Szpitala zagranicznego w okresie trwania ważności Wstępnego certyfikatu medycznego, Towarzystwo przygotuje nowy Wstępny certyfikat medyczny. W tym celu konieczna będzie ponowna ocena stanu zdrowia Osoby uprawnionej do świadczenia.
10. W ramach organizacji i pokrycia kosztów podróży w celu leczenia za granicą Towarzystwo zapewnia:
    1) organizację i pokrycie kosztów podróży Osoby uprawnionej do świadczenia, Osoby towarzyszącej oraz Dawcy (w przypadku przeszczepu) do miejsca, w którym znajduje się wybrany przez Osobę uprawnioną do świadczenia Szpital zagraniczny oraz podróży powrotnej w zakresie:
       a. transportu z miejsca zamieszkania Osoby uprawnionej do świadczenia oraz Dawcy do wyznaczonego lotniska międzynarodowego lub dworca kolejowego;
       b. biletów kolejowych lub lotniczych w klasie ekonomicznej do miasta docelowego leczenia i transportu do wskazanego hotelu lub bezpośrednio do Szpitala;
       c. transportu z wyznaczonego hotelu lub Szpitala do wskazanego międzynarodowego lotniska lub dworca kolejowego;
       d. biletów kolejowych lub lotniczych w klasie ekonomicznej do Rzeczpospolitej Polskiej, a następnie transportu do miejsca zamieszkania Osoby uprawnionej do świadczenia oraz Dawcy;
    2) organizację i pokrycie kosztów transportu medycznego, w tym ambulansem drogowym lub karetką powietrzną, zaplanowanego i zaakceptowanego przez Towarzystwo, jeżeli taki transport został zalecony przez Lekarza konsultanta lub Lekarza prowadzącego leczenie za granicą.
11. Towarzystwo odpowiada za wybór terminów transportu oraz rezerwacji, a także miejsca zakwaterowania w ramach każdego przejazdu objętego zakresem ubezpieczenia (na podstawie zatwierdzonego planu leczenia) i przedstawia je do akceptacji Osoby uprawnionej do świadczenia lub Dawcy najpóźniej na 3 dni przed podróżą. Zmiana ustalonych terminów podróży jest możliwa wyłącznie ze względu na udokumentowane powody medyczne. W każdym innym przypadku Towarzystwo nie dokona nowych ustaleń dotyczących podróży i zakwaterowania.

12. W ramach organizacji i pokrycia kosztów zakwaterowania podczas leczenia za granicą Towarzystwo zapewnia:
    1) organizację i pokrycie kosztów zakwaterowania Osoby uprawnionej do świadczenia, Osoby towarzyszącej oraz Dawcy (w przypadku przeszczepu) w miejscu leczenia Poważnego stanu chorobowego, w pokoju dwuosobowym ze śniadaniem w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym, który znajduje się nie dalej niż 10 km od Szpitala, w którym odbywa się leczenie (Osoba uprawniona do świadczenia nie może podwyższyć standardu hotelu);
    2) ustalenie daty powrotu z każdej podróży zorganizowanej przez Towarzystwo, w oparciu o informacje od Lekarza prowadzącego leczenie za granicą potwierdzające brak przeciwwskazań medycznych do odbycia takiej podróży przez Osobę uprawnioną do świadczenia.
13. W ramach leczenia i opieki medycznej za granicą Towarzystwo pokrywa następujące koszty powstałe w związku z Leczeniem niezbędnym z medycznego punktu widzenia, zgodnie z warunkami określonymi we Wstępnym certyfikacie medycznym:
    1) koszty poniesione przez Szpital w zakresie:
        a. pobytu w pokoju, sali, na oddziale szpitalnym lub na oddziale intensywnej terapii;
        b. dodatkowego łóżka związanego z pobytem Osoby towarzyszącej w Szpitalu, o ile Szpital udostępnia taką usługę;
        c. wyżywienia podczas hospitalizacji;
        d. usług medycznych świadczonych przez przychodnie przyszpitalne;
        e. wykonania zabiegów chirurgicznych na sali operacyjnej;
        f. opieki lekarskiej, pielęgniarskiej oraz pozostałego personelu medycznego na każdym oddziale Szpitala oraz w ambulatorium;
        g. użytych leków i środków opatrunkowych;
    2) koszty ponoszone przez niezależny ośrodek, ale tylko wówczas gdy przeprowadzone procedury medyczne były objęte zakresem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
    3) koszty następujących usług medycznych i procedur:
        a. analiz laboratoryjnych, badań patomorfologicznych, badań rentgenowskich, chemioterapii, badań elektrokardiograficznych, badań ultrasonograficznych, badań z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, echokardiografii, mielogramów, encefalografii, angiografii, tomografii komputerowych, rezonansów magnetycznych oraz innych badań zleconych przez Lekarza w celu rozpoznania i leczenia Poważnego stanu chorobowego;
        b. radioterapii, czyli promieniowania wysokoenergetycznego służącego do zmniejszania guzów i zabijania komórek nowotworowych promieniami rentgenowskimi, promieniami gamma i naładowanymi cząstkami, które są rodzajami promieniowania wykorzystywanymi do leczenia nowotworu albo dostarczanymi przez urządzenie poza ciałem (promieniowanie wiązką zewnętrzną) lub przez materiał radioaktywny umieszczony w organizmie w pobliżu komórek nowotworowych (wewnętrzna radioterapia);
        c. znieczulenia, jego podania przez Lekarza anestezjologa oraz opieki anestezjologicznej przed, w trakcie i po zakończeniu znieczulenia;
        d. chirurgii rekonstrukcyjnej, która polega na odbudowie lub naprawie struktury ciała w celu skorygowania funkcji uszkodzonej lub utraconej wskutek wykonanych procedur medycznych przeprowadzonych w ramach leczenia za granicą;
        e. transfuzji krwi, podawania osocza i surowicy;
        f. podawania tlenu, wlewów: dożylnych, podskórnych, domięśniowych;
        g. leczenia powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych, które zostały zastosowane w czasie leczenia za granicą, jeśli te powikłania lub skutki uboczne wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w Szpitalu lub w innej placówce medycznej oraz są niezbędne, żeby Osoba uprawniona do świadczenia mogła zostać uznana za zdolną do podróży powrotnej do Rzeczpospolitej Polskiej po zakończeniu leczenia za granicą;
    4) koszty Leków wydawanych przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą, które zostały przepisane po przeprowadzonej operacji, w ciągu 30 dni od daty zakończenia przez Osobę uprawnioną do świadczenia leczenia za granicą i tylko wtedy, gdy zostały zakupione przed powrotem do Rzeczpospolitej Polskiej;
    5) koszty protez piersi (po operacji mastektomii), protez zastawek serca, potrzebnych po operacji zorganizowanej i opłaconej przez Towarzystwo w ramach leczenia za granicą;
    6) koszty usług tłumacza medycznego w placówce medycznej za granicą;
    7) koszty Przeszczepu narządu lub Przeszczepu szpiku kostnego, na które składają się koszty:
        a. badań diagnostycznych przeprowadzanych w celu znalezienia odpowiedniego Dawcy wśród członków rodziny Osoby uprawnionej do świadczenia;
        b. usług szpitalnych świadczonych na rzecz Dawcy, w tym zakwaterowania w sali szpitalnej, na oddziale lub sekcji, posiłków, ogólnych usług pielęgniarskich, regularnych usług świadczonych przez personel Szpitala, badań laboratoryjnych oraz korzystania ze sprzętu i innych udogodnień Szpitala (z wyłączeniem przedmiotów do użytku osobistego, które nie są wymagane w procesie pobrania narządu lub tkanki do przeszczepienia);
        c. operacji pobrania narządu lub szpiku kostnego od Dawcy dla Osoby uprawnionej do świadczenia;
        d. procedury hodowli szpiku kostnego dla Osoby uprawnionej do świadczenia (poniesione od daty wydania Wstępnego certyfikatu medycznego).
14. W przypadku, gdy jakakolwiek Siła wyższa lub ograniczenia logistyczne lub operacyjne nałożone przez władze lokalne lub międzynarodowe uniemożliwią Towarzystwu organizację leczenia za granicą, wówczas Towarzystwo zapewni świadczenia, określone w ust. 13 pkt 1-3, 5 oraz 7, na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, pod warunkiem, że te same ograniczenia logistyczne lub operacyjne nie utrudniają organizacji tych usług i świadczeń na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.
15. Świadczenia, określone w ust. 14, będą dostępne na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej wyłącznie do czasu, gdy Towarzystwo będzie w stanie ponownie zorganizować leczenie za granicą.
16. W ramach dziennego świadczenia za Pobyt w szpitalu, Towarzystwo wypłaca Osobie uprawnionej do świadczenia świadczenie pieniężne, w wysokości równowartości 100 EUR za każdy dzień Pobytu w szpitalu połączonego z noclegiem poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej. W ramach jednego Modułu ochrony Towarzystwo wypłaci świadczenie łącznie za nie więcej niż 60 dni Pobytu w szpitalu.
17. Dzienne świadczenie za Pobyt w szpitalu wypłacane jest na rachunek bankowy wskazany przez Osobę uprawnioną do świadczenia, w terminie 14 dni po zakończonej hospitalizacji lub po każdym zakończonym 7-dniowym Pobycie w szpitalu.
18. W przypadku gdy po zakończeniu planu leczenia za granicą i ostatecznym powrocie Osoby uprawnionej do świadczenia do Rzeczpospolitej Polskiej, niezbędne będzie dalsze leczenie, a Okres realizacji świadczenia nie upłynął, wydany zostanie nowy Wstępny certyfikat medyczny.
19. W medycznie uzasadnionych przypadkach ocena konieczności ponownego leczenia za granicą możliwa będzie po sporządzeniu nowej Drugiej opinii medycznej.
20. Organizacja i pokrycie kosztów transportu zwłok Osoby uprawnionej do świadczenia lub Dawcy realizowane są, jeżeli śmierć, odpowiednio, Osoby uprawnionej do świadczenia lub Dawcy, nastąpiła w trakcie leczenia Poważnego stanu chorobowego za granicą.

21. W ramach organizacji i pokrycia kosztów transportu zwłok Towarzystwo zapewnia organizację i pokrycie kosztów usług świadczonych przez zakład pogrzebowy zapewniający międzynarodowy transport zwłok, w tym: wszelkich formalności administracyjnych, zakupu trumny przewozowej, balsamowania zwłok, transportu na lotnisko, przelotu oraz transportu z lotniska do miejsca pochówku na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.

Koszty Leków po leczeniu za granicą

22. Po powrocie z leczenia za granicą Towarzystwo pokryje koszty Leków, przepisanych i zakupionych na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej przez Osobę uprawnioną do świadczenia, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:
    1) Lek został dopuszczony do obrotu i zatwierdzony przez właściwy organ medyczny lub agencję medyczną na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, a jego przepisywanie i podawanie jest uregulowane przepisami polskiego prawa;
    2) Lek jest dostępny do nabycia na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej w czasie i w sposób niezbędny do zapewnienia kontynuacji leczenia;
    3) Lek wymaga recepty wystawionej przez Lekarza na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej;
    4) Lek jest zalecony przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą jako niezbędny do kontynuacji leczenia;
    5) Lek jest podawany w następstwie Pobytu w szpitalu trwającego co najmniej 3 dni;
    6) każda recepta nie przekracza dawki przeznaczonej do spożycia przez okres dłuższy niż 2 miesiące;
    7) wszystkie recepty zostały wystawione przed końcem Okresu realizacji świadczenia.
23. Towarzystwo zwróci Osobie uprawnionej do świadczenia koszty, o których mowa w ust. 22, po otrzymaniu stosownej recepty oraz dowodu zakupu, pod warunkiem, że zostaną one przedłożone Towarzystwu przed upływem 180 dni od daty poniesienia wydatku.
24. Towarzystwo pokryje także koszty Leków zakupionych poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
    1) zalecany Lek nie jest licencjonowany lub zatwierdzony na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, zgodnie z ust. 22 pkt 1, albo nie jest możliwy do nabycia lub nie jest dostępny na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, zgodnie z ust. 22 pkt 2;
    2) spełnione zostały warunki, o których mowa w ust. 22 pkt 4-7;
    3) zakup Leku został zatwierdzony przez Towarzystwo.
25. W przypadku, o którym mowa w ust. 24, Towarzystwo zorganizuje podróż i zakwaterowanie dla Osoby uprawnionej do świadczenia i wyznaczonej Osoby towarzyszącej, niezbędne w celu zakupu Leków, na warunkach opisanych w ust. 10-12.

Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą

26. Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą obejmuje, wynikające z zaleceń Lekarza prowadzącego leczenie za granicą, badania diagnostyczne, profilaktyczne lub przesiewowe oraz konsultacje lekarskie z nimi związane, realizowane wyłącznie w rekomendowanych lub zaakceptowanych przez Towarzystwo Szpitalach:
    1) na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, pod warunkiem, że badania te są dostępne na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej w czasie i w sposób niezbędny do kontynuowania kontroli stanu zdrowia lub
    2) poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.
27. Badania i konsultacje, o których mowa w ust. 26 pkt 1, są organizowane i opłacane przez Osobę uprawnioną do świadczenia. W takim przypadku Towarzystwo zwróci Osobie uprawnionej do świadczenia poniesione koszty, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
    1) Osoba uprawniona do świadczenia przedstawiła dowód zapłaty za te usługi przed upływem 180 dni od daty poniesienia kosztów;
    2) dowód zapłaty został wystawiony w trakcie trwania Okresu realizacji świadczenia;
    3) koszty kontroli stanu zdrowia nie zostały sfinansowane przez NFZ.
28. Badania i konsultacje, o których mowa w ust. 26 pkt 2, są organizowane i opłacane przez Towarzystwo, zgodnie z zasadami opisanymi w części „Leczenie i opieka medyczna za granicą". W takim przypadku usługi te będą świadczone przez Lekarza, który prowadził leczenie za granicą lub jego zespół medyczny.
29. Jeżeli w związku ze zmianą stanu zdrowia Osoby uprawnionej do świadczenia Lekarze odpowiedzialni za organizację kontroli stanu zdrowia na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej wydadzą inne wytyczne dotyczące leczenia niż ustalone przez Lekarza prowadzącego leczenie za granicą, wówczas Towarzystwo przekaże je do zatwierdzenia Lekarzowi prowadzącemu leczenie za granicą. Zwrot wydatków poniesionych w ramach nowych wytycznych będzie możliwy wyłącznie, gdy Lekarz prowadzący leczenie za granicą je zatwierdzi.

Medycyna precyzyjna

30. Świadczenia z zakresu Medycyny precyzyjnej, określone w § 5 ust. 2, są realizowane, jeżeli łącznie zostały spełnione poniższe warunki:
    1) Osoba uprawniona do świadczenia jest w trakcie terapii przeciwnowotworowej lub otrzymała zalecenie natychmiastowego rozpoczęcia leczenia onkologicznego;
    2) diagnoza potwierdza wystąpienie Szczególnej postaci nowotworu złośliwego;
    3) materiał do testów jest dostępny w formie próbki z biopsji, która spełnia kryteria wyznaczone przez laboratorium i umożliwia mu prawidłowe przeprowadzenie testów (jeśli próbka nie zawiera wystarczającej liczby komórek nowotworu, w uzasadnionych medycznie przypadkach, możliwe jest wykorzystanie płynnej biopsji – próbki krwi);
    4) Osoba uprawniona do świadczenia wyraziła wolę skorzystania z Medycyny precyzyjnej.
31. W przypadku, gdy diagnoza Nowotworu złośliwego nie kwalifikowała Osoby uprawnionej do świadczenia do skorzystania ze świadczenia Medycyny precyzyjnej, a w późniejszym czasie nastąpi rozwój Nowotworu złośliwego do stadium III lub IV albo Leczenie pierwszej linii okaże się nieskuteczne, wówczas Osoba uprawniona do świadczenia zyskuje prawo do skorzystania z Medycyny precyzyjnej.

Profilowanie molekularne w ramach Medycyny precyzyjnej

32. W ramach profilowania molekularnego Towarzystwo:
    1) informuje Osobę uprawnioną do świadczenia o zakresie informacji medycznych niezbędnych do przygotowania Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej (m.in. o diagnozie, dostępności i miejscu przechowywania próbki, przebiegu dotychczasowego leczenia), a także sporządza listę brakujących dokumentów oraz przekazuje dalszy plan działania;
    2) organizuje odbiór próbki oraz dostarczenie jej do laboratorium;
    3) zleca przeprowadzenie testu profilowania molekularnego (jeśli leczenie onkologiczne rozpoczęło się przed wykonaniem badania mutacji nabytych (somatycznych) Osoba uprawniona do świadczenia nie powinna przerywać leczenia w oczekiwaniu na wyniki testu);
    4) przygotowuje, za pośrednictwem Zespołu lekarsko-eksperckiego, w ciągu 10 Dni roboczych od daty otrzymania wyników profilowania molekularnego, Raport ekspercki medycyny precyzyjnej obejmujący:

a. kliniczne podsumowanie stanu zdrowia Osoby uprawnionej do świadczenia;
b. wnioski z profilowania molekularnego;
c. zalecenia Zespołu lekarsko-eksperckiego dotyczące leczenia o najwyższym potencjale klinicznym;
d. ocenę oporności lub toksyczności pewnych metod terapeutycznych, które mogą mieć wpływ na dalsze rekomendacje terapeutyczne;
e. informacje o dostępności Badań klinicznych (o ile mają zastosowanie);
f. wnioski dotyczące możliwych mutacji i nowotworów dziedziczonych (jeśli ma zastosowanie). Jeżeli Raport ekspercki medycyny precyzyjnej zidentyfikuje u Osoby uprawnionej do świadczenia potencjalne dziedziczone mutacje genów, Towarzystwo zaoferuje jej również testy mutacji germinalnych (dziedzicznych);

5) kontaktuje się z Osobą uprawnioną do świadczenia w celu pełnego omówienia i wyjaśnienia wyników Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej. Za zgodą Osoby uprawnionej do świadczenia lekarz onkolog prowadzący leczenie może wziąć udział w konsultacji specjalistycznej z członkiem Zespołu lekarsko-eksperckiego, który brał udział w przygotowaniu Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej.

33. Dla każdej unikalnej diagnozy Nowotworu złośliwego wykonywany jest jeden zestaw badań mutacji nabytych (somatycznych) i powiązane z nim opracowanie przypadku (jeden Raport ekspercki medycyny precyzyjnej). Unikalna diagnoza Nowotworu złośliwego odnosi się do określonego kodu przypisanego do danego nowotworu zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 /11.

Przegląd Badań klinicznych w ramach Medycyny precyzyjnej

34. W przypadku gdy Osobie uprawnionej do świadczenia zalecono w Raporcie eksperckim medycyny precyzyjnej, aby zbadał możliwość uzyskania dostępu do określonego leczenia za pośrednictwem Badania klinicznego, a Osoba uprawniona do świadczenia chce skorzystać z tej możliwości, Towarzystwo, w ramach przeglądu Badań klinicznych, zapewnia:
1) informacje na temat Badań klinicznych;
2) przeszukanie baz danych Badań klinicznych;
3) kontakt z ośrodkami prowadzącymi odpowiednie Badania kliniczne na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, a w razie potrzeby, kontakt z ośrodkami prowadzącymi odpowiednie Badania kliniczne poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej;
4) pomoc w interpretacji kryteriów udziału w Badaniu klinicznym;
5) dostarczenie raportu na temat najbardziej odpowiednich dla Osoby uprawnionej do świadczenia Badań klinicznych w ciągu 30 dni od daty złożenia wniosku przez tę osobę.

35. Towarzystwo nie może zagwarantować dopasowania wyszukanego Badania klinicznego do Osoby uprawnionej do świadczenia.
36. Jeśli wyszukanie Badań klinicznych nie zakończy się pomyślnym dopasowaniem lub Osoba uprawniona do świadczenia nie zdecyduje się dołączyć do żadnego ze znalezionych Badań klinicznych, na wniosek Osoby uprawnionej do świadczenia, Towarzystwo przeprowadzi drugie i ostateczne przeszukanie. Ponowne wyszukiwanie Badań klinicznych może wymagać powtórzenia części lub całości procesu rekrutacji, np. zebrania zaktualizowanej dokumentacji medycznej.
37. Po otrzymaniu od Osoby uprawnionej do świadczenia potwierdzenia zamiaru przystąpienia do któregokolwiek z wyszukanych Badań klinicznych, Towarzystwo zapewni następujące wsparcie:
1) pomoc administracyjną przy wypełnianiu wniosku rejestracyjnego, w tym potrzebne tłumaczenia;
2) informacje logistyczne dotyczące organizacji podróży i zakwaterowania, w zależności od lokalizacji Badania klinicznego;
3) pokrycie kosztów podróży i zakwaterowania, zgodnie z ust. 10 i 12, oraz wypłatę świadczenia dziennego, zgodnie z ust. 16 i 17.
38. Decyzję o przyjęciu Osoby uprawnionej do świadczenia do Badania klinicznego podejmuje jego organizator.

Testy genetyczne dla rodziny w ramach Medycyny precyzyjnej

39. W przypadku gdy w Raporcie eksperckim medycyny precyzyjnej zidentyfikowano potencjalnie dziedziczne mutacje genów, Towarzystwo, w ramach Testów genetycznych dla rodziny, zapewnia:
1) organizację i pokrycie kosztów wykonania badania mutacji dziedzicznych (germinalnych) Osoby uprawnionej do świadczenia;
2) jeśli wynik Testu genetycznego Osoby uprawnionej do świadczenia jest dodatni – organizację i pokrycie kosztów wykonania badania mutacji dziedzicznych (germinalnych) członkom rodziny Osoby uprawnionej do świadczenia, w celu ustalenia obecności mutacji genów u tych osób, pod warunkiem, że wyrazili oni na to zgodę;
3) dostarczenie członkom rodziny Osoby uprawnionej do świadczenia wyników Testu genetycznego;
4) w przypadku pozytywnego wyniku Testu genetycznego członka rodziny – wirtualną rozmowę specjalisty z zakresu genetyki z członkiem rodziny Osoby uprawnionej do świadczenia w celu omówienia wyników tego testu.

40. Członkowie rodziny Osoby uprawnionej do świadczenia, którzy mogą zostać poddani Testom genetycznym, to: biologiczne rodzeństwo i biologiczne dzieci Osoby uprawnionej do świadczenia, które mogą zachorować na nowotwór zdiagnozowany u Osoby uprawnionej do świadczenia. Ostateczna decyzja o wyborze członków rodziny, którzy zostaną poddani Testowi genetycznemu, zostanie podjęta wyłącznie na podstawie zasadności klinicznej (przesłanek medycznych i naukowych).

Pokrycie kosztów medycznych wynikających z zaleceń Medycyny precyzyjnej

41. Usługa Medycyny precyzyjnej skutkuje szeregiem zaleceń dotyczących możliwych rekomendacji klinicznych opracowanych w ramach Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej i/lub wyników przeglądu Badań klinicznych, które, w oparciu o ich medyczny charakter, można podzielić na trzy grupy:
1) protokoły leczenia zgodne ze wskazaniami rejestracyjnymi leków („on-label”);
2) protokoły leczenia poza wskazaniami rejestracyjnymi leków („off-label”);
3) Badania kliniczne.

42. Terapiom, wymienionym w ust. 41 odpowiada poniższy zakres świadczeń:
1) w ramach protokołów leczenia zgodnych ze wskazaniami rejestracyjnymi leków („on-label”):
a. sporządzenie rekomendacji w formie protokołu, który obejmuje leczenie onkologiczne zgodnie z zakresem, dawką i zaleceniami dotyczącymi metody przyjmowania leku, zaakceptowanymi we wskazaniach rejestracyjnych wydanych przez odpowiedni do tego organ;
b. opieka medyczna za granicą obejmująca świadczenia określone w części „Leczenie i opieka medyczna za granicą”, z uwzględnieniem § 16;

2) w ramach protokołów leczenia poza wskazaniami rejestracyjnymi leków („off-label”):
   a. sporządzenie rekomendacji w formie protokołu, obejmującego terapie nowotworowe, które nie spełniają wskazań rejestracyjnych wydanych przez odpowiedni do tego organ. Odstępstwo może dotyczyć wskazania do leczenia innego Nowotworu złośliwego, stosowania innej dawki lub zaleceń dotyczących metody przyjmowania leku;
   b. opieka medyczna za granicą obejmująca świadczenia określone w części „Leczenie i opieka medyczna za granicą”, z uwzględnieniem § 16;
   c. Wstępny certyfikat medyczny obejmujący leczenie onkologiczne poza wskazaniami rejestracyjnymi w wybranym Szpitalu zagranicznym, który oferuje świadczenia wymienione w Raporcie eksperckim medycyny precyzyjnej;
3) w ramach Badań klinicznych:
   a. sporządzenie Raportu eksperckiego medycyny precyzyjnej z rekomendacją do Badania klinicznego oraz sporządzenie raportu z Badań klinicznych z propozycją odpowiedniego dla Osoby uprawnionej do świadczenia Badania klinicznego;
   b. pokrycie kosztów wymienionych w tabeli nr 1.

Tabela nr 1

Rodzaj kosztów	Zakres pokrywanych kosztów	
	Badania kliniczne na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, jeśli są przeprowadzane w odległości powyżej 100 km od miejsca zamieszkania Osoby uprawnionej do świadczenia	**Badania kliniczne poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej**
Koszty medyczne	Nie dotyczy.	Koszty leczenia w ramach Medycyny precyzyjnej, zgodne ze standardem opieki medycznej, określonym w ust. 13-19, 22-29 oraz 44, pod warunkiem, że: a. leczenie jest przeprowadzane w tym samym Szpitalu, w którym jest przeprowadzane Badanie kliniczne oraz b. koszty te nie są finansowane przez organizatora Badania klinicznego.
Koszty podróży i zakwaterowania Osoby uprawnionej do świadczenia oraz Osoby towarzyszącej	Zgodnie z zakresem określonym w ust. 10-12 obejmującym podróż w klasie ekonomicznej i rezerwację pokoju dwuosobowego ze śniadaniem w trzy- lub czterogwiazdkowym hotelu znajdującym się w odległości nie większej niż 10 km od miejsca przeprowadzania Badań klinicznych (Osoba uprawniona do świadczenia nie może podwyższyć standardu hotelu).	
Koszty transportu zwłok	W przypadku śmierci Osoby uprawnionej do świadczenia w trakcie udziału w Badaniach klinicznych, świadczenie realizowane zgodnie z zasadami określonymi w ust. 20 i 21.	
Dzienne świadczenie dla Badań klinicznych Osoby uprawnionej do świadczenia	100 EUR za każdy dzień udziału w Badaniach klinicznych, tzn. dzień przyjmowania badanego leku lub dzień badań w Szpitalu. Dzienne świadczenie wypłacane jest w ciągu 14 dni po zakończonym udziale w Badaniach klinicznych lub po każdym zakończonym 7-dniowym udziale w Badaniach klinicznych.	100 EUR za każdy dzień udziału w Badaniach klinicznych, tzn. dzień przyjmowania badanego leku lub dzień badań w Szpitalu. Dzienne świadczenie wypłacane jest w ciągu 14 dni po zakończonym udziale w Badaniach klinicznych lub po każdym zakończonym 7-dniowym udziale w Badaniach klinicznych. Jeśli za ten sam okres należne jest dzienne świadczenie za Pobyt w szpitalu i dzienne świadczenie dla Badań klinicznych, wypłacone zostanie tylko dzienne świadczenie za Pobyt w szpitalu.

43. Organizator Badań klinicznych wskazuje Osobie uprawnionej do świadczenia zakres kosztów medycznych, które zostaną pokryte przez niego w ramach Badania klinicznego.
44. Badania kliniczne zazwyczaj odbywają się w połączeniu lub równolegle z aktualnie przyjętym Standardem leczenia danej diagnozy nowotworu (zgodnie ze „standardem opieki medycznej”). Jeżeli organizator Badania klinicznego nie pokryje kosztów leczenia, zgodnie z aktualnie przyjętym Standardem leczenia danej diagnozy nowotworu, zostaną one pokryte przez Towarzystwo w zakresie określonym w Tabeli nr 1.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 8

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
   1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
   2) od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 18 lat i nie ukończył 65 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
5. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.

6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i 4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
7. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 8 i 9.
8. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
9. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne roczne okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
10. Pozostałe zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 9

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 10, z zastrzeżeniem ust. 4 oraz § 19 ust. 5.
4. Zakończenie Okresu realizacji świadczenia w ramach wszystkich Modułów ochrony dla danej Osoby uprawnionej do świadczenia, skutkuje wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do tej osoby.
5. Ubezpieczony nie może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej oraz z tytułu:
   1) Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego;
   2) Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego i jego Dzieci;
   3) Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą z Medycyną precyzyjną dla Ubezpieczonego.
6. Dziecko może skorzystać ze świadczeń wyłącznie w ramach jednej Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą dla Ubezpieczonego i jego Dzieci. Jeżeli Dziecko jest objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej oraz innej umowy dodatkowej dotyczącej leczenia za granicą, to świadczenia będą realizowane jedynie w ramach tej umowy dodatkowej, która została zawarta jako pierwsza.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 10

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
   1) rozwiązania Umowy głównej;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 85 lat;
   3) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   5) zawieszenia opłacania Składek regularnych, jeżeli podczas tego zawieszenia ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie jest kontynuowana na zasadach określonych w OWU w części „Zawieszenie opłacania Składek regularnych".
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem zapisów dotyczących odstąpienia od Umowy głównej w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o którym mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej".

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 11

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest stała i wynosi 2 000 000 EUR (dwa miliony euro) odrębnie dla Ubezpieczonego i każdego jego Dziecka.
2. Ubezpieczający lub Ubezpieczony mogą sprawdzić aktualny stopień wykorzystania Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej kontaktując się z Towarzystwem.

§ 12

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składek oraz Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 17 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 13

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 12 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 14 OWU.

§ 14

1. Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 12 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 15

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej nie podlega indeksacji.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 16

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego stanu chorobowego, w tym Szczególnej postaci nowotworu złośliwego, jeżeli był on konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Osoby uprawnionej do świadczenia w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) ruchów sejsmicznych, powodzi, wybuchów wulkanów, a także bezpośrednich lub pośrednich skutków skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego, napromieniowania, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową i wszelkich innych nadzwyczajnych lub katastrofalnych zjawisk, a także oficjalnie ogłoszonych epidemii;
   3) zaburzeń poznawczych, demencji lub upośledzenia umysłowego Osoby uprawnionej do świadczenia, niezależnie od stanu ich zaawansowania;
   4) uzależnienia od narkotyków i/lub nadużywania alkoholu potwierdzonego w dokumentacji medycznej i/lub stosowania środków psychoaktywnych, odurzających lub halucynogennych;
   5) pozostawania przez Osobę uprawnioną do świadczenia pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Osobę uprawnioną do świadczenia, próby samobójczej Osoby uprawnionej do świadczenia, świadomego samookaleczenia Osoby uprawnionej do świadczenia lub okaleczenia Osoby uprawnionej do świadczenia na jej prośbę, niezależnie od stanu jej poczytalności;

   a także, jeżeli Poważny stan chorobowy:
   6) został zdiagnozowany lub był leczony u Osoby uprawnionej do świadczenia przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
   7) był następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
      a. zdiagnozowanych u Osoby uprawnionej do świadczenia lub
      b. leczonych u Osoby uprawnionej do świadczenia, lub
      c. których leczenie zalecono u Osoby uprawnionej do świadczenia,

      w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń Ubezpieczonego, o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli w Dniu wystąpienia Poważnego stanu chorobowego Osoba uprawniona do świadczenia nie miała miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej albo miała miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, ale w ciągu 12 miesięcy przed wystąpieniem Poważnego stanu chorobowego, w tym Szczególnej postaci nowotworu złośliwego, przebywała poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej przez okres dłuższy niż 183 dni kalendarzowe.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, nie zrealizuje świadczenia i nie pokrywa kosztów powstałych w związku z:
   1) niezastosowaniem się przez Osobę uprawnioną do świadczenia do zaleceń Lekarza prowadzącego leczenie za granicą lub do określonego planu leczenia;
   2) odmową poddania się przez Osobę uprawnioną do świadczenia leczeniu, dodatkowym analizom lub badaniom diagnostycznym koniecznym w celu określenia ostatecznej diagnozy lub planu leczenia;
   3) leczeniem innymi metodami, jeśli zalecanym przez Lekarza konsultanta sposobem leczenia jest Przeszczep narządu lub Przeszczep szpiku kostnego w ramach Modułu ochrony IV;
   4) leczeniem, które nie spełnia definicji Leczenia niezbędnego z medycznego punktu widzenia;
   5) leczeniem nowotworów związanych z AIDS i infekcją wirusem HIV;
   6) leczeniem nowotworu skóry, który nie jest czerniakiem złośliwym i nie został sklasyfikowany histopatologicznie, histologicznie jako powodujący inwazję/naciekanie poza naskórek (zewnętrzną warstwę skóry);
   7) leczeniem z zastosowaniem innej techniki niż pomostowanie (by-pass) tętnic wieńcowych;
   8) przeszczepieniem narządów od żywego Dawcy, w przypadku gdy:
      a. konieczność przeprowadzenia przeszczepu wątroby wynika ze skutków alkoholowej choroby wątroby;
      b. wykonanie przeszczepu wymaga leczenia komórkami macierzystymi;
      c. narząd do przeszczepu został zakupiony od Dawcy;
      d. Osoba uprawniona do świadczenia jest Dawcą dla osoby trzeciej;
      e. Przeszczep narządów lub Przeszczep szpiku kostnego wykonywany jest z wykorzystaniem przeszczepu krwiopochodnych komórek macierzystych z krwi pępowinowej;
   9) Postępowaniem profilaktycznym;
   10) Leczeniem alternatywnym;
   11) Leczeniem eksperymentalnym nawet, jeśli zaleca je Lekarz prowadzący leczenie za granicą, z wyjątkiem Leczenia off-label oraz Badań klinicznych realizowanych zgodnie z § 7 ust. 42 pkt. 3;
   12) leczeniem z wykorzystaniem Terapii genowej, Terapii komórkami somatycznymi, Inżynierii tkankowej;
   13) leczeniem z wykorzystaniem Terapii limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T-cell therapy), chyba, że terapia ta została zalecona w Raporcie eksperckim medycyny precyzyjnej oraz spełnia definicję Zaaprobowanego protokołu terapii CAR-T.

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów związanych ze stosowaniem Leków po powrocie z leczenia za granicą w zakresie:
   1) wszelkich kosztów finansowanych przez NFZ lub inną umowę ubezpieczenia, w ramach której Osoba uprawniona do świadczenia jest objęta ochroną;
   2) kosztów podania Leku;
   3) kosztów zakupu Leków poniesionych poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, chyba, że zakup ten został zatwierdzony przez Towarzystwo;
   4) kosztów zakupu Leków na podstawie dowodów zakupu przedłożonych Towarzystwu po upływie 180 dni od daty poniesienia wydatku.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów związanych z kontrolą stanu zdrowia po leczeniu za granicą w zakresie:
   1) wszelkich kosztów finansowanych przez NFZ lub inną umowę ubezpieczenia, w ramach której Osoba uprawniona do świadczenia jest objęta ochroną;
   2) wydatków poniesionych w innym Szpitalu niż zatwierdzony przez Towarzystwo;
   3) kosztów zakupu Leków na podstawie dowodów zakupu przedłożonych Towarzystwu po upływie 180 dni od daty poniesienia wydatku.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa następujących kosztów związanych z Medycyną precyzyjną:
   1) wykonania biopsji w celu pobrania lub usunięcia tkanki lub płynu, który będzie źródłem próbki niezbędnej do testu profilowania molekularnego, z wyjątkiem pobrania krwi do płynnej biopsji, zgodnie z § 7 ust. 30 pkt 3;
   2) kosztów medycznych (leczenia) – w przypadku, gdy Osoba uprawniona do świadczenia weźmie udział w Badaniu klinicznym na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej;
   3) kosztów leku stanowiącego przedmiot Badania klinicznego, jego podania oraz kosztów bieżącego monitorowania stanu zdrowia Osoby uprawnionej do świadczenia, a także leczenia jakichkolwiek niezamierzonych skutków ubocznych lub powikłań medycznych spowodowanych przez leki przeciwnowotworowe będące przedmiotem Badania klinicznego – w przypadku, gdy Osoba uprawniona do świadczenia weźmie udział w Badaniu klinicznym na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej lub poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej;
   4) kosztów podróży lub zakwaterowania poniesionych przez Osobę uprawnioną do świadczenia lub członków jej rodziny w związku ze stawieniem się na zaplanowane wizyty w celu pobrania lub ekstrakcji próbki do badań;
   5) opłat administracyjnych lub innych kosztów związanych z przystąpieniem do Badania klinicznego.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów związanych z:
   1) leczeniem chorób oraz wykonywaniem procedur medycznych nieobjętych zakresem ubezpieczenia;
   2) procedurami diagnostycznymi, leczeniem, usługami, świadczeniami lub zaleceniami lekarskimi dowolnego rodzaju, poniesionymi na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, z wyjątkiem: wydatków na Leki pokrywane po leczeniu za granicą, kosztów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą oraz leczenia zorganizowanego na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej zgodnie z § 7 ust. 14 (Siła wyższa);
   3) leczeniem w innym Szpitalu zagranicznym niż wskazany we Wstępnym certyfikacie medycznym;
   4) leczeniem powikłań lub skutków ubocznych procedur medycznych zastosowanych podczas leczenia za granicą, innych niż te, które:
      a. wymagają natychmiastowej pomocy medycznej w Szpitalu zagranicznym oraz
      b. są niezbędne, żeby Osoba uprawniona do świadczenia mogła zostać uznana za zdolną do podróży powrotnej do Rzeczpospolitej Polskiej po zakończeniu leczenia za granicą;
   5) leczeniem długotrwałych skutków ubocznych, łagodzeniem przewlekłych objawów lub rehabilitacją (w tym fizjoterapią, rehabilitacją ruchową oraz terapią logopedyczną);
   6) leczeniem lub pobytem w szpitalach uzdrowiskowych (sanatoryjnych), szpitalach rehabilitacyjnych, sanatoriach i uzdrowiskach, ośrodkach pomocy społecznej, domach opieki, ośrodkach leczenia uzależnień, hospicjach, ośrodkach opieki domowej, nawet jeśli takie leczenie lub usługi są zalecane lub konieczne w ramach leczenia Poważnego stanu chorobowego;
   7) leczeniem zmian otępiennych, które wywołuje starość, lub leczeniem wszelkiego rodzaju zaburzeń poznawczych, niezależnie od ich przyczyny;
   8) dodatkowymi posiłkami, poza śniadaniami hotelowymi zapewnionymi w ramach pobytu w hotelu, oraz wszelkimi innymi dodatkowymi kosztami pobytu w hotelu;
   9) przejazdami z hotelu do Szpitala lub do Lekarza prowadzącego leczenie za granicą;
   10) rozmowami telefonicznymi Osoby uprawnionej do świadczenia, Dawcy oraz Osoby towarzyszącej;
   11) usługami świadczonymi Osobie towarzyszącej, z wyjątkiem kosztów objętych ubezpieczeniem w ramach organizacji i pokrycia kosztów podróży, transportu i zakwaterowania;
   12) zakwaterowaniem i transportem organizowanymi przez Osobę uprawnioną do świadczenia we własnym zakresie bądź przez osobę trzecią w imieniu Osoby uprawnionej do świadczenia;
   13) wydatkami poniesionymi przed datą wystawienia Wstępnego certyfikatu medycznego;
   14) wydatkami poniesionymi po zakończeniu Okresu realizacji świadczenia, z zastrzeżeniem § 6 ust. 5;
   15) wydatkami medycznymi, które przekraczają zwyczajowe stawki zgodne ze standardem rynkowym, stosowane w przypadku zwrotu kosztów Osobie uprawnionej do świadczenia w ramach świadczeń dotyczących kontroli stanu zdrowia oraz kosztów Leków po leczeniu za granicą;
   16) zakupem leków lub kosztem leków podanych Osobie uprawnionej do świadczenia po powrocie do Rzeczpospolitej Polskiej, które są dostępne bez recepty lub zostały w całości sfinansowane przez NFZ.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności i nie pokrywa kosztów powstałych w związku z zakupem lub wynajmem:
   1) sztucznych narządów lub organów albo urządzeń, które zastępują całość albo część narządu lub całość albo część funkcji tego narządu (protez), z wyjątkiem protez piersi po mastektomii i protez zastawek serca wstawianych w wyniku wykonania procedur medycznych zorganizowanych w ramach leczenia za granicą;
   2) przyrządów ortopedycznych, obuwia ortopedycznego, gorsetów, kul;
   3) okularów korekcyjnych, szkieł kontaktowych, protez zębowych, peruk;
   4) wózków inwalidzkich, specjalnych łóżek, urządzeń klimatyzacyjnych i oczyszczaczy powietrza.
9. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za:
   1) medyczną poprawność Drugiej opinii medycznej oraz za skutki działań lub zaniechań na podstawie informacji zawartych w tej opinii;
   2) skutki wdrożenia planu leczenia oraz leczenia za granicą, w tym ich skuteczność;
   3) skutki wdrożenia planów kontroli stanu zdrowia po leczeniu za granicą, w tym ich skuteczność.
10. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie zrealizuje świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo realizacja świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo 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 Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać zrealizowane świadczenie.

§ 17

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność tylko wówczas, gdy Poważny stan chorobowy, w tym Szczególna postać nowotworu złośliwego, był skutkiem Nieszczęśliwego wypadku.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejne okresy ubezpieczenia.
3. W przypadku gdy Osoba uprawniona do świadczenia była wcześniej objęta przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek leczenia za granicą, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wcześniej zawartej Umowy dodatkowej, pod warunkiem, że ochrona z tytułu tej Umowy dodatkowej zakończyła się nie wcześniej niż 30 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tych świadczeń i usług, które stanowią rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do wcześniej zawartej Umowy dodatkowej.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 18

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w § 8 ust. 3 i 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 8 ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy dodatkowej podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 19

1. Usługi i świadczenia, o których mowa w § 7, realizowane są z uwzględnieniem limitów kwotowych określonych w Tabeli nr 2.

Tabela nr 2

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej (łączny limit odpowiedzialności za wszystkie świadczenia i usługi z tytułu Umowy dodatkowej)	2 000 000 EUR
Świadczenia z tytułu leczenia za granicą	**Wysokość limitu dla jednej Osoby uprawnionej do świadczenia**
1) Koszty podróży i zakwaterowania	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
2) Leczenie i opieka medyczna za granicą	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
a. Koszty Leków po leczeniu za granicą	50 000 EUR w całym okresie obowiązywania Umowy dodatkowej
b. Dzienne świadczenie za Pobyt w szpitalu	100 EUR ograniczone do 60 dni na każdy Moduł ochrony
3) Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
Świadczenia z tytułu Medycyny precyzyjnej	**Wysokość limitu dla jednej Osoby uprawnionej do świadczenia**
1) Koszty podróży i zakwaterowania	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
2) Leczenie w ramach Medycyny precyzyjnej	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
a. Koszty Leków po leczeniu za granicą	50 000 EUR w całym okresie obowiązywania Umowy dodatkowej
b. Dzienne świadczenie za Pobyt w szpitalu	100 EUR ograniczone do 60 dni
3) Dzienne świadczenie dla Badań klinicznych	100 EUR ograniczone do 60 dni
4) Kontrola stanu zdrowia po leczeniu za granicą	Do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

2. Każdy koszt związany z organizacją i realizacją usług i świadczeń, o których mowa w § 7, pokrywany jest przez Towarzystwo i pomniejsza Sumę ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz limity w ramach poszczególnych usług i świadczeń wyrażone są w euro. W przypadku gdy koszty ponoszone są w innej walucie, wówczas Towarzystwo przelicza je na euro po kursie Narodowego Banku Polskiego, obowiązującym w dniu poniesienia wydatku.
4. Suma zrealizowanych świadczeń dla jednej Osoby uprawnionej do świadczenia, bez względu na liczbę występujących rodzajów Poważnych stanów chorobowych, nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W przypadku gdy kwota świadczeń z tytułu Poważnych stanów chorobowych przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma zrealizowanych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
5. Realizacja świadczeń w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla danej Osoby uprawnionej do świadczenia skutkuje wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do tej osoby.

Realizacja świadczenia

§ 20

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o realizację świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
   1) wniosek o realizację świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego stanu chorobowego.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. W celu realizacji świadczenia Osoba uprawniona do świadczenia może zarejestrować się w Portalu Leczenie za granicą, do którego login i instrukcję logowania otrzyma od Towarzystwa na podany przez nią adres e-mail.
5. Towarzystwo zobowiązane jest do realizacji świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
6. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest zrealizować w terminie przewidzianym w ust. 5.

Postanowienia końcowe

§ 21

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Poważnego zachorowania Ubezpieczonego
(kod RPFL1_DD3_DD4_09.2025) dalej „OWUD”,
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 5; § 18 ust. 1-3	§ 15; 16 ust. 1 i 4; § 17; § 18 ust. 4-6

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO (KOD RPFL1_DD3_DD4_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego zachorowania Ubezpieczonego (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Poważne zachorowanie Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
2) **Poważne zachorowanie** – jednostka chorobowa lub zabieg operacyjny zdefiniowane w § 3;
3) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Poważnego zachorowania Ubezpieczonego;
4) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Poważnego zachorowania Ubezpieczonego;
5) **Wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
   a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
   b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,

   w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Poważnego zachorowania;
6) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy dodatkowej, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy dodatkowej, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy dodatkowej do daty, w której Wiek jest obliczany;
7) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu polegające na:
   a. regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach przynależności do klubów sportowych, stowarzyszeń sportowych, związków i organizacji sportowych lub
   b. udziale w zawodach sportowych, imprezach sportowych, obozach szkoleniowo-sportowych lub kondycyjnych.

   Wyczynowym uprawianiem sportu, w rozumieniu niniejszych OWUD, nie jest uprawianie lekkoatletyki i pływania oraz udział w szkolnych zawodach sportowych.

§ 3

Poważne zachorowania, o których mowa w niniejszych OWUD, otrzymują następujące definicje:

1) **Anemia aplastyczna** – przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego, powodujące niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z poniżej wymienionych sposobów:
   a. przetaczanie preparatów krwiopochodnych;
   b. podawanie preparatów stymulujących szpik kostny;
   c. podawanie preparatów immunosupresyjnych;
   d. przeszczepienie szpiku kostnego.

   Rozpoznanie musi być oparte na wyniku badania histopatologicznego szpiku kostnego (trepanobiopsja) i potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii;
2) **Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – ostre zakażenie bakteryjne ośrodkowego układu nerwowego, powodujące zaburzenia jego funkcji. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego, wskazującym na obecność infekcji bakteryjnej oraz powstaniem trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przez co najmniej 3 miesiące od zachorowania;
3) **Choroba Alzheimera** – ograniczenie lub utrata zdolności intelektualnych, polegająca na znaczącym upośledzeniu funkcji poznawczych, spowodowana nieodwracalnym zaburzeniem czynności mózgu, potwierdzona testami klinicznymi i kwestionariuszami odpowiednimi do diagnostyki choroby Alzheimera. Rozpoznanie musi być potwierdzone klinicznie przez specjalistę w zakresie neurologii, musi być także spełnione co najmniej jedno z poniższych kryteriów:
   a. w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego stwierdza się cechy uogólnionego zaniku kory mózgowej;
   b. ocena podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living") musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum trzech z listy sześciu podstawowych czynności życiowych w ciągu co najmniej 6 miesięcy:
      a) mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;
      b) zdolność do ubierania / rozbierania się;
      c) używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
      d) zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
      e) wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
      f) picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków.

   Definicja nie obejmuje demencji spowodowanej nadużywaniem alkoholu, substancji odurzających lub AIDS;
4) **Choroba Creutzfeldta-Jakoba** – zwyrodnieniowa choroba ośrodkowego układu nerwowego (gąbczaste zapalenie mózgu), rozpoznana klinicznie przez specjalistę w zakresie neurologii za życia Ubezpieczonego, prowadząca do demencji i wyrażająca się utratą możliwości wykonywania przez Ubezpieczonego minimum trzech z listy sześciu podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living"):
   a. mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;

b. zdolność do ubierania / rozbierania się;
c. używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
d. zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
e. wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
f. picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków.

Definicja nie obejmuje przypadków spowodowanych stosowaniem leków lub substancji toksycznych;

5) **Choroba Heinego – Medina (poliomyelitis)** – ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem polio przebiegająca z porażeniami mięśni kończyn i/lub uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez odpowiednie badania laboratoryjne. Konieczne jest utrzymywanie się objawów porażennych przez okres co najmniej 3 miesięcy. Definicja nie obejmuje przypadków zakażenia wirusem polio, przebiegających bez objawów ze strony układu mięśniowego i nerwowego;

6) **Choroba neuronu ruchowego** – choroba o nieznanej etiologii, charakteryzująca się postępującym zwyrodnieniem szlaków korowo-rdzeniowych, komórek przednich rdzenia i/lub neuronów opuszki. Definicja obejmuje następujące jednostki chorobowe:
a. rdzeniowy zanik mięśni (SMA);
b. postępujące porażenie opuszkowe (PBP);
c. stwardnienie zanikowe boczne (ALS);
d. pierwotne stwardnienie boczne (PLS).

Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii, konieczne jest wykluczenie innych jednostek chorobowych dających podobne objawy;

7) **Choroba Parkinsona** – powolnie postępująca zwyrodnieniowa choroba centralnego układu nerwowego, będąca następstwem zaniku komórek istoty czarnej śródmózgowia. Jednoznaczne rozpoznanie choroby Parkinsona musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie istnienia postępujących i trwałych ubytków neurologicznych, niemożliwych do skorygowania leczeniem farmakologicznym. Ponadto ocena podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living") musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum trzech z listy sześciu podstawowych czynności życiowych w ciągu co najmniej 6 miesięcy:
a. mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;
b. zdolność do ubierania / rozbierania się;
c. używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
d. zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
e. wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
f. picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków.

Definicja nie obejmuje przypadków spowodowanych stosowaniem leków lub substancji toksycznych;

8) **Ciężkie oparzenia** – uszkodzenie tkanek czynnikami termicznymi, elektrycznymi lub chemicznymi, powodujące oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20 % powierzchni ciała. Jako kryterium pomiaru przyjmuje się tabelę powierzchni ciała Lunda i Browdera;

9) **Dystrofia mięśniowa** – genetycznie uwarunkowana choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym, charakteryzująca się postępującym osłabieniem i zanikiem mięśni, bez objawów zajęcia układu nerwowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie badania elektromiograficznego (EMG) oraz biopsji mięśnia, a ocena podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living") musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum trzech z listy sześciu podstawowych czynności życiowych w ciągu co najmniej 6 miesięcy:
a. mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;
b. zdolność do ubierania / rozbierania się;
c. używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
d. zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
e. wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
f. picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków;

10) **Endarterektomia tętnicy szyjnej (CEA)** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony w celu usunięcia zwężenia lub niedrożności tętnicy szyjnej wspólnej lub tętnicy szyjnej wewnętrznej poprzez usunięcie blaszek miażdżycowych z wnętrza tętnicy. Definicja nie obejmuje zabiegów angioplastyki, jakichkolwiek innych zabiegów wykonywanych od strony światła naczynia ani zabiegów wykorzystujących techniki laserowe;

11) **Kardiomiopatia** – dysfunkcja mięśnia sercowego o różnej etiologii, prowadząca do jego nieodwracalnej niewydolności, spełniającej kryterium co najmniej III klasy wg NYHA (New York Heart Assotiation), utrzymującej się przez co najmniej 6 miesięcy mimo prowadzenia optymalnej terapii. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem echokardiograficznym. Definicja nie obejmuje przypadków uszkodzenia mięśnia serca spowodowanych nadużywaniem alkoholu (kardiomiopatia alkoholowa);

12) **Leczenie operacyjne choroby wieńcowej** – operacja chirurgiczna przeprowadzona przy otwartej klatce piersiowej, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wszczepienie pomostu omijającego. Definicja nie obejmuje angioplastyki wieńcowej, jakichkolwiek innych zabiegów wykonywanych od strony światła naczynia, ani zabiegów wykorzystujących techniki laserowe;

13) **Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy** – histologicznie łagodny guz nowotworowy mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych powodujący uszkodzenie tkanek, spełniający wszystkie poniższe warunki:
a. wymaga usunięcia chirurgicznego, a w przypadku jego nieoperacyjności powoduje trwały ubytek neurologiczny, istniejący stale przez co najmniej 3 miesiące (ataki padaczkowe nie są uważane za trwały ubytek neurologiczny w rozumieniu niniejszych OWUD);
b. jego istnienie zostało potwierdzone przez neurologa lub neurochirurga na podstawie stosownych badań obrazowych (magnetyczny rezonans jądrowy lub tomografia komputerowa).

Definicja nie obejmuje:
a. torbieli;
b. ziarniniaków;
c. malformacji naczyniowych;
d. krwiaków;
e. ropni;
f. guzów rdzenia kręgowego;
g. guzów przysadki mózgowej mniejszych niż 10 mm;

14) **Nieswoiste zapalenie jelita o ciężkim przebiegu** – zaostrzenie przewlekłego zapalenia jelita, przebiegające z wytworzeniem przetoki, rozdęciem, niedrożnością lub perforacją jelita i wymagające leczenia operacyjnego (całkowitego lub częściowego usunięcia jelita). Rozpoznanie

musi być poparte badaniem histopatologicznym, potwierdzającym istnienie choroby Leśniowskiego–Crohna lub wrzodziejącego zapalenia jelita grubego;

15) **Niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do stosowania u Ubezpieczonego przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki;

16) **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie zdrowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Definicja obejmuje także złośliwe nowotwory ośrodkowego układu nerwowego oraz krwi i narządów krwiotwórczych.
Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie Nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia poniższych trzech kryteriów:
   a. pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne;
   b. posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem;
   c. rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności.
   Definicja nie obejmuje:
   a. nowotworów łagodnych;
   b. zróżnicowanych raków tarczycy i prostaty o stopniu zaawansowania mniejszym niż II zgodnie z klasyfikacją AJCC;
   c. nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania większym niż IA zgodnie z klasyfikacją AJCC;
   d. nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania mniejszym niż IB w klasyfikacji AJCC;
   e. nowotworów rozpoznanych jedynie na podstawie płynnej biopsji (liquid biopsy);

17) **Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ)** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórek nowotworowych, nieprzekraczający błony podstawnej nabłonka, z którego się wywodzi i niepowodujący naciekania tkanek sąsiednich (stopień zaawansowania 0 zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC). Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Definicja obejmuje także zróżnicowane raki tarczycy o stopniu zaawansowania I, raki prostaty o stopniu zaawansowania I, czerniaka złośliwego o stopniu zaawansowania IA i nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania IA w klasyfikacji AJCC.
   Definicja nie obejmuje:
   a. nowotworów łagodnych;
   b. hiperkeratoz, dysplazji, stanów przedrakowych;
   c. nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania IA zgodnie z klasyfikacją AJCC;

18) **Operacja aorty** – torakotomia lub laparotomia przeprowadzona z powodu choroby aorty, wymagającej leczenia chirurgicznego i założenia protezy naczyniowej. Pod pojęciem aorta rozumie się odcinek piersiowy i brzuszny aorty, bez ich odgałęzień. Definicja nie obejmuje leczenia urazowych uszkodzeń aorty oraz zabiegów wykonywanych z dostępu wewnątrznaczyniowego;

19) **Operacja zastawek serca** – operacja na otwartym sercu, polegająca na przeszczepieniu, wszczepieniu lub naprawie jednej lub kilku zastawek serca. Definicja nie obejmuje zabiegów polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów wprowadzonych do naczyń krwionośnych oraz wymiany wszczepionej wcześniej zastawki. Zabieg musi wynikać ze wskazań klinicznych, potwierdzonych przez specjalistę w zakresie kardiologii, a uszkodzenie zastawek musi być potwierdzone badaniem naczyniowym lub echokardiograficznym;

20) **Paraliż** – całkowita utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn, spełniająca kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovetta, spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego, lub mózgu. Kończyna rozumiana jest jako anatomiczna całość: ramię, przedramię, dłoń w przypadku kończyny górnej i udo, podudzie, stopa w przypadku kończyny dolnej. Utrata funkcji musi być trwała, istnieć przez ponad 6 miesięcy od daty zdarzenia i być potwierdzona przez specjalistę w zakresie neurologii;

21) **Pierwotne nadciśnienie płucne** – pierwotna choroba naczyń tętniczych płuc, przebiegająca z istotnym poszerzeniem jamy prawej komory serca, skutkująca stałym i nieodwracalnym pogorszeniem wydolności fizycznej, spełniająca kryteria co najmniej III klasy wg NYHA (New York Heart Association), powodująca niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania swojej zwykłej aktywności zawodowej. Do potwierdzenia rozpoznania konieczne jest stwierdzenie podczas cewnikowania tętnicy płucnej istotnego wzrostu ciśnienia (średnio 30 mmHg lub powyżej). Definicja nie obejmuje nadciśnienia płucnego rozwijającego się wtórnie do istniejących schorzeń (wtórne nadciśnienie płucne);

22) **Piorunujące zapalenie wątroby** – masywna martwica komórek wątrobowych spowodowana zakażeniem wirusowym, powodująca szybko postępującą niewydolność wątroby. Konieczne jest potwierdzenie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zakażeniem wirusowym a niewydolnością wątroby oraz spełnienie wszystkich poniższych warunków:
   a. szybkie zmniejszanie się wielkości wątroby;
   b. martwica obejmująca całe zraziki wątrobowe;
   c. szybkie pogarszanie się wskaźników funkcji wątroby;
   d. narastanie żółtaczki.
   Definicja nie obejmuje przypadków niewydolności wątroby związanych z nadużywaniem alkoholu, leków lub innych substancji chemicznych;

23) **Postępująca twardzina układowa (scleroderma)** – ogólnoukładowa choroba tkanki łącznej i naczyń, powodująca włóknienie w obrębie skóry, naczyń krwionośnych i narządów wewnętrznych. W rozumieniu niniejszych OWUD choroba musi dotyczyć serca, płuc lub nerek i muszą być spełnione co najmniej dwa z poniższych warunków:
   a. badanie zdolności dyfuzyjnej płuc dla tlenku węgla (DLCO) < 70% wartości prawidłowych;
   b. wskaźnik filtracji kłębkowej (eGFR) < 60 ml/min;
   c. występowanie objawów niewydolności serca lub zaburzeń rytmu serca, wymagających leczenia lub występowanie zapalenia osierdzia. Definicja nie obejmuje zlokalizowanych postaci sklerodermy, zapalenia eozynofilowego powięzi oraz przypadków rozpoznanych jako zespół CREST;

24) **Poważny uraz głowy** – uraz czaszkowo-mózgowy powodujący powstanie trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy od daty zdarzenia. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie badania klinicznego i wyników badań obrazowych;

25) **Przeszczepienie narządu** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z narządów: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub allogeniczny przeszczep szpiku kostnego. Definicja nie obejmuje przeszczepów narządów innych, niż wymienione powyżej, części narządów (z wyjątkiem przeszczepu fragmentu wątroby), przeszczepów tkanek lub komórek oraz przeszczepów narządów związanych z nadużywaniem alkoholu, leków lub innych substancji chemicznych;

26) **Przewlekła niewydolność wątroby** – końcowe stadium choroby wątroby charakteryzujące się istnieniem jednego z poniższych objawów:
   a. trwała żółtaczka;
   b. wodobrzusze;

c. encefalopatia wątrobowa;
d. żylaki przełyku;
e. zaburzenia krzepnięcia.

Świadczenie zostanie wypłacone w przypadku, gdy rozpoznano niewydolność wątroby mieszczącą się w klasie B lub C klasyfikacji Child–Pugh.
Definicja nie obejmuje:
a. przypadków mieszczących się w klasie A klasyfikacji Child–Pugh;
b. chorób wątroby związanych z nadużywaniem alkoholu, leków lub innych substancji chemicznych;

27) **Przewlekłe nawracające zapalenie trzustki** – przewlekły proces zapalny powodujący postępujące, nieodwracalne zmiany w miąższu (zanik, włóknienie) oraz stopniowy rozwój niewydolności zewnątrzwydzielniczej i wewnątrzwydzielniczej trzustki. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie gastroenterologii w oparciu o dane kliniczne i wyniki badań obrazowych. Definicja nie obejmuje przypadków zapalenia trzustki związanych z nadużywaniem alkoholu;

28) **Reumatoidalne zapalenie stawów** – przewlekła choroba tkanki łącznej charakteryzująca się nieswoistym zapaleniem stawów, zmianami pozastawowymi i objawami układowymi. Konieczne jest spełnienie wszystkich poniższych warunków:
a. rozpoznanie spełnia kryteria diagnostyczne Amerykańskiego Towarzystwa Reumatologicznego (American College of Rheumatology);
b. stwierdza się uszkodzenie i deformację trzech lub więcej grup stawów: rąk, nadgarstków, łokci, kolan, bioder, stawów skokowych, stóp, kręgosłupa szyjnego;
c. ocena podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living") musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum trzech z listy sześciu podstawowych czynności życiowych w ciągu co najmniej 6 miesięcy:
   a) mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;
   b) zdolność do ubierania / rozbierania się;
   c) używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
   d) zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
   e) wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
   f) picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków;

29) **Stwardnienie rozsiane** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) charakteryzująca się powstawaniem obszarów demielinizacji. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie aktualnych kryteriów diagnostycznych McDonalda i potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Konieczne jest istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii najwcześniej po 6 miesiącach od daty wystąpienia zdarzenia) i jednoznaczne wykluczenie innej przyczyny stwierdzanych nieprawidłowości (np. choroby naczyniowe, zakażenia bakteryjne lub wirusowe);

30) **Śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin, oceniany na nie więcej niż 7 stopni w Skali Glasgow (Glasgow Coma Scale), powodujący powstanie trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Definicja nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej, a także wynikających z użycia leków, alkoholu i innych substancji odurzających;

31) **Toczeń rumieniowaty układowy** – ogólnoustrojowa choroba autoimmunologiczna o nieznanej etiologii, rozwijająca się wskutek złożonych zaburzeń układu odpornościowego, prowadzących do przewlekłego procesu zapalnego w wielu tkankach i narządach.
W rozumieniu niniejszych OWUD choroba musi przebiegać z zajęciem nerek (nefropatia toczniowa) i spełniać kryteria kwalifikujące ją do klasy III – VI wg aktualnej klasyfikacji Międzynarodowego Towarzystwa Nefrologicznego i Towarzystwa Chorób Nerek (ISN/RPS):
a. klasa I – minimalne zmiany mezangialne;
b. klasa II – zmiany mezangialne proliferacyjne;
c. klasa III – zmiany ogniskowe;
d. klasa IV – zmiany rozsiane;
e. klasa V – błoniaste kłębkowe zapalenie nerek;
f. klasa VI – zaawansowane zmiany stwardnieniowe.

Definicja nie obejmuje innych form choroby, np. przebiegających z zajęciem skóry, stawów, czy dających jedynie zmiany w obrazie krwi;

32) **Udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorem materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
a. obecność nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
b. utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
c. obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w badaniach obrazowych (tomografii komputerowej lub jądrowym rezonansie magnetycznym);
d. istnienie trwałych deficytów neurologicznych potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie co najmniej 2 miesięcy od daty zdarzenia.

Definicja nie obejmuje:
a. epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
b. zdarzeń skutkujących jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci;
c. objawów mózgowych spowodowanych migreną;
d. uszkodzenia mózgu spowodowanego zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
e. chorób naczyniowych dotyczących oka, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;

33) **Usunięcie płuca (Pneumonektomia)** – torakotomia przeprowadzona w celu usunięcia całego płuca, uszkodzonego wskutek urazu lub choroby. Definicja nie obejmuje usunięcia fragmentu tkanki płucnej (lobektomia, segmentektomia);

34) **Utrata kończyn** – całkowita fizyczna utrata dwóch lub więcej kończyn, spowodowana urazem. Definicja obejmuje również utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp, a także łączną utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy;

35) **Utrata mowy** – trwała i nieodwracalna całkowita utrata zdolności mówienia w wyniku choroby lub wypadku, powodujących uszkodzenie strun głosowych, utrzymująca się przez co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii. Definicja nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi;

36) **Utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie laryngologii, w oparciu o wyniki badań audiometrycznych, wykazujących średni ubytek słuchu (badany dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz) przekraczający 90 dB w każdym uchu;

37) **Utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach, rozumiana jako osłabienie ostrości wzroku poniżej 5/50 (0,01) lub ograniczenie pola widzenia poniżej 20%, spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym i korekcyjnym. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie okulistyki;
38) **Zaawansowana choroba płuc** – schyłkowe stadium przewlekłej choroby układu oddechowego, w przebiegu której występują wszystkie z poniższych objawów:
   a. wartość FEV1 utrzymuje się poniżej 1 litra;
   b. wymagane jest stałe leczenie tlenem z powodu hipoksemii;
   c. ciśnienie parcjalne tlenu w gazometrii krwi tętniczej wynosi poniżej 55 mmHg;
   d. występuje stała duszność spoczynkowa.

   Rozpoznanie musi być potwierdzone klinicznie przez specjalistę w zakresie pneumonologii;
39) **Zakażenie wirusem HIV**
   a. Zakażenie wirusem HIV związane z przetoczeniem krwi. Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że:
      a) do zakażenia doszło w okresie ubezpieczenia, podczas przetaczania ze wskazań medycznych krwi lub preparatów krwiopochodnych;
      b) Ubezpieczony nie był leczony z powodu hemofilii;
      c) do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy po przetoczeniu;
      d) obecność infekcji HIV została potwierdzona w autoryzowanym laboratorium.
   b. Zakażenie wirusem HIV związane z pracą zawodową. Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS, w przypadku gdy łącznie spełnione są poniższe warunki:
      a) do zakażenia doszło w wyniku zakłucia się igłą w czasie wykonywania obowiązków zawodowych jako: lekarz/stomatolog, pielęgniarka, ratownik medyczny, strażak lub policjant;
      b) wypadek, który mógł być przyczyną zakażenia zdarzył się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i został zgłoszony do Towarzystwa wraz z ujemnym wynikiem testu w kierunku HIV, wykonanym po wypadku;
      c) do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy od wypadku;
      d) obecność infekcji HIV została potwierdzona w autoryzowanym laboratorium.

      Definicja nie obejmuje przypadków zakażenia, do których doszło w inny sposób, np. drogą kontaktów seksualnych lub dożylnego stosowania środków odurzających. Towarzystwo musi posiadać prawo dostępu do wyników badań krwi Ubezpieczonego i mieć prawo do zlecania niezależnych badań kontrolnych;
40) **Zapalenie mózgu** – stan zapalny tkanki mózgowej (półkul mózgu, pnia mózgu lub móżdżku), spowodowany czynnikiem infekcyjnym, prowadzący do powstania trwałych ubytków neurologicznych, których istnienie może być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii po 6 miesiącach od początku zachorowania;
41) **Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99 centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
   a. objawy kliniczne niedokrwienia serca;
   b. zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe, znamienne zmiany odcinka ST – załamka T (ST-T), patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa);
   c. nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych;
   d. obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionego badaniem angiograficznym lub w autopsji.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 4

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 5

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, zgodnych z definicjami określonymi w § 3, Poważnych zachorowań.
2. W ramach Umowy dodatkowej Towarzystwo udostępnia dwa zakresy ubezpieczenia:
   1) zakres podstawowy;
   2) zakres rozszerzony,

   obejmujące Poważne zachorowania wymienione w tabeli nr 1.

tabela nr 1

Lp.	Rodzaje Poważnych zachorowań	Zakres podstawowy	Zakres rozszerzony
1)	Anemia aplastyczna	✓	✓
2)	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych		✓
3)	Choroba Alzheimera		✓
4)	Choroba Creutzfeldta – Jakoba		✓
5)	Choroba Heinego – Medina (poliomyelitis)		✓
6)	Choroba neuronu ruchowego		✓
7)	Choroba Parkinsona		✓
8)	Ciężkie oparzenia	✓	✓
9)	Dystrofia mięśniowa		✓

Lp.	Rodzaje Poważnych zachorowań	Zakres podstawowy	Zakres rozszerzony
10)	Endarterektomia tętnicy szyjnej		✓
11)	Kardiomiopatia		✓
12)	Leczenie operacyjne choroby wieńcowej	✓	✓
13)	Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy	✓	✓
14)	Nieswoiste zapalenie jelita o ciężkim przebiegu		✓
15)	Niewydolność nerek	✓	✓
16)	Nowotwór złośliwy inwazyjny	✓	✓
17)	Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in-situ)		✓
18)	Operacja aorty	✓	✓
19)	Operacja zastawek serca	✓	✓
20)	Paraliż	✓	✓
21)	Pierwotne nadciśnienie płucne		✓
22)	Piorunujące zapalenie wątroby		✓
23)	Postępująca twardzina układowa (scleroderma)		✓
24)	Poważny uraz głowy		✓
25)	Przeszczepienie narządu	✓	✓
26)	Przewlekła niewydolność wątroby		✓
27)	Przewlekłe nawracające zapalenie trzustki		✓
28)	Reumatoidalne zapalenie stawów		✓
29)	Stwardnienie rozsiane	✓	✓
30)	Śpiączka	✓	✓
31)	Toczeń rumieniowaty układowy		✓
32)	Udar mózgu	✓	✓
33)	Usunięcie płuca (pneumonektomia)		✓
34)	Utrata kończyn	✓	✓
35)	Utrata mowy		✓
36)	Utrata słuchu		✓
37)	Utrata wzroku	✓	✓
38)	Zaawansowana choroba płuc		✓
39)	Zakażenie wirusem HIV	✓	✓
40)	Zapalenie mózgu		✓
41)	Zawał serca	✓	✓

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 6

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
   1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
   2) od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
5. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i 4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
7. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 8 i 9.
8. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.

9. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
10. Pozostałe zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 8.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 8

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
   1) rozwiązania Umowy głównej;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat;
   3) wypłaty 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   6) zawieszenia opłacania Składek regularnych, jeżeli podczas tego zawieszenia ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie jest kontynuowana na zasadach określonych w OWU w części „Zawieszenie opłacania Składek regularnych".
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem zapisów dotyczących odstąpienia od Umowy głównej w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o którym mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej".

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 9

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek Poważnego zachorowania wynosi 1 000 000 zł (jeden milion złotych).

§ 10

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składek oraz Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 16 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 11

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
   1) podwyższenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   2) obniżenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego roku od zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.

§ 12

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 10 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 14 OWU.

§ 13

1. Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 14

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 19 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 15

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego, jeżeli było ono konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
   3) 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);
   4) 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 jego poczytalności;
   5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
   6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   7) Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, 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, 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);
   8) wad wrodzonych Ubezpieczonego i schorzeń będących ich skutkiem;
   9) choroby AIDS Ubezpieczonego;

   a także, jeżeli Poważne zachorowanie:

   10) zostało zdiagnozowane lub było leczone u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
   11) było następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
      a. zdiagnozowanych u Ubezpieczonego lub
      b. leczonych u Ubezpieczonego, lub
      c. których leczenie zalecono u Ubezpieczonego,

      w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
2. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo 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 Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

§ 16

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność tylko wówczas, gdy Poważne zachorowanie Ubezpieczonego było skutkiem Nieszczęśliwego wypadku.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia
3. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
   1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
   2) Poważne zachorowanie wystąpiło po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

   Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

4. Zapis ust. 1 ma zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 1, liczony jest od dnia podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 17

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w § 6 ust. 3 i 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 6 ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy dodatkowej podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.
3. Zapisy ust. 1 i 2 mają zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą ta suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 2, liczony jest od daty podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 18

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości:
   1) 20% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu wystąpienia Poważnego zachorowania – w przypadku wystąpienia Nowotworu złośliwego przedinwazyjnego (carcinoma in situ), o którym mowa w § 3 pkt 17;
   2) 50% albo 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu wystąpienia Poważnego zachorowania uzależnione od stopnia zaawansowania choroby, w przypadku Poważnych zachorowań, o których mowa w ust. 2;
   3) 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu wystąpienia Poważnego zachorowania, w przypadku pozostałych Poważnych zachorowań,

   z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wypłacany Ubezpieczonemu z tytułu Poważnych zachorowań: Kardiomiopatia, Nowotwór złośliwy inwazyjny, Przewlekłe nawracające zapalenie trzustki, Zawał serca uzależniony jest od stopnia zaawansowania choroby w dniu wystąpienia Poważnego zachorowania:
   1) Kardiomiopatia:
      a. I stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku rozpoznania niewydolności serca w III klasie wg NYHA z frakcją wyrzutową lewej komory (określoną w aktualnym badaniu ECHO serca) < 40%;
      b. II stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku rozpoznania niewydolności serca w klasie IV wg NYHA z frakcją wyrzutową lewej komory (określoną w aktualnym badaniu ECHO serca) < 30%;
   2) Nowotwór złośliwy inwazyjny:
      a. I stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku rozpoznania nowotworu w I stopniu zaawansowania (Stage I), zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC lub przewlekłej białaczki limfocytowej w stopniu zaawansowania mniejszym niż II wg klasyfikacji RAI;
      b. II stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku rozpoznania nowotworów o wyższym stopniu zaawansowania niż wskazane w pkt 2 ppkt a;
   3) Przewlekłe nawracające zapalenie trzustki:
      a. I stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku, gdy w wyniku niewydolności trzustki doszło do utraty masy ciała nieprzekraczającej 10% wartości wyjściowej;
      b. II stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku, gdy w wyniku niewydolności trzustki doszło do utraty masy ciała przekraczającej 10% wartości wyjściowej i/ lub rozpoznania cukrzycy.

      Utrata masy ciała oceniana jest po czterech miesiącach od rozpoznania przewlekłego zapalenia trzustki w stosunku do masy sprzed rozpoznania choroby;
   4) Zawał serca:
      a. I stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku, gdy w wyniku Zawału serca doszło do uszkodzenia funkcji lewej komory małego lub średniego stopnia – wartość frakcji wyrzutowej mięśnia lewej komory (EF), mierzonej po co najmniej 3 miesiącach od zdarzenia wynosi co najmniej 50%;
      b. II stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku, gdy w wyniku Zawału serca doszło do uszkodzenia funkcji serca znacznego stopnia – wartość frakcji wyrzutowej mięśnia lewej komory (EF), mierzonej po co najmniej 3 miesiącach od zdarzenia wynosi poniżej 50%.
3. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania, o którym mowa w ust. 2, w pierwszym stopniu zaawansowania choroby i dalszego pogorszenia się stanu zdrowia z tytułu tego samego Poważnego zachorowania skutkującego wystąpieniem drugiego stopnia zaawansowania choroby, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o ile w ramach danej grupy, do której zaklasyfikowano Poważne zachorowanie, o której mowa w ust. 4, nie zostało wypłacone świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. W ramach każdej z grup, do których zaklasyfikowano Poważne zachorowanie, wskazanych w tabeli nr 2, Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości nie większej niż 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

tabela nr 2

Zakres podstawowy				
Grupa I	**Grupa II**	**Grupa III**	**Grupa IV**	**Grupa V**
Anemia aplastyczna	Niewydolność nerek	Leczenie operacyjne choroby wieńcowej	Paraliż	Ciężkie oparzenia
Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy	Przeszczepienie narządu	Operacja aorty	Stwardnienie rozsiane	Śpiączka
Nowotwór złośliwy inwazyjny[1)]		Operacja zastawek serca	Urata wzroku	Utrata kończyn
		Udar mózgu		Zakażenie wirusem HIV
		Zawał serca[1)]		
Zakres rozszerzony				
Anemia aplastyczna	Niewydolność nerek	Endarterektomia tętnicy szyjnej	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	Choroba Heinego-Medina
Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy	Piorunujące zapalenie wątroby	Kardiomiopatia[1)]	Choroba Alzheimera	Ciężkie oparzenia
Nowotwór złośliwy inwazyjny[1)]	Przeszczepienie narządu	Leczenie operacyjne choroby wieńcowej	Choroba Creutzfeldta – Jakoba	Nieswoiste zapalenie jelita o ciężkim przebiegu
Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in-situ)	Przewlekła niewydolność wątroby	Operacja aorty	Choroba neuronu ruchowego	Postępująca twardzina układowa
	Przewlekłe nawracające zapalenie trzustki[1)]	Operacja zastawek serca	Choroba Parkinsona	Poważny uraz głowy
	Zaawansowana choroba płuc	Pierwotne nadciśnienie płucne	Dystrofia mięśniowa	Reumatoidalne zapalenie stawów
		Udar mózgu	Paraliż	Śpiączka
		Zawał serca[1)]	Stwardnienie rozsiane	Toczeń rumieniowaty układowy
			Utrata mowy	Usunięcie płuca (Pneumonektomia)
			Utrata słuchu	Utrata kończyn
			Utrata wzroku	Zakażenie wirusem HIV
			Zapalenie mózgu	

1) Poważne zachorowania, w razie wystąpienia których świadczenie wypłacane jest w zależności od stopnia jego zaawansowania.

5. Wypłata świadczenia w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej w ramach danej grupy, do której zaklasyfikowano Poważne zachorowanie, skutkuje wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej w zakresie wszystkich Poważnych zachorowań znajdujących się w ramach tej grupy.
6. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Poważnych zachorowań dla jednego Ubezpieczonego nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W przypadku gdy kwota świadczeń z tytułu Poważnego zachorowania przekracza 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Wypłata świadczenia

§ 19

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania Ubezpieczonego.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.

5. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
6. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 5.

Postanowienia końcowe

§ 20

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – choroby dodatkowe
(kod RPFL1_DD5_09.2025) dalej „OWUD”,
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 5; § 18 ust. 1	§ 15; § 16 ust. 1 i 4; § 17; § 18 ust. 2-4

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO – CHOROBY DODATKOWE (KOD RPFL1_DD5_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – choroby dodatkowe (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o dodatkowe Poważne zachorowania Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) **Poważne zachorowanie** – jednostka chorobowa lub zabieg operacyjny zdefiniowane w § 3;
2) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – choroby dodatkowe;
3) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – choroby dodatkowe;
4) **Wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
   a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
   b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,

   w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Poważnych zachorowań;
5) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy dodatkowej, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy dodatkowej, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy dodatkowej do daty, w której Wiek jest obliczany;
6) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu polegające na:
   a. regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach przynależności do klubów sportowych, stowarzyszeń sportowych, związków i organizacji sportowych lub
   b. udziale w zawodach sportowych, imprezach sportowych, obozach szkoleniowo-sportowych lub kondycyjnych.

   Wyczynowym uprawianiem sportu, w rozumieniu niniejszych OWUD, nie jest uprawianie lekkoatletyki i pływania oraz udział w szkolnych zawodach sportowych.

§ 3

Poważne zachorowania, o których mowa w niniejszych OWUD, otrzymują następujące definicje:

1) **Bakteryjne zapalenie wsierdzia** – infekcyjne zapalenie wsierdzia (IZW) u osoby z własnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym, spowodowane zakażeniem bakteryjnym. Rozpoznane musi być potwierdzone stwierdzeniem wegetacji bakteryjnych na powierzchni zastawek/zastawki i wyhodowaniu w posiewie krwi bakterii typowych dla IZW.
   Definicja nie obejmuje przypadków:
   a. zdiagnozowanych u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca lub innymi urządzeniami kardiologicznymi;
   b. wywołanych innym niż bakterie, czynnikiem etiologicznym;
   c. związanych z dożylnym stosowaniem narkotyków;
2) **Embolektomia płucna** – usunięcie świeżej skrzepliny z pnia tętnicy płucnej poprzez jego nacięcie (tzw. embolektomia chirurgiczna) lub wewnątrznaczyniowo (embolektomia przezskórna) w trakcie leczenia ostrego zatoru tętnicy płucnej;
3) **Gruźlica** – pierwsze w życiu zakażenie spowodowane prątkiem gruźlicy (Mycobacterium tuberculosis, Mycobacterium bovis, Mycobacterium africanum), powodujące przewlekłą chorobę dotyczącą jednego z układów: oddechowego, kostno-stawowego, moczowo-płciowego, pokarmowego lub ośrodkowego układu nerwowego. Do rozpoznania choroby konieczne jest wyizolowanie prątka gruźlicy z pobranego materiału biologicznego. Termin ten nie obejmuje zakażeń towarzyszących infekcji HIV, zakażeń dotyczących jedynie węzłów chłonnych lub skóry, a także spowodowanych prątkami innymi niż wymienione powyżej;
4) **Leczenie operacyjne tętnicy płucnej** – przeprowadzenie operacji przy otwartej klatce piersiowej w celu leczenia nieprawidłowości w tętnicy płucnej, polegającej na jej wycięciu i zastąpieniu przeszczepem naczyniowym (graftem);
5) **Leczenie operacyjne zmiany naczyniowej mózgu** – przeprowadzenie kraniotomii, leczenia wewnątrznaczyniowego lub radiochirurgicznego w związku z istnieniem malformacji tętniczo-żylnej (AVM) lub tętniaka mózgu;
6) **Neuroborelioza** – odkleszczowa choroba zakaźna wywołana przez krętki z rodzaju Borrelia przebiegająca z objawami ze strony układu nerwowego w postaci: limfocytarnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenia nerwów czaszkowych, zapalenia korzeni i nerwów obwodowych, przewlekłego zapalenia mózgu i rdzenia kręgowego lub zespołu zaburzeń poznawczych i otępienia. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnimi wynikami badań serologicznych w surowicy krwi, a w przypadku zapalenia mózgu lub rdzenia kręgowego dodatnimi wynikami badań serologicznych w płynie mózgowo-rdzeniowym;
7) **Sepsa** – uogólniona reakcja zapalna wywołana czynnikiem infekcyjnym (zakażenie bakteryjne, wirusowe lub grzybicze), powikłana niewydolnością wielonarządową. Przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów z wymienionych poniżej:
   a. układ krążenia – skurczowe ciśnienie tętnicze <90 mm Hg lub średnie <70 mm Hg lub spadek ciśnienia skurczowego o więcej niż 40 mm Hg u osób z nadciśnieniem tętniczym;
   b. układ oddechowy – PaO2/FiO2 <300 mm Hg, (<200 mm Hg, jeśli występują pierwotne choroby układu oddechowego);
   c. nerki – diureza <0,5 ml/kg/h >2 h przy prawidłowym nawodnieniu lub zwiększenie kreatyninemii o więcej niż 44,2 μmol/l;
   d. przemiana materii – zwiększone stężenie mleczanu;

e. układ krwiotwórczy i hemostaza – płytki krwi <100 000/µl lub INR >1,5;
f. wątroba – bilirubina w surowicy >34,2 µmol/l (2 mg/dl);
g. układ nerwowy – objawy encefalopatii (niepokój, dezorientacja, pobudzenie, majaczenie, śpiączka);

8) **Tężec** – choroba zakaźna wywołana przez produkującą neurotoksynę Gram dodatnią bakterię – laseczkę tężca (Clostridium tetani), przebiegająca z objawami ze strony układu nerwowego i mięśniowego i wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych. Rozpoznanie kliniczne musi być potwierdzone przez izolację laseczek tężca z miejsca zakażenia lub przez wykazanie obecności toksyny tężcowej w surowicy krwi;
9) **Wścieklizna** – zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych z powodu rozpoznanej w dokumentacji medycznej ostrej choroby zakaźnej, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane przez wirus wścieklizny (Rabies wirus);
10) **Zgorzel gazowa** – zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych, z powodu rozpoznanego w dokumentacji medycznej ciężkiego zakażenia przyrannego, przebiegającego z rozległym obrzękiem, martwicą mięśni, wytwarzaniem gazu w tkankach oraz towarzyszącymi ogólnymi objawami toksemii, spowodowanego przez bakterie: Clostridium perfringens, Clostridium Novyi (oedematiens) lub Clostridium septicum.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 4

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 5

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, zgodnych z definicjami określonymi w § 3, Poważnych zachorowań.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 6

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
   1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
   2) od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
5. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i 4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
7. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 8 i 9.
8. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
9. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
10. Pozostałe zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej wyłącznie w przypadku, gdy jest jednocześnie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Poważnego zachorowania w zakresie rozszerzonym.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 8.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 8

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
   1) rozwiązania Umowy głównej;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat;
   3) rozwiązania Umowy dodatkowej na wypadek Poważnego zachorowania w zakresie rozszerzonym zawartej w ramach Umowy, której zakres ubezpieczenia został rozszerzony o niniejszą Umowę dodatkową;
   4) wypłaty 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   5) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   6) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   7) zawieszenia opłacania Składek regularnych, jeżeli podczas tego zawieszenia ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie jest kontynuowana na zasadach określonych w OWU w części „Zawieszenie opłacania Składek regularnych".
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem zapisów dotyczących odstąpienia od Umowy głównej w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości

wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o którym mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej".

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 9

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 - 4.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej nie może być wyższa niż Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Poważnego zachorowania w zakresie rozszerzonym.
3. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).
4. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek Poważnego zachorowania - choroby dodatkowe wynosi 200 000 zł (dwieście tysięcy złotych).

§ 10

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składek oraz Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 16 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 11

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
   1) podwyższenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   2) obniżenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego roku od zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.

§ 12

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 10 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 14 OWU.

§ 13

1. Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 14

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 19 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 15

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego, jeżeli było ono konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;

3) 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);
4) 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 jego poczytalności;
5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
7) Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, 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, 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);
8) wad wrodzonych Ubezpieczonego i schorzeń będących ich skutkiem;
9) choroby AIDS Ubezpieczonego;

a także, jeżeli Poważne zachorowanie:

10) zostało zdiagnozowane lub było leczone u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną z tytułu Umowy dodatkowej;
11) było następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
    a. zdiagnozowanych u Ubezpieczonego lub
    b. leczonych u Ubezpieczonego, lub
    c. których leczenie zalecono u Ubezpieczonego,

    w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.

3. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo 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 Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

§ 16

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność tylko wówczas, gdy Poważne zachorowanie Ubezpieczonego było skutkiem Nieszczęśliwego wypadku.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
    1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
    2) Poważne zachorowanie wystąpiło po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

    Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.
4. Zapis ust. 1 ma zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 1, liczony jest od dnia podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 17

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w § 6 ust. 3 i 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 6 ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy dodatkowej podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.
3. Zapisy ust. 1 i 2 mają zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą ta suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 2, liczony jest od daty podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 18

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu zdiagnozowania Poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. W przypadku wypłacenia świadczenia z tytułu danego Poważnego zachorowania Ubezpieczonego odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu tego Poważnego zachorowania Ubezpieczonego wygasa.

3. W przypadku wystąpienia kolejnego Poważnego zachorowania Ubezpieczonego świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli pomiędzy poszczególnymi Poważnymi zachorowaniami Ubezpieczonego zachodzi związek przyczynowo-skutkowy potwierdzony przez lekarza orzecznika.
4. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Poważnych zachorowań dla jednego Ubezpieczonego nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu Poważnego zachorowania przekracza 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Wypłata świadczenia

§ 19

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
5. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
6. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 5.

Postanowienia końcowe

§ 20

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
dotyczącego Drugiej opinii medycznej dla Ubezpieczonego
(kod RPFL1_BDV1_09.2025) dalej „OWUD”,
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 5; § 13 ust. 2	§ 12; § 13 ust. 1

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO DOTYCZĄCEGO DRUGIEJ OPINII MEDYCZNEJ DLA UBEZPIECZONEGO (KOD RPFL1_BDV1_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego dotyczącego Drugiej opinii medycznej dla Ubezpieczonego (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Drugą opinię medyczną dla Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) **Centrum Pomocy Generali** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe czynne przez całą dobę, 365 dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej oraz koordynuje realizację świadczenia z tytułu Drugiej opinii medycznej (zwane dalej „**Centrum Pomocy**"). Numer telefonu Centrum Pomocy wskazany jest w Dokumencie ubezpieczenia;
2) **Choroba neuronu ruchowego** – choroba o nieznanej etiologii, charakteryzująca się postępującym zwyrodnieniem szlaków korowo-rdzeniowych, komórek przednich rdzenia i/lub neuronów opuszki. Definicja obejmuje następujące jednostki chorobowe:
   a. rdzeniowy zanik mięśni (SMA);
   b. postępujące porażenie opuszkowe (PBP);
   c. stwardnienie zanikowe boczne (ALS);
   d. pierwotne stwardnienie boczne (PLS).

   Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii, konieczne jest wykluczenie innych jednostek chorobowych dających podobne objawy;
3) **Ciężkie oparzenia** – uszkodzenie tkanek czynnikami termicznymi, elektrycznymi lub chemicznymi, powodujące oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20 % powierzchni ciała. Jako kryterium pomiaru przyjmuje się tabelę powierzchni ciała Lunda i Browdera;
4) **Druga opinia medyczna** – opinia dotycząca diagnozy, stanu zdrowia i leczenia Ubezpieczonego sporządzana przez Lekarza konsultanta, na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej;
5) **Europ Assistance** – Europ Assistance Sp. z o.o., która mieści się pod adresem: ul. Wołoska 5, 02-675 Warszawa, współpracująca z Towarzystwem w ramach Drugiej opinii medycznej;
6) **Lekarz konsultant** – lekarz uznany za wybitnego specjalistę w środowisku medycznym w danej specjalności. Wybór Lekarza konsultanta dla poszczególnych Ubezpieczonych będzie dokonywany przez Europ Assistance, z uwzględnieniem specyfiki choroby Ubezpieczonego;
7) **Lekarz uprawniony** – lekarz współpracujący z organizatorem usług objętych Drugą opinią medyczną;
8) **Niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do stosowania u Ubezpieczonego przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki;
9) **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie zdrowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Definicja obejmuje także złośliwe nowotwory ośrodkowego układu nerwowego oraz krwi i narządów krwiotwórczych. Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie Nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia poniższych trzech kryteriów:
   a. pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne;
   b. posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem;
   c. rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności.

   Definicja nie obejmuje:
   a. nowotworów łagodnych;
   b. zróżnicowanych raków tarczycy i prostaty o stopniu zaawansowania mniejszym niż II zgodnie z klasyfikacją AJCC;
   c. nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania większym niż IA zgodnie z klasyfikacją AJCC;
   d. nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania mniejszym niż IB w klasyfikacji AJCC;
   e. nowotworów rozpoznanych jedynie na podstawie płynnej biopsji (liquid biopsy);
10) **Operacja zastawek serca** – operacja na otwartym sercu, polegająca na przeszczepieniu, wszczepieniu lub naprawie jednej lub kilku zastawek serca. Definicja nie obejmuje zabiegów polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczyń krwionośnych oraz wymiany wszczepionej wcześniej zastawki. Zabieg musi wynikać ze wskazań klinicznych, potwierdzonych przez specjalistę w zakresie kardiologii, a uszkodzenie zastawek musi być potwierdzone badaniem naczyniowym lub echokardiograficznym;
11) **Ośrodek referencyjny** – ośrodek medyczny będący ze względu na profil swojej działalności, doświadczenie i wyniki leczenia punktem odniesienia w diagnostyce lub leczeniu danej jednostki chorobowej;
12) **Paraliż** – całkowita utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn, spełniająca kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovetta, spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu. Kończyna rozumiana jest jako anatomiczna całość: ramię, przedramię, dłoń w przypadku kończyny górnej i udo, podudzie, stopa w przypadku kończyny dolnej. Utrata funkcji musi być trwała, istnieć przez ponad 6 miesięcy od daty zdarzenia i być potwierdzona przez specjalistę w zakresie neurologii;
13) **Przeszczepienie narządu** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z narządów: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub allogeniczny przeszczep szpiku kostnego. Definicja nie obejmuje przeszczepów narządów innych, niż wymienione powyżej, części narządów (z wyjątkiem przeszczepu fragmentu wątroby), przeszczepów tkanek lub komórek oraz przeszczepów narządów związanych z nadużywaniem alkoholu, leków lub innych substancji chemicznych;
14) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej Drugiej opinii medycznej dla Ubezpieczonego;
15) **Stwardnienie rozsiane** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) charakteryzująca się powstawaniem obszarów demielinizacji. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie aktualnych kryteriów diagnostycznych McDonalda i potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Konieczne jest

istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii najwcześniej po 6 miesiącach od daty wystąpienia zdarzenia) i jednoznaczne wykluczenie innej przyczyny stwierdzanych nieprawidłowości (np. choroby naczyniowe, zakażenia bakteryjne lub wirusowe);

16) **Śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin, oceniany na nie więcej niż 7 stopni w Skali Glasgow (Glasgow Coma Scale), powodujący powstanie trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Definicja nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej, a także wynikających z użycia leków, alkoholu i innych substancji odurzających;
17) **Udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorem materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
    a. obecność nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
    b. utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
    c. obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w badaniach obrazowych (tomografii komputerowej lub jądrowym rezonansie magnetycznym);
    d. istnienie trwałych deficytów neurologicznych potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie co najmniej 2 miesięcy od daty zdarzenia.

    Definicja nie obejmuje:
    a. epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
    b. zdarzeń skutkujących jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci;
    c. objawów mózgowych spowodowanych migreną;
    d. uszkodzenia mózgu spowodowanego zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
    e. chorób naczyniowych dotyczących oka, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;
18) **Utrata mowy** – trwała i nieodwracalna całkowita utrata zdolności mówienia w wyniku choroby lub wypadku, powodujących uszkodzenie strun głosowych, utrzymująca się przez co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii. Definicja nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi;
19) **Utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie laryngologii, w oparciu o wyniki badań audiometrycznych, wykazujących średni ubytek słuchu (badany dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz) przekraczający 90 dB w każdym uchu;
20) **Utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach, rozumiana jako osłabienie ostrości wzroku poniżej 5/50 (0,01) lub ograniczenie pola widzenia poniżej 20%, spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym i korekcyjnym. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie okulistyki;
21) **Zakażenie wirusem HIV**
    a. Zakażenie wirusem HIV związane z przetoczeniem krwi. Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że:
        a) do zakażenia doszło w okresie ubezpieczenia, podczas przetaczania ze wskazań medycznych krwi lub preparatów krwiopochodnych;
        b) Ubezpieczony nie był leczony z powodu hemofilii;
        c) do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy po przetoczeniu;
        d) obecność infekcji HIV została potwierdzona w autoryzowanym laboratorium;
    b. Zakażenie wirusem HIV związane z pracą zawodową. Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że:
        a) do zakażenia doszło w wyniku zakłucia się igłą w czasie wykonywania obowiązków zawodowych jako: lekarz/stomatolog, pielęgniarka, ratownik medyczny, strażak lub policjant;
        b) wypadek, który mógł być przyczyną zakażenia zdarzył się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i został zgłoszony do Towarzystwa wraz z ujemnym wynikiem testu w kierunku HIV, wykonanym po wypadku;
        c) do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy od wypadku;
        d) obecność infekcji HIV została potwierdzona w autoryzowanym laboratorium.

        Definicja nie obejmuje przypadków zakażenia, do których doszło w inny sposób, np. drogą kontaktów seksualnych lub dożylnego stosowania środków odurzających. Towarzystwo musi posiadać prawo dostępu do wyników badań krwi Ubezpieczonego i mieć prawo do zlecania niezależnych badań kontrolnych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje sporządzenie Drugiej opinii medycznej dla Ubezpieczonego, w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, o którym mowa w § 13 ust. 2.

§ 5

Zakres ubezpieczenia obejmuje sporządzenie Drugiej opinii medycznej, w ramach której Towarzystwo za pośrednictwem Europ Assistance zobowiązuje się do:

a. udzielenia Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie Drugiej opinii medycznej, a w razie potrzeby zobowiązuje się do zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów. W przypadku chorób nowotworowych może być konieczne przeprowadzenie ponownego badania histopatologicznego, które, na wniosek Ubezpieczonego, zostanie zorganizowane przez Europ Assistance;
b. przetłumaczenia, w razie potrzeby, zebranej dokumentacji medycznej na język angielski, a następnie sporządzenia z niej streszczenia;
c. przesłania streszczenia do Lekarza konsultanta, specjalizującego się w danym schorzeniu;
d. zapewnienia sporządzenia Drugiej opinii medycznej zawierającej: potwierdzenie bądź nową diagnozę, efektywny sposób leczenia, rokowania;

e. przetłumaczenia Drugiej opinii medycznej na język polski oraz udostępnienia jej Ubezpieczonemu lub na wniosek Ubezpieczonego lekarzowi prowadzącemu, pod opieką którego on się znajduje;
f. zorganizowania telekonsultacji, wideokonsultacji lub wizyty u Lekarza konsultanta, czyli:
   a) zorganizowania telekonsultacji, wideokonsultacji albo wizyty u Lekarza konsultanta z Ośrodka referencyjnego, przygotowującego Drugą opinię medyczną, w celu omówienia z nim wątpliwości lub niejasności, a także odpowiedzi na dodatkowe pytania Ubezpieczonego dotyczące sporządzonej Drugiej opinii medycznej. Usługa realizowana jest w dni robocze w terminie ustalonym z Ubezpieczonym;
   b) zorganizowania pomocy tłumacza, przy wykorzystaniu narzędzi porozumiewania się na odległość (telefon, e-mail, chat), w sytuacji, gdy Ubezpieczony wymaga wsparcia w zakresie tłumaczenia podczas telekonsultacji albo wideokonsultacji z Lekarzem konsultantem z Ośrodka referencyjnego lub w trakcie organizacji procesu leczenia. Tłumaczenia odbywają się w języku: angielskim, niemieckim, hiszpańskim lub francuskim. Usługa realizowana jest w dniu telekonsultacji albo wideokonsultacji;
g. wskazania lekarzy kwalifikujących się do podjęcia procesu leczenia Ubezpieczonego, czyli:
   a) wyszukania lekarza specjalizującego się w danym schorzeniu;
   b) dostarczenia Ubezpieczonemu raportu zawierającego informacje o dostępności lekarza, sposobie, w jaki można umówić się na wizytę, dokumentacji medycznej potrzebnej na wizytę oraz zawierającego informacje o doświadczeniu lekarza. W raporcie zawarte są opisy maksymalnie trzech rekomendowanych lekarzy;
h. zorganizowania procesu leczenia Ubezpieczonego za granicą, czyli:
   a) zorganizowania oraz koordynacji terapii medycznej;
   b) zorganizowania oraz koordynacji transportu Ubezpieczonego do miejsca gdzie przeprowadzane jest leczenie;
   c) zorganizowania zakwaterowania Ubezpieczonego;
   d) przedstawienia szacunkowego kosztu leczenia.

Prawo do usług określonych w ppkt f, g oraz h przysługuje pod warunkiem, że wcześniej została sporządzona Druga opinia medyczna dla Ubezpieczonego.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 6

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
   1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
   2) od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
5. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne roczne okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
6. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 8.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 8

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
   1) rozwiązania Umowy głównej;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat;
   3) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   5) zawieszenia opłacania Składek regularnych, jeżeli podczas tego zawieszenia ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie jest kontynuowana na zasadach określonych w OWU w części „Zawieszenie opłacania Składek regularnych".
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem zapisów dotyczących odstąpienia od Umowy głównej w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o którym mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej".

Składka za Umowę dodatkową

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia oraz częstotliwości opłacania składek. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczona jest do Składki regularnej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 14 OWU.

Indeksacja

§ 11

Składka za Umowę dodatkową nie podlega indeksacji.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 12

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe objęte ochroną ubezpieczeniową było konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
   3) 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);
   4) 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 jego poczytalności;
   5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
   6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   7) 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, 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. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Drugiej opinii medycznej, jeżeli choroba lub uszkodzenie ciała powodujące trwałą, krytyczną, nieodwracalną utratę zdrowia nastąpiły wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa, określonych w ust. 1, a ponadto jeśli powstały wskutek:
   1) poddania się leczeniu dentystycznemu przez Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem;
   2) operacji plastycznej lub kosmetycznej Ubezpieczonego z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
   3) leczenia wszelkiego rodzaju uzależnień Ubezpieczonego;
   4) przypadków związanych z usuwaniem ciąży lub będących jego następstwem.
3. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo 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 Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

Świadczenie z tytułu Drugiej opinii medycznej

§ 13

1. Świadczenie obejmuje proces organizowania usług określonych w § 5, natomiast nie obejmuje kosztów wizyt lekarskich i badań diagnostycznych zaleconych lub niezbędnych do sporządzenia Drugiej opinii medycznej. Nie obejmuje również kosztów terapii medycznej, transportu czy zakwaterowania.
2. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli u Ubezpieczonego rozpoznano chorobę lub uszkodzenie ciała powodujące trwałą, krytyczną, nieodwracalną utratę zdrowia tj:
   1) Chorobę neuronu ruchowego;
   2) Ciężkie oparzenia;
   3) Niewydolność nerek;
   4) Nowotwór złośliwy inwazyjny;
   5) Operacja zastawek serca;
   6) Paraliż;

7) Przeszczepienie narządu;
8) Stwardnienie rozsiane;
9) Śpiączkę;
10) Udar mózgu;
11) Utratę mowy;
12) Utratę słuchu;
13) Utratę wzroku;
14) Zakażenie wirusem HIV.

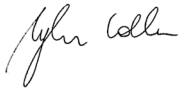
3. Osoba zgłaszająca się do Centrum Pomocy Generali powinna podać następujące dane:
   1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
   2) adres zamieszkania;
   3) numer telefonu do kontaktu zwrotnego.
4. W przypadku potwierdzenia ochrony ubezpieczeniowej zgłaszający otrzyma przesyłkę zawierającą zestaw formularzy niezbędnych do spełnienia świadczenia.
5. Zgłaszający zobowiązany jest dostarczyć do Centrum Pomocy Generali pełną dokumentację medyczną dotyczącą przypadku medycznego, w związku z którym wnioskuje o sporządzenie Drugiej opinii medycznej dla Ubezpieczonego.
6. Centrum Pomocy Generali przesyła Drugą opinię medyczną w ciągu 17 dni roboczych liczonych od daty, w której spełniony został warunek określony w ust. 5.
7. W przypadku gdy sporządzenie Drugiej opinii medycznej nie może nastąpić w terminie, o którym mowa w ust. 6, Centrum Pomocy Generali sporządzi Drugą opinię medyczną w ciągu 14 dni roboczych od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, sporządzenie jej było możliwe.
8. Centrum Pomocy Generali organizuje telekonsultację, wideokonsultację albo wizytę u Lekarza konsultanta, o których mowa w § 5 pkt f, nie później niż 2 dni robocze od dnia otrzymania zgłoszenia o chęci skorzystania z tej usługi.

Postanowienia końcowe

§ 14

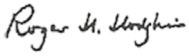
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Poważnej operacji Ubezpieczonego
(kod RPFL1_MMO_09.2025) dalej „OWUD”,
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 17 ust. 1 i 4; Załącznik nr 1 do OWUD – Katalog Poważnych operacji	§ 14; § 15 ust. 1 i 4; § 16; § 17 ust. 2 i 3

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK POWAŻNEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO (KOD RPFL1_MMO_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Poważnej operacji Ubezpieczonego (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Poważne operacje Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
2) **Poważna operacja** – inwazyjny zabieg chirurgiczny wykonywany w Szpitalu w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym przez uprawnionego lekarza, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub układu albo mający na celu usunięcie ogniska chorobowego. Definicja obejmuje wyłącznie przypadki wymienione w Katalogu Poważnych operacji stanowiącym załącznik nr 1 do OWUD. Operacjami, w rozumieniu niniejszych OWUD, nie są zabiegi przeprowadzane w celach diagnostycznych, takie jak biopsja, pobranie wycinków, operacja zwiadowcza;
3) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
4) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Poważnej operacji Ubezpieczonego;
5) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Poważnej operacji Ubezpieczonego;
6) **Szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń szpitalnych w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa. Definicja obejmuje szpitale znajdujące się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz krajów Unii Europejskiej, a także krajów spoza Unii Europejskiej pod warunkiem dostarczenia dokumentacji medycznej przetłumaczonej na język angielski. W rozumieniu niniejszej definicji Szpitalem nie jest:
   a. placówka leczenia odwykowego;
   b. zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności: szpital uzdrowiskowy, sanatorium, prewentorium;
   c. hospicjum, zakład opiekuńczo-leczniczy i pielęgnacyjno-opiekuńczy;
7) **Wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
   a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
   b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,

   w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Poważnej operacji;
8) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy dodatkowej, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy dodatkowej, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy dodatkowej do daty, w której Wiek jest obliczany;
9) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu polegające na:
   a. regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach przynależności do klubów sportowych, stowarzyszeń sportowych, związków i organizacji sportowych lub
   b. udziale w zawodach sportowych, imprezach sportowych, obozach szkoleniowo-sportowych lub kondycyjnych.

   Wyczynowym uprawianiem sportu, w rozumieniu niniejszych OWUD, nie jest uprawianie lekkoatletyki i pływania oraz udział w szkolnych zawodach sportowych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Poważne operacje Ubezpieczonego przeprowadzone w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
   1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
   2) od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.

4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
5. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i 4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
7. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 8 i 9.
8. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
9. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
10. Pozostałe zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. 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 głównej;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat;
   3) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   5) zawieszenia opłacania Składek regularnych, jeżeli podczas tego zawieszenia ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie jest kontynuowana na zasadach określonych w OWU w części „Zawieszenie opłacania Składek regularnych".
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem zapisów dotyczących odstąpienia od Umowy głównej w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o którym mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej".

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 5 000 zł (pięć tysięcy złotych).
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek Poważnej operacji wynosi 50 000 zł (pięćdziesiąt tysięcy złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składek oraz Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 15 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
   1) podwyższenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   2) obniżenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego roku od zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 14 OWU.

§ 12

1. Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 19 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli konieczność przeprowadzenia Poważnej operacji była konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
   3) 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) lub nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu potwierdzonego w dokumentacji medycznej;
   4) 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 jego poczytalności;
   5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
   6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   7) Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, 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, 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);
   8) choroby AIDS Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnej operacji, jeżeli miała ona na celu:
   1) operację plastyczną lub kosmetyczną Ubezpieczonego, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
   2) zmianę płci Ubezpieczonego, pozbawienie Ubezpieczonego płodności, usunięcie ciąży Ubezpieczonego, sztuczne zapłodnienie Ubezpieczonego lub inny sposób leczenia jego niepłodności;
   3) poddanie się leczeniu dentystycznemu przez Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany został Nieszczęśliwym wypadkiem;
   4) pobranie od Ubezpieczonego narządów lub tkanek do przeszczepu;
   5) leczenie wszelkiego rodzaju uzależnień Ubezpieczonego;

   a także, jeżeli Poważna operacja:
   6) została zlecona Ubezpieczonemu lub o której postanowiono przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem § 17 ust. 4;
   7) była następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
      a. rozpoznanych u Ubezpieczonego lub
      b. leczonych u Ubezpieczonego, lub
      c. których leczenia zalecono u Ubezpieczonego,

w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.

3. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo 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 Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

§ 15

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu Poważnej operacji wyłącznie, jeżeli operacja ta spowodowana była Nieszczęśliwym wypadkiem.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
   1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
   2) Poważna operacja miała miejsce po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

   Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.
4. Zapis ust. 1 ma zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 1, liczony jest od dnia podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 16

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w § 5 ust. 3 i 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 5 ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy dodatkowej podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.
3. Zapisy ust. 1 i 2 mają zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą ta suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 2, liczony jest od daty podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 17

1. W przypadku przeprowadzenia Poważnej operacji Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wykonania Poważnej operacji, zależny od kategorii określonej w Katalogu Poważnych operacji, stanowiącym załącznik nr 1 do OWUD. W przypadku Poważnej operacji:
   1) z kategorii A – wypłaci 100% Sumy ubezpieczenia;
   2) z kategorii B – wypłaci 80% Sumy ubezpieczenia;
   3) z kategorii C – wypłaci 60% Sumy ubezpieczenia;
   4) z kategorii D – wypłaci 40% Sumy ubezpieczenia;
   5) z kategorii E – wypłaci 20% Sumy ubezpieczenia,

   z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Poważnej operacji Ubezpieczonego w danym Roku polisy nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu Poważnej operacji Ubezpieczonego w danym Roku polisy przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. Jeżeli wystawienie skierowania na przeprowadzenie Poważnej operacji Ubezpieczonego miało miejsce przed datą rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
   1) wystawienie skierowania na przeprowadzenie Poważnej operacji Ubezpieczonego miało miejsce w okresie trwania ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej Poważnej operacji Ubezpieczonego;
   2) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej Poważnej operacji Ubezpieczonego zakończyła się;
   3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej Poważnej operacji Ubezpieczonego a datą zawarcia niniejszej Umowy dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.

Wypłata świadczenia

§ 18

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;

3) kopię skierowania lekarskiego na przeprowadzenie Poważnej operacji;
4) kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej przeprowadzenie Poważnej operacji.

2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W przypadku gdy Poważna operacja została przeprowadzona w Szpitalu mieszczącym się w kraju spoza Unii Europejskiej dokumenty, o których mowa w ust. 1 pkt 2, powinny być przetłumaczone na język angielski.
5. Koszt tłumaczenia dokumentów ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
6. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
7. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 6.

Postanowienia końcowe

§ 19

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Zabiegu specjalistycznego Ubezpieczonego
(kod RPFL1_MMOE_09.2025) dalej „OWUD”,
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 16 ust. 1; Załącznik nr 1 do OWUD – Katalog Zabiegów specjalistycznych	§ 13; § 14 ust. 1, 2 i 5; § 15; § 16 ust. 2 i 3

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK ZABIEGU SPECJALISTYCZNEGO UBEZPIECZONEGO (KOD RPFL1_MMOE_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Zabiegu specjalistycznego Ubezpieczonego (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Zabieg specjalistyczny Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
2) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
3) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Zabiegu specjalistycznego Ubezpieczonego;
4) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Zabiegu specjalistycznego Ubezpieczonego;
5) **Wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
   a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
   b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,

   w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Zabiegu specjalistycznego;
6) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy dodatkowej, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy dodatkowej, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy dodatkowej do daty, w której Wiek jest obliczany;
7) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu polegające na:
   a. regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach przynależności do klubów sportowych, stowarzyszeń sportowych, związków i organizacji sportowych lub
   b. udziale w zawodach sportowych, imprezach sportowych, obozach szkoleniowo-sportowych lub kondycyjnych.

   Wyczynowym uprawianiem sportu, w rozumieniu niniejszych OWUD, nie jest uprawianie lekkoatletyki i pływania oraz udział w szkolnych zawodach sportowych;
8) **Zabieg specjalistyczny** – metoda leczenia niezbędna z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub układu Ubezpieczonego albo mająca na celu usunięcie ogniska chorobowego u Ubezpieczonego, wykonywana przez lekarza w placówce podmiotu leczniczego, działającej zgodnie z przepisami prawa.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie Zabiegi specjalistyczne wymienione w Katalogu Zabiegów specjalistycznych, stanowiącym załącznik nr 1 do OWUD, przeprowadzone u Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
   1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
   2) od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
5. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i 4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
7. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 8 i 9.

8. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
9. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
10. Pozostałe zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.
4. Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej wyłącznie w przypadku, gdy w tym samym czasie objęty jest ochroną z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Poważnej operacji.
5. Ubezpieczony może być objęty ochrona ubezpieczeniową wyłącznie w ramach jednej Umowy dodatkowej na wypadek Zabiegu specjalistycznego.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
   1) rozwiązania Umowy głównej;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat;
   3) rozwiązania Umowy dodatkowej na wypadek Poważnej operacji zawartej w ramach Umowy, której zakres ubezpieczenia został rozszerzony o niniejszą Umowę dodatkową;
   4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   6) zawieszenia opłacania Składek regularnych, jeżeli podczas tego zawieszenia ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie jest kontynuowana na zasadach określonych w OWU w części „Zawieszenie opłacania Składek regularnych".
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem zapisów dotyczących odstąpienia od Umowy głównej w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o którym mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej".

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej jest stała i wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składek oraz Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 14 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczona jest do Składki regularnej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 14 OWU.

§ 11

1. Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 12

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej nie podlega indeksacji

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 13

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli konieczność przeprowadzenia Zabiegu specjalistycznego była konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
   3) 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) lub nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu potwierdzonego w dokumentacji medycznej;
   4) 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 jego poczytalności;
   5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
   6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   7) Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, 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, 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;

   a także, jeżeli Zabieg specjalistyczny:
   8) miał na celu operację plastyczną lub kosmetyczną Ubezpieczonego, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
   9) został zlecony Ubezpieczonemu lub o którym postanowiono przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
   10) był następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
      a. zdiagnozowanych u Ubezpieczonego lub
      b. leczonych u Ubezpieczonego, lub
      c. których leczenie zalecono u Ubezpieczonego,

      w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
2. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo 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 Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

§ 14

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu Zabiegu specjalistycznego wyłącznie, jeżeli konieczność jego przeprowadzenia była spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W okresie pierwszych 270 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu Zabiegu specjalistycznego cięcia cesarskiego wyłącznie, jeżeli konieczność jego przeprowadzenia spowodowana była Nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1 i 2, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejne okresy ubezpieczenia.
4. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1 i 2, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
   1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
   2) Zabieg specjalistyczny został przeprowadzony po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

   Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 i 2, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.
5. Zapisy ust. 1 i 2 mają zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 1 i 2, liczony jest od dnia podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 15

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w § 5 ust. 3 i 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 5 ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy dodatkowej podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 16

1. W przypadku przeprowadzenia Zabiegu specjalistycznego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu określony w Katalogu Zabiegów specjalistycznych, stanowiącym załącznik nr 1 do OWUD, procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wykonania Zabiegu specjalistycznego, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Zabiegu specjalistycznego w danym Roku polisy nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu Zabiegu specjalistycznego przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Wypłata świadczenia

§ 17

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię skierowania lekarskiego na przeprowadzenie Zabiegu specjalistycznego;
   4) kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej przeprowadzenie Zabiegu specjalistycznego.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
5. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4.

Postanowienia końcowe

§ 18

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu
(kod RPFL1_DCHB_09.2025) dalej „OWUD”,
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 17 ust. 1, 2, 5, 7 i 8	§ 14; § 15 ust. 1 i 4; § 16; § 17 ust. 3, 4 i 6

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU (KOD RPFL1_DCHB_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) **Choroba** – reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
2) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
3) **OIOM (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej)** – wyodrębniony organizacyjnie w strukturach szpitala oddział zapewniający całodobową specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w przypadku ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych.
   W rozumieniu OWUD pojęcie OIOM obejmuje także:
   a. oddział intensywnej terapii;
   b. oddział anestezjologii i intensywnej terapii;
   c. oddział intensywnego nadzoru medycznego;
   d. salę intensywnego nadzoru, wydzieloną w strukturze oddziału szpitalnego, spełniającą kryteria opisane powyżej;
4) **Pobyt w szpitalu** – odbywający się na zlecenie lekarza pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, rozumianym jako zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń szpitalnych w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa, trwający nieprzerwanie co najmniej 1 dzień, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. Definicja obejmuje szpitale znajdujące się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz krajów Unii Europejskiej, a także krajów spoza Unii Europejskiej pod warunkiem dostarczenia dokumentacji medycznej przetłumaczonej na język angielski. Okres Pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala. Jeżeli w czasie Pobytu w szpitalu nastąpił zgon, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu.
   W rozumieniu niniejszej definicji Pobytem w szpitalu nie jest pobyt w:
   a. placówkach leczenia odwykowego;
   b. zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności: szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach, prewentoriach;
   c. hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych;
5) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
6) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu;
7) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu;
8) **Wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
   a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
   b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,

   w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Pobytu w szpitalu;
9) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy dodatkowej, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy dodatkowej, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy dodatkowej do daty, w której Wiek jest obliczany;
10) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu polegające na:
   a. regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach przynależności do klubów sportowych, stowarzyszeń sportowych, związków i organizacji sportowych lub
   b. udziale w zawodach sportowych, imprezach sportowych, obozach szkoleniowo-sportowych lub kondycyjnych.

   Wyczynowym uprawianiem sportu, w rozumieniu niniejszych OWUD, nie jest uprawianie lekkoatletyki i pływania oraz udział w szkolnych zawodach sportowych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i był konsekwencją Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, które wystąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem § 17 ust. 8.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
   1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
   2) od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
5. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i 4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
7. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 8 i 9.
8. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
9. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
10. Pozostałe zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. 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 głównej;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat;
   3) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   5) zawieszenia opłacania Składek regularnych, jeżeli podczas tego zawieszenia ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie jest kontynuowana na zasadach określonych w OWU w części „Zawieszenie opłacania Składek regularnych".
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem zapisów dotyczących odstąpienia od Umowy głównej w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o którym mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej".

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 5 000 zł (pięć tysięcy złotych).
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek Pobytu w szpitalu wynosi 50 000 zł (pięćdziesiąt tysięcy złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składek oraz Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 15 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
   1) podwyższenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   2) obniżenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego roku od zawarcia Umowy dodatkowej.

2. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 14 OWU.

§ 12

1. Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 19 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w szpitalu, jeżeli jego konieczność była konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
   3) 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) wniosek
   4) 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 jego poczytalności;
   5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
   6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   7) Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, 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, 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);
   8) wad wrodzonych Ubezpieczonego i schorzeń będących ich skutkiem;
   9) choroby AIDS Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w szpitalu, jeżeli miał on na celu:
   1) operację plastyczną lub kosmetyczną Ubezpieczonego, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
   2) wykonywanie przez Ubezpieczonego rutynowych badań lekarskich lub badań diagnostycznych niewynikających z zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku;
   3) wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych u Ubezpieczonego, z wyjątkiem rehabilitacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
   4) leczenie lub zabiegi związane z usunięciem ciąży, połogiem lub porodem, poza przypadkami gdy zdiagnozowano komplikacje połogu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiące zagrożenie dla życia Ubezpieczonego;

5) poddanie się leczeniu dentystycznemu przez Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem;
6) pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu od Ubezpieczonego;
7) leczeniu wszelkiego rodzaju uzależnień Ubezpieczonego;

a także, jeżeli Pobyt w szpitalu:

8) został zlecony Ubezpieczonemu lub o którym postanowiono przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
9) był następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
   a. zdiagnozowanych u Ubezpieczonego lub
   b. leczonych u Ubezpieczonego, lub
   c. których leczenie zalecono u Ubezpieczonego,

   w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.

3. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo 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 Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

§ 15

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu Pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
   1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
   2) Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego miał miejsce po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

   Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.
4. Zapis ust. 1 ma zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 1, liczony jest od dnia podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 16

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w § 5 ust. 3 i 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 5 ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy dodatkowej podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.
3. Zapisy ust. 1 i 2 mają zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą ta suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 2, liczony jest od daty podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 17

1. W przypadku Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu za każdy dzień Pobytu w szpitalu, określony w tabeli nr 1, procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu rozpoczęcia Pobytu w szpitalu:

tabela nr 1

% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za Pobyt w szpitalu spowodowany Chorobą	
za każdy dzień Pobytu w szpitalu	0,5%
% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za Pobyt w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem	
za każdy dzień Pobytu w szpitalu	1%

2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM-ie w czasie Pobytu w szpitalu, o którym mowa w ust. 1, Towarzystwo wypłaci świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w ust. 1, w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie łącznie za nie więcej niż 200 dni Pobytu w szpitalu w okresie jednego Roku polisy.
4. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia, ten dzień uwzględnia się jeden raz.
5. Jeżeli w tym samym czasie Pobyt w szpitalu spowodowany był Chorobą oraz Nieszczęśliwym wypadkiem do ustalenia wysokości świadczenia przyjmuje się stawki za Pobyt w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem.
6. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.

7. Zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu możliwe jest także w trakcie Pobytu w szpitalu po 30 dniu tego pobytu. Zasadę tę stosuje się do każdego kolejnego 30-dniowego okresu Pobytu w szpitalu.
8. Jeżeli Nieszczęśliwy wypadek miał miejsce przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej, a spowoduje on Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w okresie udzielania ochrony z tytułu Umowy dodatkowej, Towarzystwo wypłaci za każdy dzień tego pobytu świadczenie w wysokości 0,5% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu rozpoczęcia Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.

Wypłata świadczenia

§ 18

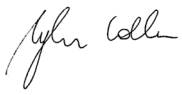
1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wraz z określeniem przyczyny Pobytu w szpitalu.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W przypadku gdy Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu miał miejsce w kraju spoza Unii Europejskiej dokumenty, o których mowa w ust. 1 pkt 3, powinny być przetłumaczone na język angielski.
5. Koszt tłumaczenia dokumentów ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
6. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
7. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 6.

Postanowienia końcowe

§ 19

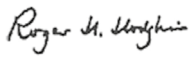
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
Usługi medyczne dla Ubezpieczonego
(kod RPFL1_PRZ_09.2025) dalej „OWUD”,
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 5 ust. 2	§ 5 ust. 2 i 5; § 12; § 13 ust. 3

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO USŁUGI MEDYCZNE DLA UBEZPIECZONEGO (KOD RPFL1_PRZ_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego Usługi medyczne dla Ubezpieczonego (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o świadczenie przez Towarzystwo Usług medycznych dla Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi dokumentami, do udzielania świadczeń medycznych, dostępna u Świadczeniodawców współpracujących w ramach Usług medycznych;
2) **Osobisty opiekun** – pracownik infolinii Usług medycznych dostępny od poniedziałku do piątku pod numerem telefonu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia;
3) **Portal Usług medycznych** – platforma internetowa udostępniana Ubezpieczonemu przez całą dobę, pod adresem wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia, za pośrednictwem której realizowane są Usługi medyczne;
4) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej Usługi medyczne dla Ubezpieczonego;
5) **Świadczeniodawca** – podmiot, który jest wykonawcą świadczeń medycznych na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej w ramach Usług medycznych;
6) **Usługi medyczne** – pakiet usług medycznych w ramach świadczenia zdrowotnego, objęty zakresem ubezpieczenia, pozostający w związku z ochroną zdrowia lub nieprawidłowym, według ogólnie uznanej wiedzy medycznej, stanem fizycznym lub psychicznym organizmu, lub uszkodzeniem ciała, którego realizacja wynika ze wskazań medycznych. Usługi medyczne, których zakres wskazany został w § 5 ust. 2, dostępne są dla Ubezpieczonego za pośrednictwem Portalu Usług medycznych lub przez Osobistego opiekuna.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest udostępnianie Usług medycznych Ubezpieczonemu.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Usługi medyczne, wskazane w § 5 ust. 2, z których ma prawo skorzystać Ubezpieczony.

§ 5

1. Usługi medyczne dla Ubezpieczonego udostępniane są za pośrednictwem Portalu Usług medycznych lub przez Osobistego Opiekuna.
2. Zakres Usług medycznych, sposób ich udzielania oraz limity określone zostały w tabeli nr 1 poniżej:

tabela nr 1

Lp.	Usługa medyczna	Organizacja	Realizacja	Osobisty opiekun	Portal Usług medycznych	Limity
1)	Badania profilaktyczne Ubezpieczonego (zgodnie z zakresem wskazanym w ust. 3)	✓	✓	✓	✓	Raz w Roku polisy
2)	Badania laboratoryjne oraz badania obrazowe	✓		✓	✓	Bez limitu
3)	Wsparcie w zakresie wiedzy medycznej oraz informacji dotyczących zdrowia Ubezpieczonego i jego bliskich (udzielane informacje nie mają charakteru diagnostycznego)		✓	✓		Bez limitu
4)	Udzielanie informacji o badaniach zalecanych do wykonania przed wizytą u Lekarza		✓	✓		Bez limitu
5)	Udzielanie informacji o aptekach dyżurnych		✓	✓		Bez limitu
6)	Udzielanie informacji o dostępności danego leku w aptece		✓	✓	✓	Bez limitu
7)	Udzielanie informacji o potencjalnych interakcjach danego leku		✓	✓		Bez limitu
8)	Autodiagnoza Ubezpieczonego przeprowadzana za pośrednictwem narzędzi udostępnianych w ramach Usług medycznych wraz z dostępem do wykazu potencjalnych chorób i specjalizacji lekarskich, odpowiadających za ich diagnostykę i leczenie		✓		✓	Bez limitu

Lp.	Usługa medyczna	Organizacja	Realizacja	Osobisty opiekun	Portal Usług medycznych	Limity
9)	Wykaz badań oraz informacji o rekomendowanej częstotliwości ich wykonywania w celach profilaktyki zdrowotnej		✓	✓	✓	Bez limitu
10)	Udzielanie informacji o przybliżonych dostępnych terminach przyjęć w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia w danych poradniach specjalistycznych, w określonych miejscowościach i u określonych Świadczeniodawców		✓	✓	✓	Bez limitu
11)	Wizyty u Lekarza, w tym wizyty za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość dostępnych w ramach Usług medycznych	✓		✓	✓	Bez limitu
12)	Wizyty domowe do miejsca pobytu Ubezpieczonego na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej i w ramach miejscowości wskazanych przez Świadczeniodawców	✓		✓	✓	Bez limitu
13)	Zdalna diagnostyka kardiologiczna Ubezpieczonego, przy wykorzystaniu Holtera (Eventholter) wraz ze zwrotnym przekazywaniem wyników	✓		✓	✓	Bez limitu
14)	Całodobowy monitoring aktywności serca Ubezpieczonego poprzez aktywny Holter (certyfikowane urządzenie medyczne), który przesyła wyniki do Lekarza w przypadku, gdy Ubezpieczony odczuwa dolegliwości i umożliwia podjęcie interwencji lekarskiej na podstawie otrzymywanych wyników	✓		✓	✓	Bez limitu

3. Badania profilaktyczne Ubezpieczonego, o których mowa w pkt. 1 tabeli nr 1, realizowane są wyłącznie na terenie Rzeczpospolitej Polskiej i obejmują zakres badań wskazany w tabeli nr 2:

tabela nr 2

Lp.	Nazwa badania	Kod badania
1)	OB	ICD-9 C59
2)	Morfologia krwi (pełna)	ICD-9 C55
3)	Glukoza	ICD-9 L43
4)	Cholesterol całkowity	ICD-9 I99
5)	ALT	ICD-9 I17
6)	Kreatynina (w surowicy)	ICD-9 M37
7)	Triglicerydy	ICD-9 O49
8)	TSH	ICD-9 L69
9)	Badanie ogólne moczu	ICD-9 A01

W przypadku gdy Ubezpieczony wykona badania, o których mowa w tabeli nr 2, samodzielnie i bez pośrednictwa Portalu Usług medycznych albo Osobistego opiekuna, to koszty takich badań nie będą zwracane przez Towarzystwo.

4. Usługi medyczne, wskazane w pkt 2, 11, 12, 13 oraz 14 tabeli nr 1, obejmują usługi związane z organizacją, czyli umawianiem i planowaniem Usług medycznych, bez ponoszenia ich kosztów przez Towarzystwo. Realizacja Usług medycznych, wskazanych w zdaniu poprzedzającym, wykonywana jest przez Świadczeniodawców odpłatnie, w czasie godzin ich pracy i według obowiązującego u nich cennika.
5. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje pomocy medycznej w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia Ubezpieczonego, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 6

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
   1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
   2) od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 76 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
5. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne roczne okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.

6. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 8.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 8

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
   1) rozwiązania Umowy głównej;
   2) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   3) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   4) zawieszenia opłacania Składek regularnych, jeżeli podczas tego zawieszenia ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie jest kontynuowana na zasadach określonych w OWU w części „Zawieszenie opłacania Składek regularnych".
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem zapisów dotyczących odstąpienia od Umowy głównej w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o którym mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej".

Składka za Umowę dodatkową

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia oraz częstotliwości opłacania składek. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 14 OWU.

Indeksacja

§ 11

Składka za Umowę dodatkową nie podlega indeksacji.

Ograniczenia i wyłącznie odpowiedzialności

§ 12

Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo 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 Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

Realizacja świadczenia

§ 13

1. W celu skorzystania z Usług medycznych Ubezpieczony powinien zalogować się do Portalu Usług medycznych albo skontaktować się telefonicznie z Osobistym opiekunem pod numerem telefonu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia. Połączenie telefoniczne następuje na koszt dzwoniącego.
2. W trakcie kontaktu telefonicznego z Osobistym opiekunem Ubezpieczony powinien podać następujące dane:
   1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
   2) adres zamieszkania Ubezpieczonego;
   3) numer PESEL Ubezpieczonego albo numer i serię dokumentu tożsamości, gdy Ubezpieczony nie posiada nr PESEL;
   4) numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym;
   5) inne informacje niezbędne Osobistemu opiekunowi do zorganizowania pomocy w ramach Usług medycznych.
3. Osobisty opiekun może odmówić realizacji Usług medycznych w przypadku:
   1) odmowy udzielenia informacji, o których mowa w ust. 2 lub braku współpracy po stronie Ubezpieczonego;

2) gdy podane telefonicznie informacje, o których mowa w ust. 2, są niezgodne z danymi posiadanymi przez Towarzystwo lub mogą nasuwać wątpliwości co do uprawnień dzwoniącego do korzystania z Usług medycznych.

4. Usługi medyczne realizowane przez Świadczeniodawców wykonywane są w czasie godzin ich pracy.

Postanowienia końcowe

§ 14

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego
w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu
(kod RPFL1_ADISB4_09.2025) dalej „OWUD”,
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 17 ust. 1 i 4; Załącznik nr 1 do OWUD – Tabela uszczerbków na zdrowiu	§ 14; § 15 ust. 1 i 4; § 16; § 17 ust. 2-5, 7-9

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU (KOD RPFL1_ADISB4_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o powstanie Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu;
2) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu;
3) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej jego utracie lub upośledzeniu jego funkcji. Definicja obejmuje wyłącznie przypadki umieszczone w Tabeli uszczerbków na zdrowiu stanowiącej załącznik nr 1 do OWUD;
4) **Udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorem materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
   a. obecność nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
   b. utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
   c. obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w badaniach obrazowych (tomografii komputerowej lub jądrowym rezonansie magnetycznym);
   d. istnienie trwałych deficytów neurologicznych musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie co najmniej 2 miesięcy od daty zdarzenia.

   Definicja nie obejmuje:
   a. epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
   b. zdarzeń skutkujących jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci;
   c. objawów mózgowych spowodowanych migreną;
   d. uszkodzenia mózgu spowodowanego zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
   e. chorób naczyniowych dotyczących oka, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;
5) **Wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
   a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
   b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,

   w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu;
6) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy dodatkowej, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy dodatkowej, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy dodatkowej do daty, w której Wiek jest obliczany;
7) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu polegające na:
   a. regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach przynależności do klubów sportowych, stowarzyszeń sportowych, związków i organizacji sportowych lub
   b. udziale w zawodach sportowych, imprezach sportowych, obozach szkoleniowo-sportowych lub kondycyjnych.

   Wyczynowym uprawianiem sportu, w rozumieniu niniejszych OWUD, nie jest uprawianie lekkoatletyki i pływania oraz udział w szkolnych zawodach sportowych;
8) **Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99 centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
   a. objawy kliniczne niedokrwienia serca;
   b. zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe, znamienne zmiany odcinka ST – załamka T (ST-T), patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa);
   c. nowy ubytek żywotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych;
   d. obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionego badaniem angiograficznym lub w autopsji.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstały w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
   1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
   2) od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 67 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
5. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
7. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 8 i 9.
8. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
9. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
10. Pozostałe zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. 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 głównej;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat;
   3) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   5) zawieszenia opłacania Składek regularnych, jeżeli podczas tego zawieszenia ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie jest kontynuowana na zasadach określonych w OWU w części „Zawieszenie opłacania Składek regularnych";
   6) wypłaty świadczenia, w przypadku gdy ustalony procent Trwałego uszczerbku na zdrowiu osiągnie 100%;
   7) wypłaty świadczenia, w przypadku gdy suma ustalonych Trwałych uszczerbków na zdrowiu, jeżeli wystąpił więcej niż jeden rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu, osiągnie 100%.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem zapisów dotyczących odstąpienia od Umowy głównej w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o którym mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej".

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu wynosi 200 000 zł (dwieście tysięcy złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składek oraz Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
   1) podwyższenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   2) obniżenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego roku od zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy Ubezpieczenia, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 14 OWU.

§ 12

1. Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 19 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego nastąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, były konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) 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);
   3) 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 jego poczytalności;
   4) Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, 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, 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);
   5) wad wrodzonych Ubezpieczonego i schorzeń będących ich skutkiem;

   a także, jeżeli Zawał serca lub Udar mózgu:

   6) zostały zdiagnozowane lub były leczone u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
   7) były następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
      a. zdiagnozowanych u Ubezpieczonego lub
      b. leczonych u Ubezpieczonego, lub
      c. których leczenie zalecono u Ubezpieczonego,

      w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.

2. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo 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 Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

§ 15

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli zdiagnozowanie Zawału serca lub Udaru mózgu nastąpiło w okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
   1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
   2) Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu nastąpił po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

   Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.
4. Zapis ust. 1 ma zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 1, liczony jest od dnia podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 16

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w § 5 ust. 3 i 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 5 ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy dodatkowej podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.
3. Zapisy ust. 1 i 2 mają zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą ta suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 2, liczony jest od daty podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 17

1. W przypadku Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego powstałego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu 1% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu, za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu, ustalony zgodnie z Tabelą uszczerbków na zdrowiu, stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszych OWUD.
2. Prawo do świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej przysługuje maksymalnie za 100% Trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego Zawałem serca lub Udarem mózgu, które miały miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku, gdy wystąpi więcej niż jeden rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu, suma ustalonych uszczerbków nie może przekroczyć 100% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
4. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
   1) Zawał serca lub Udar mózgu, w wyniku którego nastąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
   2) Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
   3) do powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego doszło przed upływem 180 dni od daty wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu;
   4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Zawałem serca lub Udarem mózgu Ubezpieczonego a Trwałym uszczerbkiem na jego zdrowiu.
5. Oceny stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w § 18 ust. 3 i 4, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika, nie wcześniej niż 90 dni i nie później niż 24 miesiące od wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
6. Rodzaj wykonywanych przez Ubezpieczonego czynności i charakter jego pracy nie mają wpływu na ocenę stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
7. W przypadku powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym Zawałem serca lub Udarem mózgu, a miało to wpływ na aktualny stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu, rodzaj i stopień (procent) Trwałego uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy, jako różnica upośledzenia danego narządu przed i po Zawale serca lub Udarze mózgu.
8. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie stanowi podstawy do zmiany wysokości świadczenia.

9. W przypadku wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu Ubezpieczony jest zobowiązany starać się o złagodzenie skutków Zawału serca lub Udaru mózgu poprzez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu. Towarzystwo nie odpowiada za Trwały uszczerbek na zdrowiu będący konsekwencją braku działań, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

Wypłata świadczenia

§ 18

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię dokumentacji medycznej określającej rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
   4) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie u Ubezpieczonego Zawału serca lub Udaru mózgu.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1, okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
5. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4.

Postanowienia końcowe

§ 19

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego
(kod RPFL1_TPDS_09.2025) dalej „OWUD”,
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 16	§ 14; § 15; § 16 ust. 2

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO (KOD RPFL1_TPDS_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) **Całkowita niezdolność do pracy** – spowodowana uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia zaistniałym w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej całkowita i trwała niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy, z tytułu której mógłby otrzymywać wynagrodzenie lub która przynosiłaby dochód, lub całkowita i trwała niezdolność Ubezpieczonego do prowadzenia działalności gospodarczej lub rolniczej, która przynosiłaby dochód;
2) **Choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
3) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
4) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
5) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy;
6) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego;
7) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy dodatkowej, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy dodatkowej, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy dodatkowej do daty, w której Wiek jest obliczany;
8) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu polegające na:
   a. regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach przynależności do klubów sportowych, stowarzyszeń sportowych, związków i organizacji sportowych lub
   b. udziale w zawodach sportowych, imprezach sportowych, obozach szkoleniowo-sportowych lub kondycyjnych.

   Wyczynowym uprawianiem sportu, w rozumieniu niniejszych OWUD, nie jest uprawianie lekkoatletyki i pływania oraz udział w szkolnych zawodach sportowych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Całkowitej niezdolności do pracy powstałej na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
   1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
   2) od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 67 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
5. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i 4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
7. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 8 i 9.
8. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
9. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.

10. Pozostałe zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. 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 głównej;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat;
   3) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   5) wypłaty świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   6) zawieszenia opłacania Składek regularnych, jeżeli podczas tego zawieszenia ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie jest kontynuowana na zasadach określonych w OWU w części „Zawieszenie opłacania Składek regularnych".
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem zapisów dotyczących odstąpienia od Umowy głównej w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o którym mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej".

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy wynosi 1 000 000 zł (jeden milion złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składek oraz Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
   1) podwyższenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   2) obniżenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego roku od zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 14 OWU.

§ 12

1. Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 19 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego jest konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
   3) 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) lub nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu potwierdzonego w dokumentacji medycznej;
   4) 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 jego poczytalności;
   5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
   6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   7) Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, 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, 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);

   a także, jeżeli Całkowita niezdolność do pracy:
   8) powstała w związku z obrażeniami ciała Ubezpieczonego doznanymi przed datą zawarcia Umowy dodatkowej;
   9) powstała w związku z Chorobą zdiagnozowaną w ciągu pierwszych 180 dni od daty zawarcia Umowy dodatkowej:
   10) powstała w związku z Chorobą:
      a. zdiagnozowaną u Ubezpieczonego lub
      b. leczoną u Ubezpieczonego, lub
      c. której leczenie zalecono u Ubezpieczonego, lub
      d. której przyczyny zaistniały,

      w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej;
   11) jest związana z chorobą AIDS Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo 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 Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 15

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w § 5 ust. 3 i 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 5 ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy dodatkowej podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.
3. Zapisy ust. 1 i 2 mają zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą ta suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 2, liczony jest od daty podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 16

1. W przypadku wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie równe Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy pod warunkiem, że Ubezpieczony był całkowicie niezdolny do pracy nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy, który rozpoczął się w okresie ochrony ubezpieczeniowej i przed Rocznicą polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat oraz pod warunkiem, że Całkowita niezdolność do pracy istnieje w chwili zgłoszenia wniosku o wypłatę świadczenia i zgodnie z wiedzą medyczną brak jest pozytywnych rokowań dotyczących odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do pracy zarobkowej.

Wypłata świadczenia

§ 17

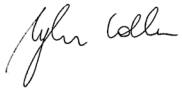
1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony;
   4) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Całkowitej niezdolności do pracy.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
5. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
6. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 5.

Postanowienia końcowe

§ 18

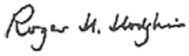
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
przejęcia opłacania składek na wypadek Niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej
(kod RPFL1_WOP_09.2025) dalej „OWUD”,
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 14 ust. 1	§ 12; § 13; § 14

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO PRZEJĘCIA OPŁACANIA SKŁADEK NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI UBEZPIECZONEGO DO PRACY ZAROBKOWEJ (KOD RPFL1_WOP_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego przejęcia opłacania składek na wypadek Niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o przejęcie opłacania składek na wypadek Niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) **Choroba** – reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
2) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
3) **Niezdolność do pracy zarobkowej** – spowodowana uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia zaistniałym w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej całkowita niezdolność Ubezpieczonego (będącego jednocześnie Ubezpieczającym) do wykonywania pracy zgodnej z jego kwalifikacjami, wykształceniem, doświadczeniem zawodowym, ukończonymi kursami lub posiadanymi umiejętnościami, którą mógłby świadczyć na podstawie stosunku pracy, umowy cywilno-prawnej, wykonywania wolnego zawodu lub w ramach prowadzenia działalności gospodarczej, lub rolniczej;
4) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
5) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej przejęcia opłacania składek na wypadek Niezdolności do pracy zarobkowej;
6) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy dodatkowej, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy dodatkowej, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy dodatkowej do daty, w której Wiek jest obliczany;
7) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu polegające na:
   a. regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach przynależności do klubów sportowych, stowarzyszeń sportowych, związków i organizacji sportowych lub
   b. udziale w zawodach sportowych, imprezach sportowych, obozach szkoleniowo-sportowych lub kondycyjnych.

   Wyczynowym uprawianiem sportu, w rozumieniu niniejszych OWUD, nie jest uprawianie lekkoatletyki i pływania oraz udział w szkolnych zawodach sportowych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Niezdolności do pracy zarobkowej powstałej na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
   1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
   2) od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 67 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
5. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i 4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
7. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 8 i 9.
8. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.

9. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
10. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym.
11. Pozostałe zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. 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 głównej;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat;
   3) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   5) zawieszenia opłacania Składek regularnych, jeżeli podczas tego zawieszenia ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie jest kontynuowana na zasadach określonych w OWU w części „Zawieszenie opłacania Składek regularnych".
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem zapisów dotyczących odstąpienia od Umowy głównej w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o którym mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej".

Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składek oraz Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczona jest do Składki regularnej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Składki za Umowę dodatkową

§ 9

Zmiana wysokości Składki regularnej lub Sum ubezpieczenia z tytułu Umów dodatkowych skutkującej zmianą Składek za Umowy dodatkowe, a także zawarcie lub rozwiązanie Umów dodatkowych w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia powoduje odpowiednią zmianę Składki za Umowę dodatkową przejęcia opłacania składek na wypadek Niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 8 ust. 1.

§ 10

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 8 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 14 OWU.

Indeksacja

§ 11

Indeksacja Składki regularnej i Sum ubezpieczenia z tytułu Umów dodatkowych zgodnie z § 19 OWU, powoduje odpowiednie podwyższenie Składki za Umowę dodatkową przejęcia opłacania składek na wypadek Niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 12

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Niezdolność do pracy zarobkowej jest konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
   3) 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) lub nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu potwierdzonego w dokumentacji medycznej;
   4) 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 jego poczytalności;

5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
7) Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczanego, 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, 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);

a także, jeżeli Niezdolność do pracy zarobkowej:

8) powstała w związku z obrażeniami ciała Ubezpieczonego doznanymi przed datą zawarcia Umowy dodatkowej;
9) powstała w związku z Chorobą zdiagnozowaną w ciągu pierwszych 180 dni od daty zawarcia Umowy dodatkowej:
10) powstała w związku z Chorobą:
    a. zdiagnozowaną u Ubezpieczonego lub
    b. leczoną u Ubezpieczonego, lub
    c. której leczenie zalecono u Ubezpieczonego, lub
    d. której przyczyny zaistniały,

    w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej;
10) jest związana z chorobą AIDS Ubezpieczonego.

2. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo 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 Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 13

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w § 5 ust. 3 i 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 5 ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy dodatkowej podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.
3. Zapisy ust. 1 i 2 mają zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą ta suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 2, liczony jest od daty podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 14

1. W przypadku wystąpienia Niezdolności do pracy zarobkowej Towarzystwo przejmie obowiązek opłacania składek z tytułu Umowy głównej i zawartych Umów dodatkowych, z wyłączeniem składki opłacanej z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, Umowy IKE i Umowy IKZE, o ile zostały zawarte.
2. Przejęcie przez Towarzystwo obowiązku opłacania składek następuje od kolejnej wymaganej składki, po upływie 90 dni nieprzerwanego trwania Niezdolności do pracy zarobkowej, do dnia odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania pracy zarobkowej lub podjęcia przez Ubezpieczonego jakiejkolwiek pracy zarobkowej. Towarzystwo zaprzestaje opłacania składek z dniem rozwiązania Umowy głównej lub odpowiednio Umowy dodatkowej.

Przejęcie opłacania składek

§ 15

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o przejęcie obowiązku opłacania składek przez Towarzystwo zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
    1) wniosek o przejęcie opłacania składek;
    2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
    3) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony;
    4) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Niezdolności do pracy zarobkowej.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.

5. W okresie przejęcia przez Towarzystwo obowiązku opłacania składek Ubezpieczony na każde żądanie Towarzystwa i w wyznaczonym terminie ma obowiązek:
   1) przedstawić zaświadczenie o trwaniu Niezdolności do pracy zarobkowej;
   2) poddać się badaniom lekarskim w celu stwierdzenia ciągłości Niezdolności do pracy zarobkowej.

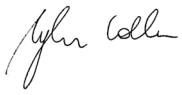
   Niedopełnienie przez Ubezpieczonego powyższych warunków powoduje wznowienie obowiązku Ubezpieczającego do opłacania Składki regularnej i składek za wszystkie posiadane Umowy dodatkowe z upływem wyznaczonego przez Towarzystwo terminu.
6. Ubezpieczający zobowiązany jest poinformować Towarzystwo o ustaniu Niezdolności do pracy zarobkowej w terminie 14 dni od daty jej ustania.
7. W przypadku niedopełnienia obowiązku, o którym mowa w ust. 6, Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłacenia składek należnych od daty ustania Niezdolności do pracy zarobkowej, których obowiązek opłacania przejęło Towarzystwo.
8. Do dnia ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacenia wszystkich wymaganych Składek regularnych i składek za wszystkie posiadane Umowy dodatkowe. W przypadku ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa zgodnie z postanowieniami niniejszej Umowy dodatkowej Towarzystwo dokona zwrotu składek opłaconych przez Ubezpieczającego za okres po 90 dniu nieprzerwanego trwania Niezdolności do pracy zarobkowej.

Postanowienia końcowe

§ 16

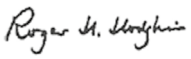
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji
(kod RPFL1_ISE_09.2025) dalej „OWUD”,
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 16	§ 14; § 15; § 16

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI UBEZPIECZONEGO DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI (KOD RPFL1_ISE_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do OWUD. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) **Choroba** – reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
2) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
3) **Niezdolność do samodzielnej egzystencji** – naruszenie sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, spowodowana Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem, stwierdzona przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub komisję lekarską Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, lub wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika i orzeczona na okres nie krótszy niż 24 miesiące albo na następujące po sobie okresy wynoszące łącznie nie mniej niż 24 miesiące;
4) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
5) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji;
6) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji;
7) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy dodatkowej, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy dodatkowej, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy dodatkowej do daty, w której Wiek jest obliczany;
8) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu polegające na:
   a. regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach przynależności do klubów sportowych, stowarzyszeń sportowych, związków i organizacji sportowych lub
   b. udziale w zawodach sportowych, imprezach sportowych, obozach szkoleniowo-sportowych lub kondycyjnych.

   Wyczynowym uprawianiem sportu, w rozumieniu niniejszych OWUD, nie jest uprawianie lekkoatletyki i pływania oraz udział w szkolnych zawodach sportowych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
   1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
   2) od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 67 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej.
5. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę dodatkową przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i 4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
7. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 8 i 9.
8. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.

9. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne 5-letnie okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
10. Pozostałe zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. 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 głównej;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat;
   3) wypłaty świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   6) zawieszenia opłacania Składek regularnych, jeżeli podczas tego zawieszenia ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie jest kontynuowana na zasadach określonych w OWU w części „Zawieszenie opłacania Składek regularnych".
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem zapisów dotyczących odstąpienia od Umowy głównej w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o którym mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej".

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej dla wszystkich zawartych z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego Umów dodatkowych na wypadek Niezdolności do samodzielnej egzystencji wynosi 1 000 000 zł (jeden milion złotych).

§ 9

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składek oraz Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Sładki regularnej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
   1) podwyższenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   2) obniżenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego roku od zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
4. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 3, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
5. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
6. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 9 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 14 OWU.

§ 12

1. Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 9 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 13

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w § 19 OWU.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Niezdolność do samodzielnej egzystencji jest konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
   3) 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) lub nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu potwierdzonego w dokumentacji medycznej;
   4) 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 jego poczytalności;
   5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
   6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   7) Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, 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, 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).
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, jeżeli w dniu zawarcia Umowy dodatkowej Ubezpieczony pozostawał Niezdolny do samodzielnej egzystencji lub przebywał na zwolnieniu lekarskim, związanym z późniejszym orzeczeniem, przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub komisję lekarską Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji.
3. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo 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 Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 15

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w § 5 ust. 3 i 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 5 ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy dodatkowej, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy dodatkowej podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.
3. Zapisy ust. 1 i 2 mają zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą ta suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 2, liczony jest od daty podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 16

1. W przypadku wystąpienia Niezdolności do samodzielnej egzystencji Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Niezdolności do samodzielnej egzystencji, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:

1) Choroba lub Nieszczęśliwy wypadek, które spowodowały Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji, wystąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
2) Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji wystąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
3) Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji orzeczona została przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub komisję lekarską Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na okres nie krótszy niż 24 miesiące;
4) orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o Niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji jest orzeczeniem pierwszorazowym.

2. W przypadku wydania więcej niż jednego orzeczenia o Niezdolności do samodzielnej egzystencji świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone pod warunkiem, że:
   1) Niezdolność do samodzielnej egzystencji została orzeczona na następujące po sobie nieprzerwanie okresy, które łącznie wynoszą nie mniej niż 24 miesiące;
   2) z każdego orzeczenia wynika, że Niezdolność do samodzielnej egzystencji jest przyczyną tej samej Choroby albo tego samego Nieszczęśliwego wypadku.

Wypłata świadczenia

§ 17

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię orzeczenia lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o Niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej;
   4) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
5. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
6. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 5.

Postanowienia końcowe

§ 18

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego zdrowie Dziecka
(kod RPFL1_CDD_CDCHB_CCC_CADISB5_CMMO_CBD_09.2025) dalej „OWUD”,
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 5; § 19 ust. 1 i 4; § 20 ust. 1, 4-6; § 21 ust. 1; § 22 ust. 1; § 23 ust. 1, 3, 9 i 10; § 24 ust. 1 i 2; Załącznik nr 2 do OWUD – Tabela uszczerbków na zdrowiu	§ 15; § 16 ust. 1 i 4; § 17 ust. 1 i 4; § 18 ust. 1 i 4; § 19 ust. 2 i 3; § 20 ust. 2 i 3; § 21 ust. 2 i 3; § 22 ust. 2 i 3; § 23 ust. 2-8, 10 i 11; § 24 ust. 1

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO ZDROWIE DZIECKA (KOD RPFL1_CDD_CDCHB_CCC_CADISB5_CMMO_CBD_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego zdrowie Dziecka (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o zdrowie dla Dziecka.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do Umowy dodatkowej. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, dodaje się następujące dodatkowe terminy:

1) **Centrum Pomocy Generali** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe czynne przez całą dobę, 365 dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej oraz koordynuje realizację świadczenia z tytułu Drugiej opinii medycznej (zwane dalej „**Centrum Pomocy**"). Numer telefonu Centrum Pomocy wskazany jest w Dokumencie ubezpieczenia;
2) **Choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
3) **Choroba neuronu ruchowego** – choroba o nieznanej etiologii, charakteryzująca się postępującym zwyrodnieniem szlaków korowo-rdzeniowych, komórek przednich rdzenia i/lub neuronów opuszki. Definicja obejmuje następujące jednostki chorobowe:
   a. rdzeniowy zanik mięśni (SMA);
   b. postępujące porażenie opuszkowe (PBP);
   c. stwardnienie zanikowe boczne (ALS);
   d. pierwotne stwardnienie boczne (PLS).

   Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii, konieczne jest wykluczenie innych jednostek chorobowych, dających podobne objawy;
4) **Druga opinia medyczna** – opinia dotycząca diagnozy, stanu zdrowia i leczenia Dziecka sporządzana przez Lekarza konsultanta na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej;
5) **Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przez niego Przysposobione, które urodziło się po 22 tygodniu trwania ciąży i które nie ukończyło 26 lat lub bez względu na wiek pod warunkiem, że jest niezdolne do samodzielnej egzystencji powstałej przed ukończeniem 26 roku życia;
6) **Europ Assistance** – Europ Assistance Sp. z o.o., która mieści się pod adresem: ul. Wołoska 5, 02-675 Warszawa, współpracująca z Towarzystwem w ramach Drugiej opinii medycznej;
7) **Lekarz konsultant** – lekarz uznany za wybitnego specjalistę w środowisku medycznym w danej specjalności. Wybór Lekarza konsultanta będzie dokonywany przez Europ Assistance, z uwzględnieniem specyfiki choroby Dziecka;
8) **Lekarz uprawniony** – lekarz współpracujący z organizatorem usług objętych Drugą opinią medyczną;
9) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, Udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
10) **OIOM (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej)** – wyodrębniony organizacyjnie w strukturach szpitala oddział zapewniający całodobową specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w przypadku ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych.

    W rozumieniu OWUD pojęcie OIOM obejmuje także:
    a. oddział intensywnej terapii;
    b. oddział anestezjologii i intensywnej terapii;
    c. oddział intensywnego nadzoru medycznego;
    d. salę intensywnego nadzoru, wydzieloną w strukturze oddziału szpitalnego, spełniającą kryteria opisane powyżej;
11) **Operacja zastawek serca** – operacja na otwartym sercu, polegająca na przeszczepieniu, wszczepieniu lub naprawie jednej lub kilku zastawek serca. Definicja nie obejmuje zabiegów polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów wprowadzonych do naczyń krwionośnych oraz wymiany wszczepionej wcześniej zastawki. Zabieg musi wynikać ze wskazań klinicznych, potwierdzonych przez specjalistę w zakresie kardiologii, a uszkodzenie zastawek musi być potwierdzone badaniem naczyniowym lub echokardiograficznym;
12) **Ośrodek referencyjny** – ośrodek medyczny będący ze względu na profil swojej działalności, doświadczenie i wyniki leczenia punktem odniesienia w diagnostyce lub leczeniu danej jednostki chorobowej;
13) **Paraliż** – całkowita utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn, spełniająca kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovetta, spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu. Kończyna rozumiana jest jako anatomiczna całość: ramię, przedramię, dłoń w przypadku kończyny górnej i udo, podudzie i stopa w przypadku kończyny dolnej. Utrata funkcji musi być trwała, istnieć przez ponad 6 miesięcy od daty zdarzenia i być potwierdzona przez specjalistę neurologa;
14) **Pobyt Dziecka w szpitalu** – odbywający się na zlecenie lekarza pobyt Dziecka w szpitalu, rozumianym jako zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń szpitalnych w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa, trwający nieprzerwanie co najmniej 2 kolejne dni, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. Definicja obejmuje szpitale znajdujące się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz krajów Unii Europejskiej, a także krajów spoza Unii Europejskiej pod warunkiem dostarczenia dokumentacji medycznej przetłumaczonej na język angielski. Okres Pobytu Dziecka w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala. Jeżeli w czasie Pobytu Dziecka w szpitalu nastąpił zgon, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu.

    W rozumieniu niniejszej definicji Pobytem Dziecka w szpitalu nie jest pobyt w:
    a. placówkach leczenia odwykowego;
    b. zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności: szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach, prewentoriach;

c. hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych;

15) **Poważna operacja** – inwazyjny zabieg chirurgiczny wykonywany w Szpitalu w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym przez uprawnionego lekarza, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub układu albo mający na celu usunięcie ogniska chorobowego. Definicja obejmuje wyłącznie przypadki wymienione w Katalogu Poważnych operacji stanowiącym załącznik nr 1 do OWUD. Operacjami, w rozumieniu niniejszych OWUD, nie są zabiegi przeprowadzane w celach diagnostycznych, takie jak biopsja, pobranie wycinków, operacja zwiadowcza;

16) **Poważne zachorowanie** – jednostka chorobowa lub zabieg operacyjny:

a. **Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** – ostre zakażenie bakteryjne ośrodkowego układu nerwowego, powodujące zaburzenia jego funkcji. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikiem badania płynu mózgowo – rdzeniowego, wskazującym na obecność infekcji bakteryjnej oraz powstaniem trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przez co najmniej 3 miesiące od zachorowania;

b. **Ciężkie oparzenia** – uszkodzenie tkanek czynnikami termicznymi, elektrycznymi lub chemicznymi, powodujące oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20 % powierzchni ciała. Jako kryterium pomiaru przyjmuje się tabelę powierzchni ciała Lunda i Browdera;

c. **Cukrzyca Typu I** – przewlekła choroba metaboliczna o podłożu autoimmunologicznym, przebiegająca ze zniszczeniem komórek beta trzustki, wymagająca leczenia insuliną przez co najmniej 3 miesiące;

d. **Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy** – histologicznie łagodny guz nowotworowy mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych powodujący uszkodzenie tkanek, spełniający wszystkie poniższe warunki:
   a) wymaga usunięcia chirurgicznego, a w przypadku jego nieoperacyjności powoduje trwały ubytek neurologiczny, istniejący stale przez co najmniej 3 miesiące (ataki padaczkowe nie są uważane za trwały ubytek neurologiczny w rozumieniu niniejszych OWUD);
   b) jego istnienie zostało potwierdzone przez neurologa lub neurochirurga na podstawie stosownych badań obrazowych (magnetyczny rezonans jądrowy lub tomografia komputerowa).

   Definicja nie obejmuje:
   a) torbieli;
   b) ziarniniaków;
   c) malformacji naczyniowych;
   d) krwiaków;
   e) ropni;
   f) guzów rdzenia kręgowego;
   g) guzów przysadki mózgowej mniejszych niż 10 mm;

e. **Niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do stosowania u Dziecka przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki;

f. **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie zdrowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Definicja obejmuje także złośliwe nowotwory ośrodkowego układu nerwowego oraz krwi i narządów krwiotwórczych. Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie Nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia poniższych trzech kryteriów:
   a) pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne;
   b) posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem;
   c) rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności;

   Definicja nie obejmuje:
   a) nowotworów łagodnych;
   b) zróżnicowanych raków tarczycy i prostaty o stopniu zaawansowania mniejszym niż II zgodnie z klasyfikacją AJCC;
   c) nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania większym niż IA zgodnie z klasyfikacją AJCC;
   d) nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania mniejszym niż IB w klasyfikacji AJCC;
   e) nowotworów rozpoznanych jedynie na podstawie płynnej biopsji (liquid biopsy);

g. **Przeszczepienie narządu** – przeszczepienie Dziecku, jako biorcy, jednego z narządów: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub allogeniczny przeszczep szpiku kostnego. Definicja nie obejmuje przeszczepów narządów innych niż wymienione powyżej części narządów (z wyjątkiem przeszczepu fragmentu wątroby), przeszczepów tkanek lub komórek oraz przeszczepów narządów związanych z nadużywaniem alkoholu, leków lub innych substancji chemicznych;

h. **Przewlekła niewydolność wątroby** – końcowe stadium choroby wątroby charakteryzujące się istnieniem jednego z poniższych objawów:
   a) trwała żółtaczka;
   b) wodobrzusze;
   c) encefalopatia wątrobowa;
   d) żylaki przełyku;
   e) zaburzenia krzepnięcia.

   Świadczenie zostanie wypłacone w przypadku, gdy rozpoznano niewydolność wątroby mieszczącą się w klasie B lub C klasyfikacji Child-Pugh.

   Definicja nie obejmuje:
   a) przypadków mieszczących się w klasie A klasyfikacji Child-Pugh;
   b) chorób wątroby związanych z nadużywaniem alkoholu, leków lub innych substancji chemicznych;

i. **Śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin, oceniany na nie więcej niż 7 stopni w Skali Glasgow (Glasgow Coma Scale), powodujący powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Definicja nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej, a także wynikających z użycia leków, alkoholu i innych substancji odurzających;

j. **Zapalenie mózgu** – stan zapalny tkanki mózgowej (półkul mózgu, pnia mózgu lub móżdżku), spowodowany czynnikiem infekcyjnym, prowadzący do powstania trwałych ubytków neurologicznych, których istnienie może być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii po 6 miesiącach od początku zachorowania;

17) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Dziecka bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;

18) **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 Dziecka;
19) **Składka za Umowę dodatkową** – łączna kwota należna z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej zdrowie Dziecka;
20) **Skręcenie** – uraz polegający na przekroczeniu fizjologicznego zakresu ruchu w stawie. Na skutek skręcenia może dojść do uszkodzenia torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien;
21) **Stwardnienie rozsiane** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) charakteryzująca się powstawaniem obszarów demielinizacji. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie aktualnych kryteriów diagnostycznych McDonalda i potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Konieczne jest istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii najwcześniej po 6 miesiącach od daty wystąpienia zdarzenia) i jednoznaczne wykluczenie innej przyczyny stwierdzanych nieprawidłowości (np. choroby naczyniowe, zakażenia bakteryjne lub wirusowe);
22) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia, odrębna dla każdego ze zdarzeń ubezpieczeniowych;
23) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. Definicja obejmuje wyłącznie przypadki wymienione w Tabeli uszczerbków na zdrowiu stanowiącej załącznik nr 2 do OWUD;
24) **Udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorem materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
    a. obecność nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
    b. utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
    c. obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w badaniach obrazowych (tomografii komputerowej lub jądrowym rezonansie magnetycznym);
    d. istnienie trwałych deficytów neurologicznych musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie co najmniej 2 miesięcy od daty zdarzenia.

    Definicja nie obejmuje:
    a. epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
    b. zdarzeń skutkujących jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci;
    c. objawów mózgowych spowodowanych migreną;
    d. uszkodzenia mózgu spowodowanego zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
    e. chorób naczyniowych dotyczących oka, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;
25) **Uraz w wyniku Nieszczęśliwego wypadku** – uraz powodujący Złamanie, Zwichnięcie lub Skręcenie i niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
26) **Utrata mowy** – trwała i nieodwracalna całkowita utrata zdolności mówienia w wyniku choroby lub wypadku, powodujących uszkodzenie strun głosowych, utrzymująca się przez co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii. Definicja nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi;
27) **Utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie laryngologii, w oparciu o wyniki badań audiometrycznych, wykazujących średni ubytek słuchu (badany dla częstotliwości 500,1000 i 2000 Hz) przekraczający 90 dB w każdym uchu;
28) **Utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach, rozumiana jako osłabienie ostrości wzroku poniżej 5/50 (0,01) lub ograniczenie pola widzenia poniżej 20%, spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym i korekcyjnym. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę;
29) **Wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
    a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
    b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,

    w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną oraz zawarta była umowa dodatkowa na wypadek zdrowia Dziecka obejmująca zakresem ubezpieczenia Poważne zachorowanie Dziecka lub Poważną operację Dziecka, lub Pobyt Dziecka w szpitalu;
30) **Zakażenie wirusem HIV** – zdiagnozowanie u Dziecka zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że:
    a. do zakażenia doszło w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, podczas przetaczania ze wskazań medycznych krwi lub preparatów krwiopochodnych;
    b. Dziecko nie było leczone z powodu hemofilii;
    c. do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy po przetoczeniu;
    d. obecność infekcji HIV została potwierdzona w autoryzowanym laboratorium.

    Definicja nie obejmuje przypadków zakażenia, do których doszło w inny sposób, np. drogą kontaktów seksualnych lub dożylnego stosowania środków odurzających. Towarzystwo musi posiadać prawo dostępu do wyników badań krwi Dziecka i mieć prawo do zlecania niezależnych badań kontrolnych;
31) **Złamanie** – spowodowane urazem przerwanie ciągłości tkanki kostnej, obejmujące cały jej przekrój, a także urazowe złuszczenie chrząstki nasadowej. W rozumieniu niniejszych OWUD Złamaniem nie jest przerwanie ciągłości tkanki kostnej związane z istniejącym wcześniej stanem chorobowym (tzw. złamanie patologiczne);
32) **Zwichnięcie** – spowodowane urazem uszkodzenie stawu, skutkujące przemieszczeniem powierzchni stawowych względem siebie, a w konsekwencji naciągnięcie lub naderwanie torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Dziecka.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe wymienione w tabeli.

Zdarzenie ubezpieczeniowe
Poważne zachorowanie Dziecka
Pobyt Dziecka w szpitalu
Refundacja kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku oraz Uraz w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodujący Trwałego Uszczerbku na zdrowiu
Poważna operacja Dziecka
Druga Opinia Medyczna

§ 5

W ramach zdarzeń ubezpieczeniowych, określonych w § 4, zakres ubezpieczenia obejmuje:

1) wystąpienie u Dziecka w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Poważnych zachorowań, zgodnych z definicjami określonymi w § 2 pkt 17;
2) Pobyt Dziecka w szpitalu, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i był spowodowany Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem, które wystąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
3) refundację kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, któremu Dziecko uległo w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, powstałych z tytułu:
   a. udzielenia pierwszej pomocy ambulatoryjnej;
   b. pobytu w szpitalu, badań, zabiegów i operacji (z wyłączeniem operacji plastycznych);
   c. nabycia lekarstw i środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza;
   d. przewozu Dziecka do szpitala lub ambulatorium;
4) refundację kosztów wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych dla Dziecka wymienionych w Tabeli przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, stanowiącej załącznik nr 3 do OWUD, poniesionych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
5) Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
6) Uraz u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu powstały w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
7) Poważne operacje Dziecka przeprowadzone w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
8) sporządzenie Drugiej opinii medycznej, w ramach której Towarzystwo za pośrednictwem Europ Assistance zobowiązuje się do:
   a. udzielenia Dziecku informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie Drugiej opinii medycznej, a w razie potrzeby zobowiązuje się do zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów; w przypadku chorób nowotworowych może być konieczne przeprowadzenie ponownego badania histopatologicznego, które, na wniosek Dziecka, zostanie zorganizowane przez Europ Assistance;
   b. przetłumaczenia, w razie potrzeby, zebranej dokumentacji medycznej na język angielski, a następnie sporządzenia z niej streszczenia;
   c. przesłania streszczenia do Lekarza konsultanta specjalizującego się w danym schorzeniu;
   d. zapewnienia sporządzenia Drugiej opinii medycznej zawierającej: potwierdzenie bądź nową diagnozę, efektywny sposób leczenia, rokowania;
   e. przetłumaczenia Drugiej opinii medycznej na język polski oraz udostępnienia jej Dziecku lub na wniosek Dziecka lekarzowi prowadzącemu, pod opieką którego Dziecko się znajduje;
   f. zorganizowania telekonsultacji, wideokonsultacji lub wizyty u Lekarza konsultanta, czyli:
      a) zorganizowania telekonsultacji, wideokonsultacji albo wizyty u Lekarza konsultanta z Ośrodka referencyjnego, przygotowującego Drugą opinię medyczną, w celu omówienia z nim wątpliwości lub niejasności, a także odpowiedzi na dodatkowe pytania Dziecka dotyczące sporządzonej Drugiej opinii medycznej. Usługa realizowana jest w dni robocze w terminie ustalonym z Dzieckiem;
      b) zorganizowania pomocy tłumacza, przy wykorzystaniu narzędzi porozumiewania się na odległość (telefon, e-mail, chat), w sytuacji, gdy Dziecko wymaga wsparcia w zakresie tłumaczenia podczas telekonsultacji albo wideokonsultacji z Lekarzem konsultantem z Ośrodka referencyjnego lub w trakcie organizacji procesu leczenia. Tłumaczenia odbywają się w języku: angielskim, niemieckim, hiszpańskim lub francuskim. Usługa realizowana jest w dniu telekonsultacji albo wideokonsultacji;
   g. wskazania lekarzy kwalifikujących się do podjęcia procesu leczenia Dziecka, czyli:
      a) wyszukania lekarza specjalizującego się w danym schorzeniu;
      b) dostarczenia Dziecku raportu zawierającego informacje o dostępności lekarza, sposobie, w jaki można umówić się na wizytę, dokumentacji medycznej potrzebnej na wizytę oraz zawierającego informacje o doświadczeniu lekarza. W raporcie zawarte są opisy maksymalnie trzech rekomendowanych lekarzy;
   h. zorganizowania procesu leczenia Dziecka za granicą, czyli:
      a) zorganizowania oraz koordynacji terapii medycznej;
      b) zorganizowania oraz koordynacji transportu Dziecka do miejsca gdzie przeprowadzane jest leczenie;
      c) zorganizowania zakwaterowania Dziecka;
      d) przedstawienia szacunkowego kosztu leczenia.

   Prawo do usług określonych w ppkt f, g oraz h przysługuje pod warunkiem, że wcześniej została sporządzona Druga opinia medyczna dla Dziecka.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 6

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego:
   1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
   2) od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.

2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 67 roku życia.
3. Umowa dodatkowa zawierana jest na okres jednego roku (okres ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Jeżeli Umowa dodatkowa zostaje zawarta w dniu niebędącym Rocznicą polisy, wówczas okres ubezpieczenia wynosi taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy.
5. Umowa dodatkowa ulega automatycznym przedłużeniom na kolejne roczne okresy ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.
6. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Dziecka rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Dziecka wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 8.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 8

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
   1) rozwiązania Umowy głównej;
   2) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   3) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   4) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 100 lat;
   5) zawieszenia opłacania Składek regularnych, jeżeli podczas tego zawieszenia ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie jest kontynuowana na zasadach określonych w OWU w części „Zawieszenie opłacania Składek regularnych".
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej, z wyłączeniem zapisów dotyczących odstąpienia od Umowy głównej w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu oraz wysokości świadczeń z tytułu Umowy głównej, o którym mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej".

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową

§ 9

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej uzależniona jest od wybranego wariantu i wynosi odpowiednio:

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Wariant standard	Wariant optymalny	Wariant VIP
Poważne zachorowanie Dziecka	30 000 zł	40 000 zł	80 000 zł
Pobyt Dziecka w szpitalu	5 000 zł	15 000 zł	20 000 zł
Refundacja kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	1 000 zł	2 000 zł	5 000 zł
Poważna operacja Dziecka	1 000 zł	2 000 zł	20 000 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku oraz Uraz w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodujący Trwałego Uszczerbku na zdrowiu	20 000 zł	30 000 zł	50 000 zł
Druga opinia medyczna dla Dziecka	sporządzenie Drugiej opinii medycznej dla Dziecka		

2. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

§ 10

1. Wysokość Składki za Umowę dodatkową ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składek, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 16 ust. 1, § 17 ust. 1 i § 18 ust. 1, oraz wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę dodatkową potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do Składki regularnej i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składki za Umowę dodatkową

§ 11

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
   1) zmianę w Płatnicę polisy na wariant o wyższych Sumach ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   2) zmianę w Płatnicę polisy na wariant o niższych Sumach ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie drugiego roku od zawarcia Umowy dodatkowej.
2. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę wariantu Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.

§ 12

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem nowego okresu ubezpieczenia Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o wysokości Składki za Umowę dodatkową, jaka obowiązywać będzie w nowym okresie ubezpieczenia. Wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczana jest zgodnie z § 10 ust. 1.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obowiązuje od pierwszej Płatnicy polisy w nowym okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku braku opłacenia Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości, zastosowanie mają zapisy § 14 OWU.

§ 13

1. Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz Składka za Umowę dodatkową nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 14

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i Składka za Umowę dodatkową nie podlegają indeksacji.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 15

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenia ubezpieczeniowe, o których mowa w § 4, były konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Dziecka w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) niedorozwoju umysłowego Dziecka lub zaburzeń psychicznych Dziecka oraz ich skutków;
   3) spożycia przez Dziecko 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);
   4) pozostawania przez Dziecko pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Dziecko, próby samobójczej Dziecka, świadomego samookaleczenia Dziecka lub okaleczenia Dziecka na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
   5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Dziecko na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
   6) prowadzenia przez Dziecko pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   7) uprawiania przez Dziecko niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Dziecka 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 górską 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. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka, jeżeli Poważne zachorowanie Dziecka było spowodowane przyczynami wymienionymi w ust. 1, a ponadto, jeśli jest konsekwencją:
   1) wad wrodzonych Dziecka i schorzeń będących ich skutkiem;
   2) choroby AIDS Dziecka;

   a także, jeżeli Poważne zachorowanie Dziecka:
   3) zostało zdiagnozowane lub jest leczone u Dziecka przed dniem zawarcia Umowy dodatkowej;
   4) było następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
      a. zdiagnozowanych u Dziecka lub
      b. leczonych u Dziecka, lub
      c. których leczenie zalecono u Dziecka,

   w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem § 19 ust. 4.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu, jeżeli Pobyt Dziecka w szpitalu był spowodowany przyczynami wymienionymi w ust. 1, a ponadto jeżeli celem lub powodem Pobytu Dziecka w szpitalu były:
   1) wady wrodzone Dziecka i schorzenia będące ich skutkiem;
   2) choroba AIDS Dziecka;
   3) nadużywanie przez Dziecko alkoholu potwierdzonego w dokumentacji medycznej;
   4) operacja plastyczna lub kosmetyczna Dziecka, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
   5) wykonywanie rutynowych badań lekarskich lub badań diagnostycznych niewynikających z Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku;
   6) wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych u Dziecka, z wyjątkiem rehabilitacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;

7) leczenie lub zabiegi związane z ciążą, porodem i połogiem Dziecka (poza przypadkami, gdy zdiagnozowano komplikacje połogu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiący zagrożenie dla życia Dziecka), leczenie bezpłodności, sterylizację, sztuczne zapłodnienie lub usunięcie ciąży (z wyjątkiem sytuacji, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia Dziecka), zmianę płci Dziecka;
8) poddanie się leczeniu dentystycznemu Dziecka, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany został Nieszczęśliwym wypadkiem;
9) pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu od Dziecka;
10) leczenie wszelkiego rodzaju uzależnień Dziecka;

a także, jeżeli Pobyt Dziecka w szpitalu:

11) został zlecony lub o którym postanowiono przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej;
12) był następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
    a. zdiagnozowanych u Dziecka lub
    b. leczonych u Dziecka, lub
    c. których leczenie zalecono u Dziecka,

    w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy, z zastrzeżeniem § 19 ust. 4.

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnej operacji Dziecka, jeżeli była ona spowodowana przyczynami wymienionymi w ust. 1, a także, jeżeli celem lub powodem Poważnej operacji Dziecka były:
   1) choroba AIDS Dziecka;
   2) nadużywanie przez Dziecko alkoholu potwierdzonego w dokumentacji medycznej;
   3) operacja plastyczna lub kosmetyczna Dziecka, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
   4) zmiana płci Dziecka, pozbawienie Dziecka płodności, usunięcie ciąży Dziecka, sztuczne zapłodnienie Dziecka lub inny sposób leczenia jego niepłodności;
   5) poddanie się leczeniu dentystycznemu Dziecka, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany został Nieszczęśliwym wypadkiem;
   6) pobranie od Dziecka narządów lub tkanek do przeszczepu;
   7) leczenie wszelkiego rodzaju uzależnień Dziecka;

   a także, jeżeli Poważna operacja Dziecka:

   8) została zlecona lub o której postanowiono przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej;
   9) była następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
      a. zdiagnozowanych u Dziecka lub
      b. leczonych u Dziecka, lub
      c. których leczenie zalecono u Dziecka,

      w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Drugiej opinii medycznej, jeżeli choroba lub uszkodzenie ciała powodujące trwałą, krytyczną, nieodwracalną utratę zdrowia były konsekwencją którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w ust. 1, a ponadto jeśli powstały wskutek:
   1) poddania się leczeniu dentystycznemu przez Dziecko, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany został Nieszczęśliwym wypadkiem;
   2) operacji plastycznej lub kosmetycznej Dziecka, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
   3) leczenia wszelkiego rodzaju uzależnień Dziecka;
   4) przypadków związanych z usuwaniem ciąży lub będących jego następstwem.
6. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo 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 Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

§ 16

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność wyłącznie, jeżeli Poważne zachorowanie Dziecka spowodowane było Nieszczęśliwym wypadkiem.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisy.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
   1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
   2) Poważne zachorowanie Dziecka nastąpiło po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

   Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.
4. Zapis ust. 1 ma zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 1, liczony jest od dnia podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

§ 17

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu wyłącznie, jeżeli pobyt ten spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem.

2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisy.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
   1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
   2) Pobyt Dziecka w szpitalu miał miejsce po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

   Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.
4. Zapis ust. 1 ma zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 1, liczony jest od dnia podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

§ 18

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu Poważnej operacji Dziecka wyłącznie, jeżeli operacja ta spowodowana była Nieszczęśliwym wypadkiem.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisy.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
   1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
   2) Poważna operacja Dziecka miała miejsce po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

   Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.
4. Zapis ust. 1 ma zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 1, liczony jest od dnia podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka

§ 19

1. W przypadku Poważnego zachorowania Dziecka Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka, aktualnej w dniu wystąpienia Poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. W przypadku wypłacenia świadczenia z tytułu danego Poważnego zachorowania Dziecka odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu tego Poważnego zachorowania Dziecka wygasa.
3. W przypadku wystąpienia kolejnego Poważnego zachorowania Dziecka świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli pomiędzy poszczególnymi Poważnymi zachorowaniami Dziecka zachodzi związek przyczynowo-skutkowy potwierdzony przez lekarza orzecznika.
4. Jeżeli stany chorobowe u Dziecka, których następstwem jest wystąpienie któregokolwiek z Poważnych zachorowań, ujawniły się przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
   1) stany chorobowe u Dziecka ujawniły się w okresie obejmowania ochroną z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego Poważnego zachorowania Dziecka;
   2) ochrona w stosunku do Ubezpieczonego z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego Poważnego zachorowania Dziecka zakończyła się;
   3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem wystąpienie danego Poważnego zachorowania Dziecka a datą rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.

Świadczenie z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu

§ 20

1. W przypadku Pobytu Dziecka w szpitalu, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu za każdy dzień Pobytu Dziecka w szpitalu określony w tabeli nr 1 procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu rozpoczęcia Pobytu Dziecka w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 4.

tabela nr 1

% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za Pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany Chorobą		
za każdy dzień Pobytu Dziecka w szpitalu 0,5%		
% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za Pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem		
1-14 dzień Pobytu Dziecka w szpitalu	od 15 dnia Pobytu Dziecka w szpitalu	1-5 dzień Pobytu Dziecka na OIOM
1,0%	0,5%	dodatkowo 0,5%

2. Towarzystwo wypłaci świadczenie za nie więcej niż:
   1) 90 dni w związku z jednym Pobytem Dziecka w szpitalu lub Pobytami Dziecka w szpitalu spowodowanymi tą samą Chorobą lub tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem;
   2) 180 dni w związku z więcej niż jednym Pobytem Dziecka w szpitalu.

3. Jeżeli w tym samym dniu Dziecko było pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia przyjmuje się, że był to pobyt w jednym szpitalu.
4. Jeżeli w tym samym czasie Pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany był Chorobą oraz Nieszczęśliwym wypadkiem, do ustalenia wysokości świadczenia przyjmuje się stawkę za Pobyt Dziecka w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
5. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
6. Zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Pobytu Dziecka w szpitalu możliwe jest także w trakcie Pobytu Dziecka w szpitalu po 30 dniu tego pobytu. Zasadę tę stosuje się do każdego kolejnego 30-dniowego okresu Pobytu Dziecka w szpitalu.

Świadczenie z tytułu refundacji kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

§ 21

1. Świadczenie polega na refundacji kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku oraz kosztów wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych poniesionych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku.
2. Refundacja kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku obejmuje koszty, które zostały poniesione na terytorium całego świata w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
3. Refundacja kosztów wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych zaleconych przez lekarza obejmuje koszty, które zostały poniesione na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem, że nie zostały one pokryte z ubezpieczenia społecznego.

Świadczenie z tytułu Poważnej operacji Dziecka

§ 22

1. W przypadku przeprowadzenia Poważnej operacji Dziecka Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu wykonania operacji, zależny od kategorii określonej w Katalogu Poważnych operacji, stanowiącym załącznik nr 1 do OWUD.
   W przypadku Poważnej operacji:
   1) z kategorii A – wypłaci 100% Sumy ubezpieczenia;
   2) z kategorii B – wypłaci 80% Sumy ubezpieczenia;
   3) z kategorii C – wypłaci 60% Sumy ubezpieczenia;
   4) z kategorii D – wypłaci 40% Sumy ubezpieczenia;
   5) z kategorii E – wypłaci 20% Sumy ubezpieczenia,

   z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Poważnej operacji Dziecka w danym Roku polisy nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu Poważnej operacji Dziecka przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku oraz Urazu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego Uszczerbku na zdrowiu

§ 23

1. W przypadku Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu 1% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka, ustalony zgodnie z Tabelą uszczerbków na zdrowiu stanowiącą załącznik nr 2 do OWUD.
2. Prawo do świadczenia z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka przysługuje maksymalnie za 100% Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka spowodowanego jednym Nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
   1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
   2) Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
   3) do powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka doszło przed upływem 180 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
   4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem Dziecka a powstałym u niego Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu.
4. Oceny stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w § 25 ust. 6, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Dziecko na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
5. W przypadku powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym Nieszczęśliwym wypadkiem, a miało to wpływ na ustalenie aktualnego stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu, rodzaj i stopień (procent) Trwałego uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy, jako różnica upośledzenia danego narządu przed i po Nieszczęśliwym wypadku.
6. Rodzaj wykonywanych przez Dziecko czynności i charakter jego pracy nie mają wpływu na ocenę stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
7. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia jak i pogorszenia, nie stanowi podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
8. W przypadku wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku powodującego Trwały uszczerbek na zdrowiu Dziecko zobowiązane jest starać się o złagodzenie skutków Nieszczęśliwego wypadku poprzez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej oraz zaleconemu przez lekarzy leczeniu. Towarzystwo nie odpowiada za Trwały uszczerbek na zdrowiu będący konsekwencją braku działań, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

9. W przypadku Urazu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia ale nie więcej niż 1000 zł za jeden Uraz w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka.
10. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z Urazem w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującym Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
    1) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpił Uraz niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
    2) z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a powstałym Urazem niepowodującym Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka.
11. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Urazu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu może wynieść maksymalnie kwotę odpowiadającą 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Drugiej opinii medycznej dla Dziecka

§ 24

1. Świadczenie obejmuje proces organizowania usług określonych w § 5 pkt 8, natomiast nie obejmuje kosztów wizyt lekarskich i badań diagnostycznych zaleconych lub niezbędnych do sporządzenia Drugiej opinii medycznej. Nie obejmuje również kosztów terapii medycznej, transportu czy zakwaterowania.
2. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli u Dziecka rozpoznano chorobę lub uszkodzenie ciała powodujące trwałą, krytyczną, nieodwracalną utratę zdrowia tj:
    1) Chorobę neuronu ruchowego;
    2) Ciężkie oparzenia;
    3) Niewydolność nerek;
    4) Nowotwór złośliwy inwazyjny;
    5) Operacja zastawek serca;
    6) Paraliż;
    7) Przeszczepienie narządu;
    8) Stwardnienie rozsiane;
    9) Śpiączkę;
    10) Udar mózgu;
    11) Utratę mowy;
    12) Utratę słuchu;
    13) Utratę wzroku;
    14) Zakażenie wirusem HIV.
3. Zgłaszający się do Centrum Pomocy Generali powinien podać następujące dane:
    1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
    2) imię i nazwisko Dziecka;
    3) adres zamieszkania;
    4) numer telefonu do kontaktu zwrotnego.
4. W przypadku potwierdzenia ochrony ubezpieczeniowej zgłaszający otrzyma przesyłkę zawierającą zestaw formularzy niezbędnych do spełnienia świadczenia.
5. Zgłaszający zobowiązany jest dostarczyć do Centrum Pomocy Generali pełną dokumentację medyczną dotyczącą przypadku medycznego, w związku z którym wnioskuje o sporządzenie Drugiej opinii medycznej dla Dziecka.
6. Centrum Pomocy Generali przesyła Drugą opinię medyczną w ciągu 17 dni roboczych liczonych od daty, w której spełniony został warunek określony w ust. 5.
7. W przypadku, gdy sporządzenie Drugiej opinii medycznej nie może nastąpić w terminie, o którym mowa w ust. 6, Centrum Pomocy Generali sporządzi Drugą opinię medyczną w ciągu 14 dni roboczych od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności sporządzenie jej było możliwe.
8. Centrum Pomocy Generali organizuje telekonsultację, wideokonsultację albo wizytę u Lekarza konsultanta, o których mowa w § 5 pkt 8 ppkt f, nie później niż 2 dni robocze od dnia otrzymania zgłoszenia o chęci skorzystania z tej usługi.

Wypłata świadczenia

§ 25

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
    1) wniosek o wypłatę świadczenia;
    2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
    3) kopię aktu urodzenia Dziecka.
2. W przypadku Poważnego zachorowania Dziecka należy też złożyć kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania Dziecka.
3. W przypadku Pobytu Dziecka w szpitalu należy dodatkowo złożyć:
    1) kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej Pobyt Dziecka w szpitalu.
    2) kopię zaświadczenia o trwającej hospitalizacji wystawionego przez lekarza prowadzącego, w przypadku gdy pobyt w szpitalu się nie zakończył.
4. W przypadku refundacji kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku należy dodatkowo złożyć:
    1) kopię rachunków lub faktur wystawionych imiennie na Dziecko;
    2) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej udzielenie Dziecku pomocy medycznej, o której mowa w § 5 pkt 3;
    3) kopię zalecenia zakupu lub wypożyczenia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, o których mowa w § 5 pkt 4, wystawionego przez lekarza;

4) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony.

5. W przypadku Poważnej operacji Dziecka należy dodatkowo złożyć kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej przeprowadzenie operacji u Dziecka.
6. W przypadku Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku należy dodatkowo złożyć kopię dokumentacji medycznej określającej rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony.
7. W przypadku Urazu u Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu należy dodatkowo złożyć kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Urazu u Dziecka niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony.
8. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1-7 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu, dokumentów.
9. Dokumenty, o których mowa w ust. 1-8 powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski, z zastrzeżeniem ust. 10.
10. W przypadku gdy Pobyt Dziecka w szpitalu miał miejsce w kraju spoza Unii Europejskiej dokumenty, o których mowa w ust. 1-8, powinny być przetłumaczone na język angielski.
11. Koszty tłumaczenia, o którym mowa w ust. 9 i 10, ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
12. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
13. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 12.
14. W celu uznania zasadności roszczenia z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka Towarzystwo ma prawo skierować Dziecko na badania lekarskie. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem, a ich koszt pokrywa Towarzystwo.

§ 26

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Wykaz istotnych informacji zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, w ramach którego prowadzone jest Indywidualne Konto Emerytalne (kod RPFL1_IKE1_09.2025) dalej „OWU", z uwzględnieniem definicji z OWU (Skorowidz)

	Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej w OWU
1.	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 4; § 13 ust. 1; § 14 ust. 1; § 15 ust. 1, 2 i 7
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 11
3.	Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 15 ust. 3; § 17 ust. 1-8; Załącznik nr 1 do OWU – Tabela opłat ust. 1 pkt 1-4; Załącznik nr 3 do OWU – § 5 ust. 7 i 8; Załącznik nr 3 do OWU – § 6 ust. 1-6
4.	Wartość wykupu ubezpieczenia* w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 6 ust. 6 i 7; § 13 ust. 4; § 14 ust. 5; § 15 ust. 8 i 9

* W związku z terminologią stosowaną w Umowie o prowadzenie Indywidualnego Konta Emerytalnego zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 roku o indywidualnych kontach emerytalnych i indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego, na potrzeby niniejszego wykazu wartość wykupu ubezpieczenia rozumiana jest jako Wypłata, Wypłata transferowa lub Zwrot zgodnie z definicjami nadanymi im przez OWU.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYMI FUNDUSZAMI KAPITAŁOWYMI, W RAMACH KTÓREGO PROWADZONE JEST INDYWIDUALNE KONTO EMERYTALNE (KOD RPFL1_IKE1_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (zwane dalej „**OWU**") stanowią podstawę zawarcia Umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, w ramach której prowadzone jest Indywidualne Konto Emerytalne, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 roku o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego.
2. Tabela opłat i limitów – kod RPFL1_IKE1_TOIL_09.2025 (zwana dalej „**Tabelą IKE**") stanowi załącznik nr 1 do OWU.
3. Wykaz Funduszy – kod RPFL1_IKE1_WUFK_09.2025 (zwany dalej „**Wykazem Funduszy IKE**") stanowi załącznik nr 2 do OWU.
4. Regulamin lokowania środków ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych – kod RPFL1_IKE1_RL_09.2025 (zwany dalej „**Regulaminem lokowania IKE**") stanowi załącznik nr 3 do OWU.

Definicje

§ 2

1. Użyte w Umowie, OWU oraz Dokumencie ubezpieczenia wymienione poniżej terminy oznaczają:
   1) **Alokacja składki IKE** – określony procentowo przez Oszczędzającego podział Składki IKE pomiędzy Fundusze oferowane przez Towarzystwo;
   2) **Cena jednostki** – wartość Jednostki uczestnictwa, po której jest ona dopisywana do Rachunku IKE i odliczana z Rachunku IKE;
   3) **Częściowy zwrot** – wycofanie części Środków zgromadzonych na Rachunku IKE, jeżeli nie zachodzą przesłanki do Wypłaty bądź Wypłaty transferowej;
   4) **Dokument ubezpieczenia** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy pomiędzy Oszczędzającym a Towarzystwem oraz warunki tej Umowy (polisa), a także inny dokument potwierdzający zmianę warunków Umowy;
   5) **Dzień nabycia** – każdy dzień roboczy, w którym Towarzystwo nabywa Jednostki uczestnictwa, przypadający nie później niż w terminie pięciu Dni roboczych od:
      a. dnia opłacenia Składki IKE lub przyjęcia wypłaty transferowej, z zastrzeżeniem § 8 ust. 6 albo
      b. Płatnicy polisy, o ile Składka regularna IKE została opłacona przed Płatnicą polisy;
   6) **Dzień roboczy** – każdy dzień z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy;
   7) **Dzień wyceny** – każdy Dzień roboczy oraz każdy ostatni dzień kalendarzowy miesiąca;
   8) **Gromadzenie oszczędności** – dokonywanie Wpłat, Wypłat transferowych oraz przyjmowanie wypłat transferowych, a także inwestowanie środków znajdujących się na Rachunku IKE;
   9) **Jednostka uczestnictwa** – część aktywów Funduszu uzyskana poprzez podzielenie ich na równe części, dająca Oszczędzającemu prawo do udziału w aktywach Funduszu;
   10) **Konto Klienta** – serwis informacyjno-transakcyjny udostępniony przez Towarzystwo Oszczędzającemu za pośrednictwem Internetu;
   11) **Oszczędzający** – osoba fizyczna, która zawarła z Towarzystwem Umowę, gromadząca środki na Rachunku IKE;
   12) **Płatnica polisy** – data wymagalności Składki regularnej IKE, przypadająca na pierwszy dzień okresu, za który jest należna;
   13) **Portfel modelowy** – Fundusz, którego aktywa inwestowane są w szczególności w jednostki uczestnictwa więcej niż jednego funduszu inwestycyjnego w rozumieniu ustawy z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych albo więcej niż jednego funduszu inwestycyjnego mającego siedzibę za granicą;
   14) **Rachunek IKE** – wyodrębniony dla danej Umowy rachunek, do którego dopisywane są Jednostki uczestnictwa zakupione za Składki IKE oraz za przyjętą wypłatę transferową w przypadku jej dokonania – prowadzony na zasadach określonych Ustawą, a w zakresie w niej nieuregulowanym – na zasadach określonych w przepisach właściwych dla tych rachunków;
   15) **Składka IKE** – Składka regularna IKE lub Składka nieregularna IKE, która po pomniejszeniu o wysokość opłaty alokacyjnej stanowi Wpłatę na Rachunek IKE (suma wpłat Składek IKE w roku kalendarzowym nie może przekroczyć limitu określonego w § 7 ust. 8);
   16) **Składka nieregularna IKE** – składka płatna na Rachunek IKE wskazany przez Towarzystwo w dowolnym czasie trwania Umowy, również w okresie zawieszenia opłacania Składek regularnych;
   17) **Składka regularna IKE** – składka płatna na Rachunek IKE wskazany przez Towarzystwo z częstotliwością oraz w terminach wskazanych w Dokumencie ubezpieczenia;
   18) **Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego** – kwota określona w Tabeli IKE, wypłacana Uprawnionemu w przypadku śmierci Oszczędzającego;
   19) **Środki zgromadzone na Rachunku IKE** – Jednostki uczestnictwa zapisane na Rachunku IKE zakupione za Składki IKE oraz przyjętą wypłatę transferową w przypadku jej dokonania;
   20) **Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (UFK)** – wyodrębniona część aktywów Towarzystwa, podzielona na równe części (zwany dalej „**Funduszem**");
   21) **Umowa** – umowa indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, w ramach której prowadzone jest Indywidualne Konto Emerytalne, zawarta pomiędzy Towarzystwem a Oszczędzającym;
   22) **Uposażony** – osoba wskazana przez Oszczędzającego, uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Oszczędzającego;
   23) **Uposażony zastępczy** – osoba wskazana przez Oszczędzającego, uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Oszczędzającego, jeżeli wskazanie jedynego Uposażonego stało się bezskuteczne;
   24) **Uprawniony** – osoba wskazana przez Oszczędzającego, która w przypadku jego śmierci otrzyma środki z IKE oraz świadczenie w postaci Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego, a w przypadku gdy osoba taka nie została wskazana lub została wskazana bezskutecznie – spadkobiercy Oszczędzającego oraz osoby, o których mowa w § 9 ust. 5;
   25) **Ustawa** – ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego;

26) **Wartość Rachunku IKE** – kwota stanowiąca iloczyn liczby Jednostek uczestnictwa znajdujących się na Rachunku IKE nabytych za Składki IKE oraz przyjętą wypłatę transferową w przypadku jej dokonania i Ceny jednostki;
27) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy do daty, w której Wiek jest obliczany;
28) **Wniosek o zawarcie umowy** – formularz Towarzystwa, na którym Oszczędzający składa ofertę zawarcia Umowy (zwany dalej „**Wnioskiem**");
29) **Wpłata** – wpłata środków pieniężnych w formie Składki IKE lub wypłaty transferowej, dokonywana przez Oszczędzającego na Rachunek IKE;
30) **Wypłata** – wypłata środków zgromadzonych na Rachunku IKE, realizowana jednorazowo lub w ratach, na rzecz:
   a. Oszczędzającego, po spełnieniu warunków określonych w Umowie oraz Ustawie albo
   b. osób Uprawnionych, w przypadku śmierci Oszczędzającego;
31) **Wypłata transferowa** – przeniesienie środków zgromadzonych przez Oszczędzającego na IKE do innej instytucji finansowej prowadzącej IKE lub przeniesienie środków zgromadzonych na IKE z IKE zmarłego na IKE osoby Uprawnionej lub do programu emerytalnego, do którego Uprawniony przystąpił, lub przeniesienie środków zgromadzonych przez Oszczędzającego na IKE do programu emerytalnego, do którego przystąpił Oszczędzający, lub przeniesienie środków z programu emerytalnego na IKE, w przypadkach określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o pracowniczych programach emerytalnych;
32) **Zwrot** – wycofanie całości środków zgromadzonych na Rachunku IKE, jeżeli nie zachodzą przesłanki do Wypłaty bądź Wypłaty transferowej.

2. Definicje określone w ust. 1 należy rozumieć także w odpowiednim przypadku i liczbie.

Przedmiot i zakres Umowy

§ 3

1. Przedmiotem Umowy jest życie Oszczędzającego.
2. Ubezpieczenie prowadzone jest z Funduszami, w ramach których gromadzone i inwestowane są Składki IKE.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia:
1) zaistnienie okoliczności umożliwiających dokonanie wypłaty z Rachunku IKE, o których mowa w § 13 ust. 1;
2) śmierć Oszczędzającego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.

Zawarcie Umowy

§ 5

1. Umowę może zawrzeć osoba fizyczna, która w dniu zawarcia Umowy ukończyła 16 lat.
2. Umowa zawierana jest na podstawie kompletnie i poprawnie wypełnionego i złożonego przez Oszczędzającego Wniosku.
3. W przypadku, gdy stosowne przepisy prawa tego wymagają, Towarzystwo przed zawarciem Umowy uzyskuje od Oszczędzającego, w formie ankiety, informacje dotyczące jego potrzeb, wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie oraz jego sytuacji finansowej, tak aby Towarzystwo mogło dokonać oceny, czy Umowa jest odpowiednia do potrzeb Oszczędzającego.
4. Przed zawarciem Umowy Towarzystwo doręcza Oszczędzającemu warunki Umowy, w tym treść OWU wraz z załącznikami oraz Skorowidzem albo udostępnia je Oszczędzającemu w taki sposób, aby mógł je przechowywać i odtwarzać w zwykłym toku czynności.
5. Przed zawarciem Umowy Oszczędzający składa oświadczenia zawarte we Wniosku.
6. Towarzystwo potwierdza zawarcie Umowy Dokumentem ubezpieczenia (polisą).

Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy

§ 6

1. Oszczędzającemu przysługuje prawo do odstąpienia od Umowy poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia w tym względzie:
   1) w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy albo
   2) w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji, o której mowa w § 19 ust. 2 pkt 3.
2. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy Towarzystwo nie poinformowało Oszczędzającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy, termin 30 dni, o którym mowa w ust 1 pkt 1, biegnie od dnia, w którym Oszczędzający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
3. Złożenie oświadczenia o odstąpieniu od Umowy, w terminie o którym mowa w ust. 1 pkt 1 albo ust. 2, możliwe jest również za pośrednictwem infolinii Towarzystwa.
4. Umowa może być w każdym czasie wypowiedziana przez Oszczędzającego pisemnie, z zachowaniem 14-dniowego okresu wypowiedzenia.
5. Umowa ulega rozwiązaniu w przypadku dokonania Wypłaty, Wypłaty transferowej albo Zwrotu.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, Towarzystwo zwróci Oszczędzającemu wpłaconą Składkę IKE w całości, a przyjętą wypłatę transferową zwróci w formie Zwrotu, bez pobrania opłaty, o której mowa w § 17 ust. 4.
7. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 albo ust. 2, Środki zgromadzone na Rachunku IKE Towarzystwo wypłaci w formie Zwrotu, jeśli nie zachodzą przesłanki do Wypłaty bądź Wypłaty transferowej.

Wpłaty

§ 7

1. Towarzystwo określa minimalną wysokość Składki IKE w Tabeli IKE.
2. Wysokość Składki regularnej IKE oraz częstotliwość jej opłacania określone są przez Oszczędzającego we Wniosku.
3. Składki regularne IKE mogą być opłacane z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną albo miesięczną. Wysokość Składki regularnej IKE, częstotliwość oraz terminy jej opłacania potwierdzone są w Dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 14.
4. Oszczędzający ma prawo do zmiany:
   1) wysokości Składki regularnej IKE w każdą Płatnicę polisy;
   2) częstotliwości opłacania Składek regularnych IKE w całym okresie obowiązywania Umowy, z zastrzeżeniem ust. 5.

5. Wysokość Składki regularnej IKE po zmianach, o których mowa w ust. 4, nie może być niższa od minimalnej Składki IKE dla wybranej częstotliwości, określonej w Tabeli IKE.
6. Składki nieregularne IKE mogą być wpłacane w dowolnym czasie trwania Umowy z zastrzeżeniem § 8 ust. 6.
7. Składka IKE pomniejszona o pobraną opłatę alokacyjną, określoną w Tabeli IKE, stanowi Wpłatę na Rachunek IKE.
8. Łączna wysokość wpłat na IKE w roku kalendarzowym nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej trzykrotności przeciętnego prognozowanego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok, określonego w ustawie budżetowej lub ustawie o prowizorium budżetowym, lub w ich projektach, jeżeli odpowiednie ustawy nie zostały uchwalone.
9. W przypadku, gdy kwota ustalona zgodnie z ust. 8, będzie niższa od kwoty ogłoszonej w poprzednim roku kalendarzowym, obowiązuje kwota wpłat dokonywanych na IKE ogłoszona w poprzednim roku kalendarzowym.
10. Jeżeli do końca roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym będą dokonywane wpłaty na IKE brak jest podstaw, o których mowa w ust. 8, do ustalenia przeciętnego prognozowanego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej, jako podstawę do ustalenia kwoty, o której mowa w ust. 8, przyjmuje się przeciętne miesięczne wynagrodzenie z trzeciego kwartału roku poprzedniego.
11. Zapisy ust. 8 nie mają zastosowania do przyjmowanych wypłat transferowych.
12. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego ogłasza w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski" do końca roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym będą dokonywane wpłaty na IKE, w drodze obwieszczenia, wysokość kwoty, o której mowa w ust. 8.
13. Wpłata Składki nieregularnej IKE nie zwalnia Oszczędzającego z obowiązku opłacenia Składki regularnej IKE. Towarzystwo ma prawo zaliczyć Składkę nieregularną IKE, za którą nie zostały zakupione Jednostki uczestnictwa na poczet zaległych Składek regularnych IKE.
14. W przypadku gdy Oszczędzający zadeklarował wypłatę transferową, Składki regularne IKE opłacane są począwszy od pierwszej Rocznicy polisy Umowy następującej po przyjęciu wypłaty transferowej.

Rachunek IKE i Alokacja składek IKE

§ 8

1. Z dniem przyjęcia pierwszej Wpłaty z tytułu Umowy Towarzystwo otwiera Rachunek IKE, na którym ewidencjonuje Jednostki uczestnictwa zakupione za opłacone Składki IKE i przyjętą wypłatę transferową.
2. Po opłaceniu Składki IKE Towarzystwo dopisuje Jednostki uczestnictwa do Rachunku IKE, z zastrzeżeniem ust. 6, zgodnie ze wskazaną przez Oszczędzającego dyspozycją Alokacji składki IKE. Liczba dopisanych Jednostek uczestnictwa wynika z podzielenia części Wpłaty na Rachunek IKE określonej w dyspozycji Alokacji przez Cenę jednostki danego Funduszu, obowiązującą w Dniu nabycia.
3. Jeżeli Składka regularna IKE została opłacona przed Płatnicą polisy, Jednostki uczestnictwa zostaną nabyte po Cenie jednostki obowiązującej w Dniu nabycia, nie wcześniej jednak niż w dniu zawarcia Umowy.
4. Po przyjęciu wypłaty transferowej Towarzystwo dopisuje Jednostki uczestnictwa do Rachunku IKE. Liczba Jednostek uczestnictwa równa jest wartości przyjętej wypłaty transferowej, podzielonej przez Cenę jednostki obowiązującą w Dniu nabycia, przypadającym nie wcześniej niż po otrzymaniu kompletu dokumentów z instytucji finansowej, z której dokonano wypłaty transferowej.
5. Za Składkę nieregularną IKE i środki pochodzące z przyjętej wypłaty transferowej Towarzystwo nabywa Jednostki uczestnictwa Funduszy zgodnie z Alokacją składki IKE ustaloną przez Oszczędzającego dla Składki regularnej IKE.
6. W przypadku gdy Oszczędzający zadeklarował we Wniosku wypłatę transferową, Składki nieregularne IKE opłacone przed przyjęciem przez Towarzystwo wypłaty transferowej zostaną przekazane na nieoprocentowany rachunek. W takim przypadku nabycie Jednostek uczestnictwa za Składki nieregularne IKE nastąpi w terminie pięciu Dni roboczych od dnia przyjęcia wypłaty transferowej.

Wskazanie osób Uposażonych

§ 9

1. Oszczędzający może wskazać jedną lub więcej osób Uposażonych do otrzymania świadczenia w razie jego śmierci.
2. Wskazanie dotyczące Uposażonego może zostać w dowolnym czasie zmienione lub odwołane przez złożenie oświadczenia w Towarzystwie. Zmiana Uposażonego następuje od daty otrzymania tego oświadczenia przez Towarzystwo.
3. Jeżeli wskazano kilku Uposażonych, powinny zostać określone ich udziały procentowe w kwocie świadczenia.
4. Jeżeli udziały procentowe Uposażonych w kwocie świadczenia nie zostaną określone, przyjmuje się, że są one równe.
5. W przypadku śmierci Oszczędzającego, gdy nie wskazał on żadnego Uposażonego lub wskazanie jedynego Uposażonego okazało się bezskuteczne, a nie został wskazany Uposażony zastępczy, świadczenie przysługuje członkom rodziny Oszczędzającego w następującej kolejności:
   1) małżonek;
   2) dzieci – w częściach równych;
   3) rodzice – w częściach równych;
   4) rodzeństwo – w częściach równych;
   5) pozostałe osoby będące spadkobiercami ustawowymi Oszczędzającego, z wyłączeniem gminy właściwej dla ostatniego miejsca zamieszkania Oszczędzającego oraz Skarbu Państwa – w częściach równych.
6. Świadczenie może być wypłacone członkowi rodziny wymienionemu w dalszej kolejności wyłącznie wtedy, gdy żadna z osób wskazanych w punktach poprzedzających nie dożyła śmierci Oszczędzającego albo nie jest uprawniona do otrzymania świadczenia z powodu okoliczności wskazanych w ust. 7. Uważa się, że osoba nie dożyła śmierci Oszczędzającego także, gdy zmarła jednocześnie z nim.
7. Wskazanie Uposażonego jest bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed Oszczędzającym albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. W takim przypadku udział bezskutecznie wskazanego Uposażonego w kwocie świadczenia dolicza się proporcjonalnie do udziałów pozostałych Uposażonych.
8. Jeżeli wskazanie jedynego Uposażonego stało się bezskuteczne, prawo do świadczenia nabywa Uposażony zastępczy.
9. Postanowienia ust. 1-4 oraz ust. 7 stosuje się odpowiednio do Uposażonego zastępczego.

Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego

§ 10

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego określona jest kwotowo w Dokumencie ubezpieczenia i wynosi 100 zł.

2. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego jest niezmienna w całym okresie trwania Umowy.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 11

Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia i innych środków pieniężnych w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia lub innych środków pieniężnych z tytułu Umowy naraziłaby Towarzystwo 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, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie lub inne środki pieniężne.

Wypłata świadczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego

§ 12

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie następujące dokumenty:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię aktu zgonu albo odpisu skróconego aktu zgonu Oszczędzającego;
   4) w przypadku, o którym mowa w § 9 ust. 5, 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.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o śmierci Oszczędzającego.
5. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4.

Wypłata

§ 13

1. Wypłata Środków zgromadzonych na Rachunku IKE następuje wyłącznie:
   1) na wniosek Oszczędzającego, po osiągnięciu przez niego 60 roku życia lub nabyciu uprawnień emerytalnych i ukończeniu 55 roku życia oraz spełnieniu warunku:
      a. dokonywania wpłat na IKE co najmniej w pięciu dowolnych latach kalendarzowych albo
      b. dokonania ponad połowy wartości wpłat nie później niż na pięć lat przed dniem złożenia przez Oszczędzającego wniosku o dokonanie Wypłaty;
   2) w przypadku śmierci Oszczędzającego – na wniosek osoby Uprawnionej.
2. Oszczędzający przed dokonaniem Wypłaty zobowiązany jest do poinformowania Towarzystwa o właściwym dla Oszczędzającego w sprawach podatku dochodowego od osób fizycznych naczelniku urzędu skarbowego oraz do przedstawienia decyzji organu rentowego o przyznaniu prawa do emerytury, jeżeli Oszczędzający nie ukończył 60 roku życia.
3. Wypłata może być dokonywana jednorazowo albo w ratach, w zależności od wniosku Oszczędzającego albo osoby Uprawnionej.
4. W przypadku złożenia przez Oszczędzającego lub osobę Uprawnioną wniosku o Wypłatę jednorazową do obliczenia wartości wypłaty przyjmuje się Cenę jednostki obowiązującą w Dniu wyceny, w którym Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa. Umorzenie Jednostek uczestnictwa następuje nie później niż w terminie pięciu Dni roboczych od dnia otrzymania przez Towarzystwo dokumentów, o których mowa w ust. 11.
5. W przypadku złożenia przez Oszczędzającego lub osobę Uprawnioną wniosku o Wypłatę w ratach, wnioskujący określa:
   1) częstotliwość wypłacania rat;
   2) liczbę rat.
6. Wypłata w ratach realizowana jest z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną.
7. Wysokość rat określona jest w liczbie Jednostek uczestnictwa poprzez podzielenie ilości Jednostek zgromadzonych na Rachunku IKE przez wnioskowaną liczbę rat i pomnożenie ich przez Cenę jednostki obowiązującą w Dniu wyceny, w którym Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa, z zastrzeżeniem ust. 9.
8. W przypadku pierwszej raty umorzenie Jednostek uczestnictwa następuje nie później niż w terminie pięciu Dni roboczych od dnia otrzymania przez Towarzystwo dokumentów, o których mowa w ust. 11.
9. Wysokość pierwszej raty obliczona w sposób, o którym mowa w ust. 7 i 8, nie może być niższa niż 500 zł.
10. Jeżeli wysokość pierwszej raty jest niższa niż 500 zł, Oszczędzającemu zaproponowana zostanie wypłata ratalna w krótszym okresie lub z mniejszą częstotliwością rat.
11. Towarzystwo dokonuje Wypłaty jednorazowej lub Wypłaty pierwszej raty w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia:
    1) złożenia przez Oszczędzającego wniosku o dokonanie Wypłaty;
    2) złożenia przez osobę, o której mowa w ust. 1 pkt 2, wniosku o dokonanie Wypłaty oraz przedłożenia:
       a. aktu zgonu Oszczędzającego i dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby Uprawnionej albo
       b. prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku albo notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia oraz zgodnego oświadczenia wszystkich spadkobierców o sposobie podziału środków zgromadzonych przez Oszczędzającego albo prawomocnego postanowienia sądu o dziale spadku, a także dokumentów stwierdzających tożsamość spadkobierców,

    chyba, że Oszczędzający lub osoby Uprawnione żądają Wypłaty w terminie późniejszym.

12. Wysokość kolejnych rat jest zmienna i zależy od Ceny jednostki obowiązującej w dniu umorzenia Jednostek uczestnictwa na potrzeby naliczenia kolejnej raty.
13. Wypłaty kolejnych rat realizowane są w terminach wynikających odpowiednio z terminu Wypłaty pierwszej raty w kolejnym miesiącu, kwartale, półroczu lub roku, w zależności od wybranej częstotliwości wypłat rat.
14. Oszczędzający nie może dokonywać Wpłat na Rachunek IKE, z którego dokonał Wypłaty pierwszej raty.
15. Oszczędzający, który dokonał Wypłaty jednorazowej albo Wypłaty pierwszej raty, nie może ponownie założyć IKE.
16. W przypadku śmierci Oszczędzającego, który rozpoczął Wypłatę w formie rat, Towarzystwo na pisemny wniosek osoby Uprawnionej dokona Wypłaty zgodnie z jej dyspozycją i jej udziałem procentowym w kwocie świadczenia, w ratach lub jednorazowo.
17. Oszczędzający, który rozpoczął Wypłatę w formie rat, może w dowolnej chwili, na pisemny wniosek złożony w Towarzystwie, dokonać Wypłaty jednorazowej pozostałej Wartości Rachunku IKE.
18. W dniu umorzenia Jednostek uczestnictwa na ostatnią ratę Rachunek IKE zostaje zamknięty a Umowa ulega rozwiązaniu.

Wypłata transferowa

§ 14

1. Wypłata transferowa dokonywana jest przez Towarzystwo na podstawie dyspozycji Oszczędzającego lub osoby Uprawnionej po uprzednim zawarciu umowy o prowadzenie IKE z inną instytucją albo po przystąpieniu do programu emerytalnego i okazaniu Towarzystwu odpowiednio: potwierdzenia zawarcia umowy o prowadzenie IKE albo potwierdzenia przystąpienia do programu emerytalnego.
2. W przypadku Wypłaty transferowej do programu emerytalnego Wypłata transferowa dokonywana jest na rachunek programu emerytalnego.
3. Wypłata transferowa jest dokonywana:
   1) z Towarzystwa do instytucji finansowej, z którą Oszczędzający zawarł umowę o prowadzenie IKE;
   2) z Towarzystwa do programu emerytalnego, do którego Oszczędzający przystąpił, w myśl przepisów ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o pracowniczych programach emerytalnych;
   3) w przypadku śmierci Oszczędzającego – z Towarzystwa na IKE osoby Uprawnionej albo do programu emerytalnego, do którego osoba Uprawniona przystąpiła.
4. Towarzystwo dokonuje Wypłaty transferowej w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia:
   1) złożenia przez Oszczędzającego dyspozycji o dokonanie Wypłaty transferowej;
   2) złożenia przez osobę, o której mowa w ust. 3 pkt 3, dyspozycji o dokonanie Wypłaty transferowej oraz przedłożenia:
      a. aktu zgonu Oszczędzającego i dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby Uprawnionej albo
      b. prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku albo notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia oraz zgodnego oświadczenia wszystkich spadkobierców o sposobie podziału środków zgromadzonych przez Oszczędzającego albo prawomocnego postanowienia sądu o dziale spadku, a także dokumentów stwierdzających tożsamość spadkobierców.
5. Do obliczenia wartości Wypłaty transferowej przyjmuje się Cenę jednostki obowiązującą w Dniu wyceny, w którym Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa. Umorzenie Jednostek uczestnictwa następuje nie później niż w terminie pięciu Dni roboczych od dnia otrzymania przez Towarzystwo dokumentów, o których mowa w ust. 4.
6. Przedmiotem Wypłaty transferowej może być wyłącznie całość Środków zgromadzonych na Rachunku IKE.

Zwrot i Częściowy zwrot

§ 15

1. W przypadku wypowiedzenia Umowy, jeżeli nie zachodzą przesłanki do Wypłaty bądź Wypłaty transferowej, Towarzystwo dokonuje Zwrotu Środków zgromadzonych na Rachunku IKE, obliczonego zgodnie z ust. 8.
2. W przypadku odstąpienia od Umowy, o którym mowa w § 6 ust. 1 pkt 2, jeżeli nie zachodzą przesłanki do Wypłaty bądź Wypłaty transferowej, Towarzystwo dokonuje Zwrotu Środków zgromadzonych na Rachunku IKE, obliczonego zgodnie z ust. 9.
3. W przypadku, gdy na Rachunek IKE została przyjęta wypłata transferowa z programu emerytalnego, Towarzystwo przed dokonaniem Zwrotu, w ciągu 7 dni, licząc od dnia złożenia przez Oszczędzającego wypowiedzenia, przekazuje na rachunek bankowy wskazany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych kwotę w wysokości 30% sumy składek podstawowych wpłaconych do programu emerytalnego.
4. Towarzystwo przed dokonaniem Zwrotu pouczy Oszczędzającego o konsekwencjach dokonania Zwrotu oraz poinformuje Oszczędzającego o możliwości dokonania Wypłaty transferowej.
5. Zwrotowi podlegają Środki zgromadzone na Rachunku IKE pomniejszone o należny podatek i kwoty, o których mowa w ust. 2 i § 16 ust. 1.
6. Zwrot Środków zgromadzonych na Rachunku IKE następuje przed upływem terminu wypowiedzenia Umowy.
7. Oszczędzający w każdym czasie trwania Umowy może wystąpić z wnioskiem o Częściowy zwrot pod warunkiem, że środki pochodziły z wpłat na IKE.
8. Do obliczenia wartości Zwrotu, o którym mowa w ust. 1 lub Częściowego zwrotu przyjmuje się Cenę jednostki obowiązującą w Dniu wyceny, w którym Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa. Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa w terminie pięciu Dni roboczych licząc od dnia otrzymania przez Towarzystwo wniosku o Zwrot lub Częściowy zwrot.
9. Do obliczenia wartości Zwrotu, o którym mowa w ust. 2, przyjmuje się Cenę jednostki obowiązującą w dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu.
10. Oszczędzający we wniosku o Częściowy zwrot określa wartość Częściowego zwrotu.
11. Częściowy zwrot realizowany jest w terminie 30 dni licząc od dnia złożenia przez Oszczędzającego dyspozycji w Towarzystwie.
12. Kwota Częściowego zwrotu i Zwrotu pomniejszana jest o należny podatek.

Zmiany Funduszy

§ 16

1. Oszczędzający ma prawo w każdym czasie:
   1) zmienić Alokację składki IKE pomiędzy poszczególne Fundusze;
   2) przenieść do wybranego Funduszu wszystkie lub część Jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunku wskazanego Funduszu.

2. Towarzystwo dokona przeniesienia Jednostek uczestnictwa nie później niż w terminie ośmiu Dni roboczych od daty otrzymania oświadczenia Oszczędzającego w tym zakresie, poprzez sprzedaż i nabycie Jednostek uczestnictwa, w tym za pośrednictwem Konta Klienta udostępnionego mu przez Towarzystwo.
3. Towarzystwo dokona podziału Składek regularnych IKE pomiędzy poszczególne Fundusze po otrzymaniu oświadczenia Oszczędzającego, w tym za pośrednictwem Konta Klienta udostępnionego mu przez Towarzystwo.
4. Minimalna Alokacja składki IKE w wybrany Fundusz nie może być niższa niż 10%.

Opłaty

§ 17

1. Towarzystwo pobiera opłatę alokacyjną ustalaną jako procent Składki IKE i wskazaną w Tabeli IKE.
2. Wysokość opłaty alokacyjnej określona jest we Wniosku i obowiązuje przez cały okres trwania Umowy o prowadzenie IKE.
3. Opłata alokacyjna pobierana jest przez Towarzystwo poprzez zmniejszenie każdej opłaconej Składki IKE i przeznaczana jest na pokrycie kosztów dystrybucji.
4. W przypadku, gdy Oszczędzający dokonuje Wypłaty, Wypłaty transferowej lub Zwrotu przed upływem 12 miesięcy od dnia zawarcia Umowy, Towarzystwo potrąci dodatkową opłatę w wysokości 4% wypłacanych, transferowanych lub zwracanych środków zgromadzonych na IKE Oszczędzającego, lecz nie więcej niż 200 zł.
5. Z tytułu zarządzania Funduszami Towarzystwo pobiera opłatę za zarządzanie w wysokości wskazanej w Tabeli IKE.
6. Niezależnie od opłaty, wskazanej w ust. 5, z aktywów funduszy inwestycyjnych, do których lokowane są aktywa Portfeli modelowych, podmioty zarządzające funduszami inwestycyjnymi pobierają opłaty bieżące, w skład których wchodzą: opłata za zarządzanie, opłata za wyniki oraz inne koszty administracyjne lub operacyjne. Opłaty te uwzględniane są w cenie jednostek uczestnictwa funduszy inwestycyjnych.
7. Opłaty, o których mowa w ust. 6, wskazane są w Tabeli IKE, a ich wysokość dostępna jest na stronie internetowej generali.pl w sekcji „Inwestycje i emerytura", w części „Notowania UFK" po wybraniu zakładki „Opłaty funduszy inwestycyjnych". Wysokość tych opłat zależy od funduszy inwestycyjnych, do których lokowane są aktywa wybranych przez Oszczędzającego Portfeli modelowych.
8. Z opłat za zarządzanie, o których mowa w ust. 6, pokrywane jest wynagrodzenie wypłacane na rzecz Towarzystwa przez podmioty zarządzające funduszami inwestycyjnymi.

Prawa i obowiązki Oszczędzającego

§ 18

1. Oszczędzający jest zobowiązany do opłacania Składek regularnych IKE w wysokości i terminach wskazanych w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zmiana Umowy na niekorzyść Oszczędzającego lub Uprawnionego wymaga zgody Oszczędzającego.
3. Oszczędzający zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia Towarzystwa o zmianach swoich danych osobowych i teleadresowych, a także danych osobowych i teleadresowych Uposażonego i Uposażonego zastępczego.
4. Oszczędzający może żądać od Towarzystwa udzielenia mu informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.

Prawa i obowiązki Towarzystwa

§ 19

1. Towarzystwo ma prawo do pobierania opłat określonych w OWU, Regulaminie lokowania IKE oraz Tabeli IKE.
2. Towarzystwo zobowiązane jest do:
   1) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych Umową;
   2) sporządzania i publikowania rocznych i półrocznych sprawozdań Funduszu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   3) przekazywania Oszczędzającemu, nie rzadziej niż raz w roku, z zastrzeżeniem pkt 4, w trybie uzgodnionym z Oszczędzającym, informacji o środkach znajdujących się na Rachunku IKE oraz informacji o wysokości środków znajdujących się na nieoprocentowanym rachunku;
   4) informowania Oszczędzającego w zakresie, o którym mowa w pkt 3 po raz pierwszy nie wcześniej niż w terminie 10 miesięcy i nie później niż w terminie 14 miesięcy od dnia zawarcia Umowy;
   5) przekazywania Oszczędzającemu informacji dotyczących zmian warunków Umowy lub zmiany prawa właściwego dla zawartej Umowy przed wyrażeniem przez Oszczędzającego zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy;
   6) informowania Oszczędzającego o zmianie Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego;
   7) informowania Oszczędzającego o zajściu zdarzeń objętych odpowiedzialnością, jeżeli zdarzenie zostało zgłoszone do Towarzystwa, a Oszczędzający nie jest osobą występującą z tym zgłoszeniem;
   8) informowania osoby występującej z roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia zobowiązań Towarzystwa, jeżeli jest to niezbędne do prowadzenia dalszego postępowania;
   9) informowania osoby występującej z roszczeniem o przyczynach niemożności jego zaspokojenia, w przypadku gdy Towarzystwo nie wypłaci świadczenia w terminie określonym w § 12 ust. 4 i 5;
   10) informowania osoby występującej z roszczeniem o przyczynie odmowy wypłaty świadczenia albo o przyczynie wypłaty świadczenia w innej wysokości niż określona w zgłoszeniu roszczenia wraz ze wskazaniem podstawy prawnej uzasadniającej całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
   11) udostępniania Oszczędzającemu oraz osobie występującej z roszczeniem informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokość świadczenia;
   12) potwierdzania, na żądanie Oszczędzającego oraz osoby występującej z roszczeniem, udostępnionych im informacji, a także sporządzania na ich koszt kopii dokumentów i potwierdzania ich za zgodność z oryginałem;
   13) udzielania Oszczędzającemu na jego wniosek informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Oszczędzającego.
3. Towarzystwo zamieszcza informacje o wartości Jednostki uczestnictwa na stronie internetowej Towarzystwa generali.pl.

Reklamacje

§ 20

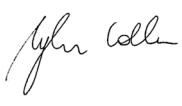
1. Będący osobą fizyczną Oszczędzający, Uposażony lub Uprawniony z umowy ubezpieczenia do otrzymania świadczenia oraz spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub w spełnieniu świadczenia z tytułu Umowy (zwany w tym paragrafie „**Klient**") może składać w każdym czasie zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, w tym skargi i zażalenia (zwane dalej „**Reklamacje**"). Reklamacje mogą być składane również przez poszukującego ochrony ubezpieczeniowej lub zleceniodawcę gwarancji ubezpieczeniowej, jak również Ubezpieczających lub Ubezpieczonych, w tym będących osobami prawnymi lub spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej.
2. Reklamacje mogą być składane:
   1) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa, ul. Senatorska 18, 00-082 Warszawa, lub jednostce obsługującej Klientów albo przesyłane przesyłką pocztową, albo wysłane za pośrednictwem usługi e-Doręczenia na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-48634-65343-GDUJD-132;
   2) ustnie – telefonicznie pod numerem +48 913 913 913 albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w miejscu, o którym mowa w pkt 1 powyżej.
3. Reklamacja powinna zawierać dane Klienta umożliwiające jego identyfikację, numer polisy oraz zastrzeżenia zgłaszane przez Klienta.
4. Towarzystwo 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, chyba że mają miejsce szczególnie skomplikowane okoliczności, uniemożliwiające rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w tym terminie. W takim przypadku Towarzystwo poinformuje Klienta, który złożył Reklamację 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 jest udzielana w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika. Na wniosek Klienta odpowiedź na Reklamację może być dostarczona pocztą elektroniczną.
6. Spór między Klientem a Towarzystwem 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).
7. Skargi i zażalenia składane przez inne podmioty, niż wymienione w ust. 1 lub w innej formie, niż określona w ust. 2, dotyczące działania lub zaniechania Towarzystwa związanego z zawarciem lub wykonaniem umowy ubezpieczenia, powinny zawierać dane i informacje, o których mowa w ust. 3. Skargi i zażalenia, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, są rozpatrywane w terminie 30 dni od ich otrzymania przez Towarzystwo, najpóźniej w terminie 14 dni od wyjaśnienia okoliczności niezbędnych do ich załatwienia. Towarzystwo informuje zainteresowanego o sposobie załatwienia skargi lub zażalenia niezwłocznie po ich rozpatrzeniu, w sposób uzgodniony z tą osobą. Do skarg i zażaleń składanych zgodnie z niniejszym ustępem nie mają zastosowania postanowienia ust. 4 i 5.
8. Niezależnie od powyższego Klient może składać skargi i zażalenia na działalność Towarzystwa do uprawnionych organów, np. Komisji Nadzoru Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną Klientów podmiotów rynku finansowego.
9. 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

§ 21

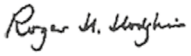
1. Do spraw nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.
2. W zakresie opodatkowania świadczeń należnych z tytułu Umowy zastosowanie mają obowiązujące przepisy prawa dotyczące podatku dochodowego, w szczególności przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.
3. Towarzystwo udostępnia Oszczędzającemu Konto Klienta na stronie generali.pl. Warunkiem korzystania z Konta Klienta jest akceptacja Regulaminu świadczenia usług drogą elektroniczną, który dostępny jest m.in. na stronie generali.pl w trakcie procesu rejestracji oraz po zalogowaniu się do Konta Klienta. Regulamin udostępniony jest nieodpłatnie w formie umożliwiającej jego pozyskanie, odtwarzanie, utrwalanie i drukowanie.
4. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWU
TABELA IKE
(KOD RPFL1_IKE1_TOIL_09.2025)

1. Tabela opłat

Lp.	Rodzaj opłaty		Aktualna wysokość
1)	Opłata alokacyjna		Nie więcej niż 3% Składki IKE
2)	Opłata za Wypłatę, Wypłatę transferową lub Zwrot w okresie pierwszych 12 miesięcy od dnia zawarcia Umowy		4% Wartości Rachunku IKE ale nie więcej niż 200 zł
3)	Opłata za zarządzanie Funduszami (procent wartości całego Funduszu rocznie) – **opłata uwzględniona w Cenie jednostki, niepobierana poprzez umorzenie Jednostek uczestnictwa z Rachunku IKE**	Fundusz Emerytalny Generali Agresywny	3,10%
		Fundusz Emerytalny Generali Mieszany	2,50%
		Fundusz Emerytalny Generali Obligacji	1,60%
		UFK Generali Gwarantowany PLUS	1,50%
		Portfel Cyklu Koniunkturalnego	2,45%
		Portfel Polski Akcyjny	1,90%
		Portfel Zagraniczny Surowcowy	1,90%
		Portfel Zagraniczny „Cztery strony świata” Akcyjny	1,90%
4)	Opłaty bieżące pobierane z aktywów funduszy inwestycyjnych, do których lokowane są aktywa Portfeli modelowych **– uwzględniane w cenie jednostek uczestnictwa funduszy inwestycyjnych**		Wysokość opłat bieżących pobieranych z aktywów funduszy inwestycyjnych, do których lokowane są aktywa danego Portfela modelowego, dostępna jest na stronie generali.pl, w sekcji „Inwestycje i emerytura” w części „Notowania UFK” po wybraniu zakładki „Opłaty funduszy inwestycyjnych”

2. Tabela limitów

Lp.	Rodzaj limitu	Aktualna wysokość
1)	Minimalna wysokość Składki regularnej IKE	
	– roczna	240 zł
	– półroczna	120 zł
	– kwartalna	60 zł
	– miesięczna	20 zł
2)	Minimalna wysokość Składki nieregularnej IKE	9 zł
3)	Maksymalna suma Składek IKE w roku kalendarzowym	limit określony w Ustawie oraz § 7 ust. 8-11 OWU
4)	% wypłaty transferowej przeznaczony na nabycie Jednostek uczestnictwa	100%
5)	Minimalna Alokacja składki IKE w wybrany Fundusz	10%
6)	Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego	100 zł

Niniejsza Tabela IKE przyjęta została Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OWU
WYKAZ FUNDUSZY IKE
(KOD RPFL1_IKE1_WUFK_09.2025)

1. Towarzystwo tworzy następujące Fundusze:

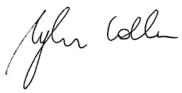
Lp.	Nazwa Funduszu
	Fundusze niskiego ryzyka
1)	UFK Generali Gwarantowany PLUS
2)	Fundusz Emerytalny Generali Obligacji
	Fundusze średniego ryzyka
3)	Fundusz Emerytalny Generali Mieszany
	Fundusze wysokiego ryzyka
4)	Fundusz Emerytalny Generali Agresywny

2. Towarzystwo tworzy następujące Portfele modelowe:

Lp.	Nazwa Funduszu
	Fundusze średniego ryzyka
1)	Portfel Cyklu Koniunkturalnego
	Fundusze wysokiego ryzyka
2)	Portfel Polski Akcyjny
3)	Portfel Zagraniczny „Cztery strony świata” Akcyjny
4)	Portfel Zagraniczny Surowcowy

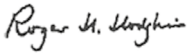
3. Poziom ryzyka Funduszy wyznaczony został na podstawie wskaźnika ryzyka określanego zgodnie z metodyką opisaną w Rozporządzeniu Delegowanym Komisji (UE) 2017/653 z dnia 8 marca 2017 r. uzupełniającym Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1286/2014 w sprawie dokumentów zawierających kluczowe informacje, dotyczących detalicznych produktów zbiorowego inwestowania i ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych (PRIIP) przez ustanowienie regulacyjnych standardów technicznych w zakresie prezentacji, treści, przeglądu i zmiany dokumentów zawierających kluczowe informacje oraz warunków spełnienia wymogu przekazania takich dokumentów. Szczegółowe informacje na temat ryzyka każdego z Funduszy dostępne są w karcie produktu IKE, doręczanej przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz udostępnianej przez Towarzystwo na stronie generali.pl.
4. Niniejszy Wykaz Funduszy IKE został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 3 DO OWU
REGULAMIN LOKOWANIA IKE
(KOD RPFL1_IKE1_RL_10.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejszy Regulamin lokowania IKE określa zasady funkcjonowania Funduszy oferowanych przez Towarzystwo, w ramach Umowy zawieranej na podstawie OWU.
2. Terminy, które zostały zdefiniowane w OWU, używane są w Regulaminie lokowania IKE w takim samym znaczeniu.

Charakterystyka aktywów wchodzących w skład Funduszy

§ 2

1. Aktywa Funduszy mogą być lokowana, z zastrzeżeniem § 3, wyłącznie w:
   1) papiery wartościowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski, papiery wartościowe i instrumenty rynku pieniężnego dopuszczone do obrotu na rynku regulowanym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub w państwie członkowskim Unii Europejskiej innym niż Rzeczpospolita Polska, a także na rynku zorganizowanym niebędącym rynkiem regulowanym w Rzeczypospolitej Polskiej lub w państwie członkowskim Unii Europejskiej innym niż Rzeczpospolita Polska oraz na rynku zorganizowanym w państwie należącym do Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju, zwanej dalej „OECD", niebędącym państwem członkowskim Unii Europejskiej;
   2) papiery wartościowe i instrumenty rynku pieniężnego będące przedmiotem oferty publicznej, jeżeli warunki emisji lub pierwszej oferty publicznej zakładają złożenie wniosku o dopuszczenie do obrotu, o którym mowa w pkt 1, oraz gdy dopuszczenie do tego obrotu jest zapewnione w okresie nie dłuższym niż rok od dnia, w którym po raz pierwszy nastąpi zaoferowanie tych papierów wartościowych lub instrumentów rynku pieniężnego;
   3) depozyty w bankach mających siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub w zagranicznych instytucjach kredytowych, płatne na żądanie lub takie, które można wycofać przed terminem zapadalności;
   4) instrumenty rynku pieniężnego inne niż określone w pkt 1 i 2, jeżeli instrumenty te lub ich emitent podlegają regulacjom mającym na celu ochronę inwestorów i oszczędności oraz są:
      a. emitowane, poręczone lub gwarantowane przez Skarb Państwa, Narodowy Bank Polski, jednostkę samorządu terytorialnego, właściwe centralne, regionalne lub lokalne władze publiczne państwa członkowskiego Unii Europejskiej innego niż Rzeczpospolita Polska albo przez bank centralny państwa członkowskiego Unii Europejskiej innego niż Rzeczpospolita Polska, Europejski Bank Centralny, Unię Europejską lub Europejski Bank Inwestycyjny, państwo niebędące państwem członkowskim Unii Europejskiej, albo przez jednego z członków federacji w przypadku państwa federalnego, albo przez organizację międzynarodową, do której należy co najmniej jedno państwo członkowskie Unii Europejskiej, lub
      b. emitowane, poręczone lub gwarantowane przez podmiot podlegający nadzorowi właściwego organu nadzorczego nad rynkiem finansowym, zgodnie z kryteriami określonymi prawem Unii Europejskiej, albo przez podmiot pod-legający i stosujący się do zasad, które są co najmniej tak rygorystyczne, jak określone prawem Unii Europejskiej, lub
      c. emitowane przez podmiot, którego papiery wartościowe są w obrocie na rynku regulowanym, o którym mowa w pkt 1, lub
      d. emitowane przez inne podmioty określone w Regulaminie lokowania IKE, pod warunkiem że inwestycje w takie papiery wartościowe podlegają ochronie inwestora równoważnej do określonej w ppkt. a–c oraz pod warunkiem, że emitent spełnia łącznie następujące warunki:
         a) jest spółką, której kapitał własny wynosi co najmniej 10 mln euro, przy czym równowartość w złotych kwoty wyrażonej w euro jest obliczana przy zastosowaniu średniego kursu euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski na dzień sporządzenia przez daną spółkę ostatniego sprawozdania finansowego;
         b) publikuje roczne sprawozdania finansowe, zgodnie z przepisami prawa Unii Europejskiej, dotyczące rocznych sprawozdań finansowych niektórych rodzajów spółek;
         c) należy do grupy kapitałowej, w skład której wchodzi co najmniej jedna spółka, której papiery wartościowe są przedmiotem obrotu na rynku regulowanym;
         d) zajmuje się finansowaniem grupy, o której mowa w pppkt c, albo finansowaniem mechanizmów przekształcania długu w papiery wartościowe z wykorzystaniem bankowych narzędzi zapewnienia płynności.
   5) papiery wartościowe i instrumenty rynku pieniężnego, inne niż określone w pkt 1, 2 i 4, z tym że łączna wartość tych lokat nie może przekroczyć 10% wartości aktywów Funduszu.
2. Fundusze mogą lokować ponad 5% wartości aktywów Funduszu, nie więcej jednak niż 10%, w papiery wartościowe i instrumenty rynku pieniężnego wyemitowane przez jeden podmiot, jeżeli łączna wartość tych lokat nie przekroczy 40% wartości aktywów tego Funduszu.
3. Fundusze mogą lokować do 20% wartości aktywów Funduszu łącznie w papiery wartościowe lub instrumenty rynku pieniężnego wyemitowane przez podmioty należące do grupy kapitałowej, w rozumieniu Ustawy o Rachunkowości, dla której sporządza się skonsolidowane sprawozdanie finansowe. Fundusze mogą lokować ponad 5%, nie więcej jednak niż 10% wartości aktywów Funduszu, w papiery wartościowe lub instrumenty rynku pieniężnego wyemitowane przez jeden podmiot należący do grupy kapitałowej, o której mowa w zdaniu poprzednim.
4. Łączna wartość lokat Funduszu w papiery wartościowe i instrumenty rynku pieniężnego, w których Fundusz ulokował ponad 5% wartości aktywów Funduszu, nie więcej jednak niż 10%, wyemitowane przez podmioty należące do grupy kapitałowej, o której mowa w ust. 3, nie może przekroczyć 40% wartości aktywów Funduszu.
5. Fundusze mogą lokować do 35% wartości aktywów Funduszu w papiery wartościowe emitowane przez Skarb Państwa, Narodowy Bank Polski, jednostkę samorządu terytorialnego, państwo członkowskie Unii Europejskiej inne niż Rzeczpospolita Polska, jednostkę samorządu terytorialnego państwa członkowskiego Unii Europejskiej innego niż Rzeczpospolita Polska, państwo należące do OECD niebędące państwem członkowskim Unii Europejskiej lub międzynarodową instytucję finansową, której członkiem jest Rzeczpospolita Polska lub co najmniej jedno państwo członkowskie Unii Europejskiej inne niż Rzeczpospolita Polska.

6. Fundusze mogą lokować do 35% wartości aktywów Funduszu w papiery wartościowe poręczone lub gwarantowane przez podmioty, o których mowa w ust. 5, przy czym łączna wartość lokat w papiery wartościowe lub instrumenty rynku pieniężnego wyemitowane przez podmiot, którego papiery wartościowe są poręczane lub gwarantowane, depozytów w tym podmiocie, nie może przekroczyć 35% wartości aktywów Funduszu.
7. Ograniczeń wskazanych w ust. 5 i 6 nie stosuje się do papierów wartościowych emitowanych, poręczanych lub gwarantowanych przez Skarb Państwa albo Narodowy Bank Polski.
8. Ilekroć w niniejszym Regulaminie lokowania IKE jest mowa o papierach wartościowych, rozumie się przez to akcje, prawa poboru, prawa do akcji, warranty subskrypcyjne, kwity depozytowe, obligacje, listy zastawne, certyfikaty inwestycyjne i inne zbywalne papiery wartościowe, w tym inkorporujące prawa majątkowe odpowiadające prawom wynikającym z akcji lub z zaciągnięcia długu, wyemitowane na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego lub obcego.

§ 3

1. Ze środków Funduszy mogą być nabywane:
   1) jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych otwartych mających siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
   2) jednostki uczestnictwa specjalistycznych funduszy inwestycyjnych otwartych mających siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli fundusze te:
      a. zbywają jednostki uczestnictwa i dokonują ich odkupu na żądanie uczestnika;
      b. stosują zasady i ograniczenia inwestycyjne określone dla funduszu inwestycyjnego otwartego w ustawie z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych i zarządzaniu alternatywnymi funduszami inwestycyjnymi;
      c. nie lokują swoich aktywów w sposób określony w art. 113 ust. 4 ustawy, o której mowa w ppkt b;
   3) tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne;
   4) tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, jeżeli:
      a. instytucje te oferują publicznie tytuły uczestnictwa i umarzają je na żądanie uczestnika bezpośrednio lub pośrednio z aktywów tych instytucji albo zapewniają, że giełdowa wartość tytułów uczestnictwa tych instytucji nie różni się w znaczny sposób od wartości aktywów netto na tytuły uczestnictwa tych instytucji;
      b. instytucje te podlegają nadzorowi właściwego organu nadzorczego nad rynkiem finansowym lub kapitałowym państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa należącego do OECD oraz zapewniona jest, na zasadzie wzajemności, współpraca organu nadzoru z organem nadzorczym;
      c. przepisy właściwe ze względu na siedzibę tych instytucji zapewniają ochronę interesów inwestorów w zakresie co najmniej takim jak zakres określony w prawie Unii Europejskiej regulującym zasady zbiorowego inwestowania w papiery wartościowe;
      d. instytucje te są zobowiązane do sporządzania rocznych i półrocznych sprawozdań finansowych.
2. Towarzystwo nie może lokować więcej niż 20% wartości aktywów Funduszy w jednostki uczestnictwa jednego funduszu inwestycyjnego otwartego lub w jednostki uczestnictwa jednego specjalistycznego funduszu inwestycyjnego otwartego, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, lub w tytuły uczestnictwa jednego funduszu zagranicznego, lub w tytuły uczestnictwa jednej instytucji wspólnego inwestowania, o której mowa w ust. 1 pkt 4, a jeżeli ten fundusz inwestycyjny otwarty, specjalistyczny fundusz inwestycyjny otwarty, fundusz zagraniczny lub ta instytucja wspólnego inwestowania jest funduszem z wydzielonymi subfunduszami, lub funduszem, lub instytucją składającymi się z subfunduszy i każdy z subfunduszy stosuje inną politykę inwestycyjną – nie może lokować więcej niż 20 % wartości aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego w jednostki uczestnictwa lub tytuły uczestnictwa jednego subfunduszu

Kryteria doboru aktywów

§ 4

1. Proporcje między różnymi kategoriami aktywów Funduszy są uzależnione od rodzaju Funduszu oraz podejmowanych decyzji inwestycyjnych.
2. Portfel Polski Akcyjny oferuje możliwości potencjalnie wysokich stóp zwrotu dostępnych na rynkach akcji. Alokacja środków ma na celu dywersyfikację lokat pomiędzy te polskie fundusze inwestycyjne, które w długim terminie osiągają na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
3. Portfel Cyklu Koniunkturalnego alokuje środki na podstawie scenariusza makroekonomicznego opartego na metodologii cyklu koniunkturalnego. W zależności od prognozowanej fazy cyklu koniunkturalnego alokacja środków odbywa się w te fundusze inwestycyjne, które w danej fazie osiągają na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
4. Portfel Zagraniczny „Cztery strony świata" Akcyjny oferuje możliwości potencjalnie wysokich stóp zwrotu dostępnych na zagranicznych rynkach akcji. Alokacja środków ma na celu dywersyfikację lokat pomiędzy te zagraniczne fundusze inwestycyjne, które w długim terminie osiągają na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
5. Portfel Zagraniczny Surowcowy alokuje środki pomiędzy zagraniczne fundusze inwestycyjne inwestujące w surowce i spółki związane z rynkiem surowcowym. Alokacja środków ma na celu dywersyfikację lokat pomiędzy te fundusze inwestycyjne, które w długim terminie osiągają na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
6. Przy ocenie bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji służącej podjęciu decyzji o alokacji środków oraz doborze akcji do portfela uwzględniane będą m.in. analiza sprawozdań finansowych spółek, prognozy finansowe, ocena kadry zarządzającej, ocena pozycji rynkowej i perspektyw rozwoju spółek, poziom cen oraz ryzyko płynności poszczególnych akcji.
7. Przy doborze jednostek uczestnictwa, certyfikatów inwestycyjnych do Funduszy oraz wielkości zaangażowania aktywów w jednostki uczestnictwa lub certyfikaty inwestycyjne w poszczególnych funduszach inwestycyjnych uwzględniane są m.in. aktualna sytuacja rynkowa i jej perspektywy, ocena jakościowa funduszy inwestycyjnych, ocena procesu zarządzania aktywami oraz stabilność zespołu zarządzających.
8. Przy doborze instrumentów dłużnych do Funduszy uwzględniane są m.in. bieżący i prognozowany poziom stóp procentowych, aktualna i prognozowana krzywa dochodowości, bieżący i oczekiwany poziom inflacji, kryterium płynności instrumentów dłużnych i wiarygodność kredytowa emitenta.

Zasady dywersyfikacji aktywów i ograniczenia inwestycyjne

§ 5

1. Fundusz Emerytalny Generali Agresywny:
   1) aktywa Funduszu będą lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2;

2) Fundusz jest funduszem typu akcyjnego i lokuje co najmniej 60% i nie więcej niż 90% wartości aktywów Funduszu w akcje i instrumenty finansowe o podobnym charakterze (prawa poboru, prawa do akcji, warranty subskrypcyjne, kwity depozytowe i inne zbywalne papiery wartościowe, w tym inkorporujące prawa majątkowe odpowiadające prawom wynikającym z akcji, wyemitowane na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego lub obcego).

2. Fundusz Emerytalny Generali Mieszany:
   1) aktywa Funduszu będą lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2;
   2) Fundusz jest funduszem stabilnego wzrostu i lokuje co najmniej 20% i nie więcej niż 50% wartości aktywów Funduszu w akcje i instrumenty finansowe o podobnym charakterze (prawa poboru, prawa do akcji, warranty subskrypcyjne, kwity depozytowe i inne zbywalne papiery wartościowe, w tym inkorporujące prawa majątkowe odpowiadające prawom wynikającym z akcji, wyemitowane na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego lub obcego).
3. Fundusz Emerytalny Generali Obligacji:
   1) aktywa Funduszu będą lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2, w tym w szczególności w obligacje;
   2) Fundusz jest funduszem typu dłużnego i nie inwestuje w akcje.
4. UFK Generali Gwarantowany PLUS:
   1) aktywa Funduszu będą lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2;
   2) Fundusz jest funduszem typu dłużnego i nie inwestuje w akcje.
5. Portfel Cyklu Koniunkturalnego:
   1) aktywa Funduszu będą lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 3 oraz w § 3;
   2) Fundusz realizując cel inwestycyjny, alokuje do 100% wartości aktywów Funduszu w instrumenty finansowe z najlepszym potencjałem wzrostu w poszczególnych fazach cyklu koniunkturalnego;
   3) Fundusz charakteryzuje się brakiem sztywnych zasad dywersyfikacji kategorii lokat oraz brakiem określenia minimalnego zaangażowania w poszczególne kategorie lokat.
6. Portfel Polski Akcyjny:
   1) aktywa Funduszu będą lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2 oraz w § 3;
   2) w ramach lokat, o których mowa w § 3, Fundusz inwestuje w jednostki uczestnictwa akcyjnych funduszy inwestycyjnych, tzn. takich, których minimalne zaangażowanie w akcje jest nie niższe niż 60% wartości aktywów funduszu;
   3) suma wartości lokat, o których mowa w pkt 2 oraz akcji i instrumentów finansowych o podobnym charakterze (prawa poboru, prawa do akcji, warranty subskrypcyjne, kwity depozytowe i inne zbywalne papiery wartościowe, w tym inkorporujące prawa majątkowe odpowiadające prawom wynikającym z akcji, wyemitowane na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego lub obcego) stanowi co najmniej 90% wartości aktywów Funduszu.
7. Portfel Zagraniczny „Cztery strony świata" Akcyjny:
   1) aktywa Funduszu będą lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 3 oraz w § 3;
   2) suma wartości lokat wymienionych w § 3 stanowią co najmniej 90% wartości aktywów Funduszu;
   3) w ramach lokat, o których mowa w § 3, Fundusz inwestuje w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych i tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne lub instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, których polityka inwestycyjna zakłada minimalne zaangażowanie w akcje nie niższe niż 60% wartości aktywów funduszu.
8. Portfel Zagraniczny Surowcowy:
   1) aktywa Funduszu będą lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 3 oraz w § 3;
   2) suma wartości lokat wymienionych w § 3 stanowi co najmniej 90% wartości aktywów Funduszu;
   3) w ramach lokat, o których mowa w § 3, Fundusz inwestuje w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych i tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne lub instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, których polityka inwestycyjna zakłada inwestowanie w surowce bądź spółki związane z sektorem surowcowym.
9. Towarzystwo może utrzymywać część aktywów Funduszy na rachunkach bankowych wyłącznie w zakresie niezbędnym do zaspokojenia bieżących zobowiązań Funduszy.

Zasady i terminy wyceny Jednostek uczestnictwa

§ 6

1. Towarzystwo wyodrębnia aktywa w formie Funduszy. Fundusz jest podzielony na Jednostki uczestnictwa. Jednostki uczestnictwa dają Oszczędzającemu udział w aktywach Funduszu bez prawa dysponowania poszczególnymi składnikami tych aktywów. Prawo do własności aktywów przysługuje wyłącznie Towarzystwu. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do podzielenia lub połączenia Jednostek uczestnictwa.
2. Wartość aktywów i zobowiązań Funduszu oraz wartość Jednostki uczestnictwa ustala się na każdy Dzień wyceny.
3. Aktywa i zobowiązania Funduszu wyceniane są w wartości godziwej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 września 1994 roku o rachunkowości i aktów wykonawczych do przywołanej ustawy.
4. Do wyceny składników aktywów Funduszu na dany Dzień wyceny przyjmuje się ceny tych składników z Dnia wyceny. W przypadku, gdy do godziny 12.00 w następnym Dniu roboczym po Dniu wyceny cena danego składnika aktywów Funduszu z Dnia wyceny nie jest podana do publicznej wiadomości, wówczas do wyceny tego składnika aktywów przyjmuje się jego ostatnią podaną do publicznej wiadomości cenę.
5. Wartość Jednostki uczestnictwa ustala się z dokładnością do czterech miejsc po przecinku, dzieląc wartość aktywów netto Funduszu przez zarejestrowaną w księgach na Dzień wyceny ilość Jednostek uczestnictwa.
6. Wartość aktywów netto Funduszu na dany Dzień wyceny ustala się, pomniejszając wartość aktywów Funduszu o jego zobowiązania (w tym rezerwy na wynagrodzenie Towarzystwa oraz rezerwy na koszty i opłaty związane z aktywami Funduszu).
7. Z aktywów Funduszu pokrywane jest wynagrodzenie dla Towarzystwa z tytułu opłaty za zarządzanie Funduszami pobieranej z aktywów Funduszu oraz następujące koszty i opłaty:
   1) koszty z tytułu usług pośrednictwa związanego z nabywaniem i zbywaniem składników aktywów Funduszu – w wysokości określonej w umowie z pośrednikiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat pośrednika;
   2) koszty opłat transakcyjnych związanych z nabywaniem i zbywaniem składników aktywów Funduszu ponoszone na rzecz instytucji rozliczeniowych, z pośrednictwa których Fundusz jest obowiązany korzystać – zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat instytucji rozliczeniowych – oraz koszty opłat transakcyjnych związanych z nabywaniem i zbywaniem składników aktywów Funduszu ponoszone na rzecz banku depozytariusza – w wysokości określonej w umowie z tym bankiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat banku;

3) koszty prowizji bankowych związanych z przekazywaniem środków pieniężnych i obsługą rachunków bankowych w związku z zarządzaniem aktywami Funduszu – w wysokości określonej w umowie z bankiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat banku;
4) koszty i opłaty związane z przechowywaniem oraz weryfikacją wyceny aktywów Funduszu: koszty na rzecz instytucji rozliczeniowych za przechowywanie aktywów – w wysokości określonej w obowiązującej tabeli prowizji i opłat – oraz koszty na rzecz banku depozytariusza za przechowywanie i weryfikację aktywów Funduszu – w wysokości określonej w umowie z tym bankiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat banku;
5) podatki i inne obciążenia nałożone przez właściwe organy państwowe związane z aktywami Funduszu – w wysokości obowiązujących stawek podatkowych.

8. Opłata za zarządzanie Funduszami pobierana przez Towarzystwo z aktywów Funduszu naliczana jest za każdy dzień kalendarzowy według stawki określonej w Tabeli IKE. Rezerwa na tę opłatę tworzona jest w każdym Dniu wyceny jako iloczyn rocznej stawki określonej w Tabeli IKE, wartości aktywów Funduszu z Dnia wyceny oraz ilorazu ilości dni kalendarzowych od poprzedniego Dnia wyceny i ilości dni kalendarzowych w roku (przyjętych jako 365). Opłata jest naliczana w całym okresie obowiązywania Umowy.

Opłaty

§ 7

1. Towarzystwo z tytułu zarządzania Funduszami pobiera opłatę za zarządzanie Funduszami.
2. Wysokość opłaty, o której mowa w ust. 1, została określona w Tabeli IKE.
3. Opłata, o której mowa w ust. 1, naliczana jest przy ustalaniu wartości Jednostki uczestnictwa zgodnie z zasadami określonymi w § 6 ust. 8.
4. Niezależnie od opłaty, wskazanej w ust. 1, z aktywów funduszy inwestycyjnych, do których lokowane są aktywa Portfeli modelowych, podmioty zarządzające funduszami inwestycyjnymi pobierają opłaty bieżące, w skład których wchodzą: opłata za zarządzanie, opłata za wyniki oraz inne koszty administracyjne lub operacyjne. Opłaty te uwzględniane są w cenie jednostek uczestnictwa funduszy inwestycyjnych.
5. Opłaty, o których mowa w ust. 4, wskazane są w Tabeli IKE, a ich wysokość dostępna jest na stronie internetowej generali.pl w sekcji „Inwestycje i emerytura", w części „Notowania UFK" po wybraniu zakładki „Opłaty funduszy inwestycyjnych".
6. Z opłat za zarządzanie, o których mowa w ust. 4, pokrywane jest wynagrodzenie wypłacane na rzecz Towarzystwa przez podmioty zarządzające funduszami inwestycyjnymi.

Zawieszenie nabyć i umorzeń Jednostek uczestnictwa

§ 8

1. Towarzystwo może na okres czasowego zawieszenia zbywania lub odkupywania jednostek uczestnictwa funduszu inwestycyjnego, w którym lokowane są aktywa Funduszu, zawiesić czasowo:
   1) możliwość Alokacji składki IKE w Jednostki uczestnictwa Funduszu;
   2) możliwość umorzenia Jednostek uczestnictwa Funduszu, w celu realizacji Wypłaty, Częściowego zwrotu, Zwrotu lub Wypłaty transferowej, a także dyspozycji przeniesienia Środków zgromadzonych na Rachunku IKE do innego Funduszu.
2. Towarzystwo zawiadomi Oszczędzającego o zawieszeniu, o którym mowa w ust. 1, wskazując nazwę Funduszu, którego dotyczy zawieszenie, datę zawieszenia oraz możliwości złożenia wniosku o zamianę Alokacji składki IKE.
3. W przypadku wznowienia nabywania lub umarzania Jednostek uczestnictwa Funduszu, Towarzystwo poinformuje Oszczędzającego o tym fakcie.

Likwidacja i utworzenie nowego Funduszu

§ 9

1. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do rozpoczęcia sprzedaży Jednostek uczestnictwa nowych Funduszy, zaprzestania sprzedaży oraz likwidacji Jednostek uczestnictwa dotychczas oferowanych Funduszy.
2. O likwidacji Funduszu Towarzystwo poinformuje Oszczędzającego, który posiada środki w likwidowanym Funduszu, w terminie co najmniej trzech miesięcy poprzedzających datę likwidacji Funduszu.
3. Oszczędzający przed datą likwidacji Funduszu powinien złożyć oświadczenie zawierające dyspozycję przeniesienia Jednostek uczestnictwa z likwidowanego Funduszu lub dyspozycję zmiany Alokacji składki IKE.
4. Jeżeli Oszczędzający złożył dyspozycje, o których mowa w ust. 3, Towarzystwo nie później niż w terminie ośmiu Dni roboczych od daty otrzymania oświadczenia Oszczędzającego w tym zakresie dokona przeniesienia Jednostek uczestnictwa, poprzez sprzedaż Jednostek uczestnictwa Funduszu likwidowanego i nabycie Jednostek uczestnictwa Funduszu wybranego przez Oszczędzającego lub odpowiednio dokona zmiany Alokacji składki IKE.
5. Jeżeli Oszczędzający nie złożył w Towarzystwie dyspozycji, o których mowa w ust. 3, Towarzystwo dokona przeniesienia Jednostek uczestnictwa likwidowanego Funduszu nie później niż w terminie ośmiu Dni roboczych od daty likwidacji Funduszu, poprzez sprzedaż Jednostek uczestnictwa Funduszu likwidowanego z zastosowaniem Ceny jednostki obowiązującej w dniu likwidacji Funduszu i nabycie Jednostek uczestnictwa Funduszu UFK Generali Gwarantowany PLUS lub odpowiednio dokona zmiany Alokacji składki IKE.
6. W przypadku likwidacji UFK Generali Gwarantowany PLUS, Towarzystwo dokona zmian, o których mowa w ust. 5, z uwzględnieniem Funduszu o strategii inwestycyjnej najbardziej zbliżonej do UFK Generali Gwarantowany PLUS. Zasada opisana w zdaniu poprzedzającym będzie stosowana analogicznie w przypadku likwidacji funduszu o najbardziej zbliżonej strategii inwestycyjnej.
7. Oszczędzający, który nie posiada środków w likwidowanym Funduszu, a złoży oświadczenie zawierające dyspozycję przeniesienia Jednostek uczestnictwa do likwidowanego Funduszu lub dyspozycję zmiany Alokacji składki IKE uwzględniającą likwidowany Fundusz, jest informowany o likwidacji Funduszu niezwłocznie po złożeniu dyspozycji do Towarzystwa.
8. W przypadku, gdy odpowiednio:
   1) Towarzystwo rozpoczyna sprzedaż Jednostek uczestnictwa nowego Funduszu albo
   2) zmienia się nazwa oferowanego Funduszu bez zmiany jego strategii inwestycyjnej,

   Towarzystwo udostępni zmieniony wykaz, o którym mowa w § 1 ust. 2, 3 i 4 OWU, na stronie generali.pl.
9. W przypadku, gdy zmiana dotyczy odpowiednio:
   1) nazwy wraz ze zmianą strategii inwestycyjnej oferowanego Funduszu albo
   2) strategii inwestycyjnej oferowanego Funduszu,

Towarzystwo poinformuje Oszczędzającego o zmianach określonych w pkt 1 lub 2.

Ryzyko inwestycyjne

§ 10

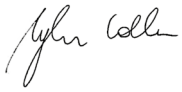
1. Celem inwestycyjnym Towarzystwa jest długookresowy wzrost wartości aktywów Funduszy w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszy.
2. Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe nie gwarantują osiągnięcia założonego celu inwestycyjnego ani określonego wyniku inwestycyjnego. Oszczędzający powinien mieć świadomość ryzyk związanych z inwestycją w Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe, w tym braku ochrony wpłaconego kapitału lub ryzyka utraty części wpłaconych środków.

Postanowienia końcowe

§ 11

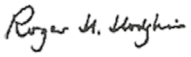
Niniejszy Regulamin lokowania IKE został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 16 października 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Wykaz istotnych informacji zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, w ramach którego prowadzone jest Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego (kod RPFL1_IKZE1_09.2025) dalej „OWU", z uwzględnieniem definicji z OWU (Skorowidz)

	Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej w OWU
1.	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 4; § 13 ust. 1; § 14 ust. 1; § 15 ust. 1 i 2
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 11
3.	Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 17 ust. 1-8; Załącznik nr 1 do OWU – Tabela opłat ust. 1 pkt 1-4; Załącznik nr 3 do OWU – § 5 ust. 7 i 8; Załącznik nr 3 do OWU – § 6 ust. 1-6
4.	Wartość wykupu ubezpieczenia* w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 6 ust. 6 i 7; § 13 ust. 4; § 14 ust. 5; § 15 ust. 3 i 4

* W związku z terminologią stosowaną w Umowie o prowadzenie Indywidualnego Konta Zabezpieczenia Emerytalnego zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 roku o indywidualnych kontach emerytalnych i indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego, na potrzeby niniejszego wykazu wartość wykupu ubezpieczenia rozumiana jest jako Wypłata, Wypłata transferowa lub Zwrot zgodnie z definicjami nadanymi im przez OWU.

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYMI FUNDUSZAMI KAPITAŁOWYMI, W RAMACH KTÓREGO PROWADZONE JEST INDYWIDUALNE KONTO ZABEZPIECZENIA EMERYTALNEGO (KOD RPFL1_IKZE1_09.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie (zwane dalej „**OWU**") stanowią podstawę zawarcia Umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, w ramach której prowadzone jest Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 roku o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego.
2. Tabela opłat i limitów – kod WLF_IKZE1_TOIL_09.2025 (zwana dalej „**Tabelą IKZE**") stanowi załącznik nr 1 do OWU.
3. Wykaz Funduszy – kod WLF_IKZE1_WUFK_09.2025 (zwany dalej „**Wykazem Funduszy IKZE**") stanowi załącznik nr 2 do OWU.
4. Regulamin lokowania środków ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych – kod WLF_IKZE1_RL_09.2025 (zwany dalej „**Regulaminem lokowania IKZE**") stanowi załącznik nr 3 do OWU.

Definicje

§ 2

1. Użyte w Umowie, OWU oraz Dokumencie ubezpieczenia wymienione poniżej terminy oznaczają:
   1) **Alokacja składki IKZE** – określony procentowo przez Oszczędzającego podział Składki IKZE pomiędzy Fundusze oferowane przez Towarzystwo;
   2) **Cena jednostki** – wartość Jednostki uczestnictwa, po której jest ona dopisywana do Rachunku IKZE i odliczana z Rachunku IKZE;
   3) **Dokument ubezpieczenia** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy pomiędzy Oszczędzającym a Towarzystwem oraz warunki tej Umowy (polisa), a także inny dokument potwierdzający zmianę warunków Umowy;
   4) **Dzień nabycia** – każdy dzień roboczy, w którym Towarzystwo nabywa Jednostki uczestnictwa, przypadający nie później niż w terminie pięciu Dni roboczych od:
      a. dnia opłacenia Składki IKZE lub przyjęcia wypłaty transferowej, z zastrzeżeniem § 8 ust. 6 albo
      b. Płatnicy polisy, o ile Składka regularna IKZE została opłacona przed Płatnicą polisy;
   5) **Dzień roboczy** – każdy dzień z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy;
   6) **Dzień wyceny** – każdy Dzień roboczy oraz każdy ostatni dzień kalendarzowy miesiąca;
   7) **Gromadzenie oszczędności** – dokonywanie Wpłat, Wypłat transferowych oraz przyjmowanie wypłat transferowych, a także inwestowanie środków znajdujących się na Rachunku IKZE;
   8) **Jednostka uczestnictwa** – część aktywów Funduszu uzyskana poprzez podzielenie ich na równe części, dająca Oszczędzającemu prawo do udziału w aktywach Funduszu;
   9) **Konto Klienta** – serwis informacyjno-transakcyjny udostępniony przez Towarzystwo Oszczędzającemu za pośrednictwem Internetu;
   10) **Oszczędzający** – osoba fizyczna, która zawarła z Towarzystwem Umowę, gromadząca środki na Rachunku IKZE;
   11) **Płatnica polisy** – data wymagalności Składki regularnej IKZE, przypadająca na pierwszy dzień okresu, za który jest należna;
   12) **Portfel modelowy** – Fundusz, którego aktywa inwestowane są w szczególności w jednostki uczestnictwa więcej niż jednego funduszu inwestycyjnego w rozumieniu ustawy z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych albo więcej niż jednego funduszu inwestycyjnego mającego siedzibę za granicą;
   13) **Rachunek IKZE** – wyodrębniony dla danej Umowy rachunek, do którego dopisywane są jednostki uczestnictwa zakupione za Składki IKZE oraz za przyjętą wypłatę transferową, w przypadku jej dokonania – prowadzony na zasadach określonych Ustawą, a w zakresie w niej nieuregulowanym – na zasadach określonych w przepisach właściwych dla tych rachunków;
   14) **Składka IKZE** – Składka regularna IKZE lub Składka nieregularna IKZE, która stanowi Wpłatę na Rachunek IKZE (suma wpłat Składek IKZE w roku kalendarzowym nie może przekroczyć limitu określonego w § 7 ust. 8 albo § 7 ust. 9);
   15) **Składka nieregularna IKZE** – składka płatna na Rachunek IKZE wskazany przez Towarzystwo w dowolnym czasie trwania Umowy, również w okresie zawieszenia opłacania Składek regularnych;
   16) **Składka regularna IKZE** – składka płatna na Rachunek IKZE wskazany przez Towarzystwo z częstotliwością oraz w terminach wskazanych w Dokumencie ubezpieczenia;
   17) **Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego** – kwota określona w Tabeli IKZE, wypłacana Uprawnionemu w przypadku śmierci Oszczędzającego;
   18) **Środki zgromadzone na Rachunku IKZE** – Jednostki uczestnictwa zapisane na Rachunku IKZE zakupione za Składki IKZE oraz przyjętą wypłatę transferową w przypadku jej dokonania;
   19) **Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (UFK)** – wyodrębniona część aktywów Towarzystwa, podzielona na równe części (zwany dalej „**Funduszem**");
   20) **Umowa** – umowa indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, w ramach której prowadzone jest Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego, zawarta pomiędzy Towarzystwem a Oszczędzającym;
   21) **Uposażony** – osoba wskazana przez Oszczędzającego, uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Oszczędzającego;
   22) **Uposażony zastępczy** – osoba wskazana przez Oszczędzającego, uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Oszczędzającego, jeżeli wskazanie jedynego Uposażonego stało się bezskuteczne;
   23) **Uprawniony** – osoba wskazana przez Oszczędzającego, która w przypadku jego śmierci otrzyma środki z IKZE oraz świadczenie w postaci Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego, a w przypadku gdy osoba taka nie została wskazana lub została wskazana bezskutecznie – spadkobiercy Oszczędzającego oraz osoby, o których mowa w § 9 ust. 5;
   24) **Ustawa** – ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego;
   25) **Wartość Rachunku IKZE** – kwota stanowiąca iloczyn liczby Jednostek uczestnictwa znajdujących się na Rachunku IKZE nabytych za Składki IKZE oraz przyjętą wypłatę transferową w przypadku jej dokonania i Ceny jednostki;

26) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy do daty, w której Wiek jest obliczany;
27) **Wniosek o zawarcie umowy** – formularz Towarzystwa, na którym Oszczędzający składa ofertę zawarcia Umowy (zwany dalej „**Wnioskiem**");
28) **Wpłata** – wpłata środków pieniężnych w formie Składki IKZE lub wypłaty transferowej, dokonywana przez Oszczędzającego na Rachunek IKZE;
29) **Wypłata** – wypłata środków zgromadzonych na Rachunku IKZE, realizowana jednorazowo lub w ratach, na rzecz:
   a. Oszczędzającego, po spełnieniu warunków określonych w Umowie oraz Ustawie albo
   b. osób Uprawnionych, w przypadku śmierci Oszczędzającego;
30) **Wypłata transferowa** – przeniesienie środków zgromadzonych przez Oszczędzającego na IKZE do innej instytucji finansowej prowadzącej IKZE lub przeniesienie środków zgromadzonych na IKZE z IKZE zmarłego na IKZE osoby Uprawnionej;
31) **Zwrot** – wycofanie całości środków zgromadzonych na Rachunku IKZE, jeżeli nie zachodzą przesłanki do Wypłaty bądź Wypłaty transferowej.

2. Definicje, określone w ust. 1, należy rozumieć także w odpowiednim przypadku i liczbie.

Przedmiot i zakres Umowy

§ 3

1. Przedmiotem Umowy jest życie Oszczędzającego.
2. Ubezpieczenie prowadzone jest z Funduszami, w ramach których gromadzone i inwestowane są Składki IKZE.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia:
1) zaistnienie okoliczności umożliwiających dokonanie wypłaty z Rachunku IKZE, o których mowa w § 13 ust. 1;
2) śmierć Oszczędzającego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.

Zawarcie Umowy

§ 5

1. Umowę może zawrzeć osoba fizyczna, która w dniu zawarcia Umowy ukończyła 16 lat.
2. Umowa zawierana jest na podstawie kompletnie i poprawnie wypełnionego i złożonego przez Oszczędzającego Wniosku.
3. W przypadku, gdy stosowne przepisy prawa tego wymagają, Towarzystwo przed zawarciem Umowy uzyskuje od Oszczędzającego, w formie ankiety, informacje dotyczące jego potrzeb, wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie oraz jego sytuacji finansowej, tak aby Towarzystwo mogło dokonać oceny, czy Umowa jest odpowiednia do potrzeb Oszczędzającego.
4. Przed zawarciem Umowy Towarzystwo doręcza Oszczędzającemu warunki Umowy, w tym treść OWU wraz z załącznikami oraz Skorowidzem, albo udostępnia je Oszczędzającemu w taki sposób, aby mógł je przechowywać i odtwarzać w zwykłym toku czynności.
5. Przed zawarciem Umowy Oszczędzający składa oświadczenia zawarte we Wniosku.
6. Towarzystwo potwierdza zawarcie Umowy Dokumentem ubezpieczenia (polisą).

Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy

§ 6

1. Oszczędzającemu przysługuje prawo do odstąpienia od Umowy poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia w tym względzie:
   1) w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy albo
   2) w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji, o której mowa w § 19 ust. 2 pkt 3.
2. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy Towarzystwo nie poinformowało Oszczędzającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy, termin 30 dni, o którym mowa w ust 1 pkt 1, biegnie od dnia, w którym Oszczędzający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
3. Złożenie oświadczenia o odstąpieniu od Umowy, w terminie o którym mowa w ust. 1 pkt 1 albo ust. 2, możliwe jest również za pośrednictwem infolinii Towarzystwa.
4. Umowa może być w każdym czasie wypowiedziana przez Oszczędzającego pisemnie, z zachowaniem 14-dniowego okresu wypowiedzenia.
5. Umowa ulega rozwiązaniu w przypadku dokonania Wypłaty, Wypłaty transferowej albo Zwrotu.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, Towarzystwo zwróci Oszczędzającemu wpłaconą Składkę IKZE w całości, a przyjętą wypłatę transferową zwróci w formie Zwrotu, bez pobrania opłaty, o której mowa w § 17 ust. 4.
7. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 albo ust. 2, Środki zgromadzone na Rachunku IKZE Towarzystwo wypłaci w formie Zwrotu, jeśli nie zachodzą przesłanki do Wypłaty bądź Wypłaty transferowej.

Wpłaty

§ 7

1. Towarzystwo określa minimalną wysokość Składki IKZE w Tabeli IKZE.
2. Wysokość Składki regularnej IKZE oraz częstotliwość jej opłacania określone są przez Oszczędzającego we Wniosku.
3. Składki regularne IKZE mogą być opłacane z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną albo miesięczną. Wysokość Składki regularnej IKZE, częstotliwość oraz terminy jej opłacania potwierdzone są w Dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 15.
4. Oszczędzający ma prawo do zmiany:
   1) wysokości Składki regularnej IKZE w każdą Płatnicę polisy;
   2) częstotliwości opłacania Składek regularnych IKZE w całym okresie obowiązywania Umowy, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Wysokość Składki regularnej IKZE po zmianach, o których mowa w ust. 4, nie może być niższa od minimalnej Składki IKZE dla wybranej częstotliwości, określonej w Tabeli IKZE.
6. Składki nieregularne IKZE mogą być wpłacane w dowolnym czasie trwania Umowy, z zastrzeżeniem § 8 ust. 6.
7. Składka IKZE, pomniejszona o pobraną opłatę alokacyjną, określoną w Tabeli IKZE, stanowi Wpłatę na Rachunek IKZE.

8. Wpłaty dokonywane na IKZE w roku kalendarzowym nie mogą przekroczyć kwoty odpowiadającej 1,2–krotności przeciętnego prognozowanego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok określonego w ustawie budżetowej lub ustawie o prowizorium budżetowym lub w ich projektach, jeżeli odpowiednie ustawy nie zostały uchwalone, z zastrzeżeniem ust. 9.
9. Wpłaty dokonywane na IKZE przez osoby prowadzące pozarolniczą działalność, w rozumieniu art. 8 ust. 6 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, w roku kalendarzowym nie mogą przekroczyć kwoty odpowiadającej 1,8–krotności przeciętnego prognozowanego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok określonego w ustawie budżetowej lub ustawie o prowizorium budżetowym lub w ich projektach, jeżeli odpowiednie ustawy nie zostały uchwalone.
10. W przypadku, gdy kwota ustalona w sposób określony w ust. 8 i 9 będzie niższa od kwoty ogłoszonej w poprzednim roku kalendarzowym, obowiązuje kwota wpłat dokonywanych na IKZE ogłoszona w poprzednim roku kalendarzowym.
11. Jeżeli do końca roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym będą dokonywane wpłaty na IKZE, brak jest podstaw, o których mowa w ust. 8 i 9, do ustalenia przeciętnego prognozowanego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej, jako podstawę do ustalenia kwoty, o której mowa w ust. 8 i 9, przyjmuje się przeciętne miesięczne wynagrodzenie z trzeciego kwartału roku poprzedniego.
12. Zapisy ust. 8 i 9 nie mają zastosowania do przyjmowanych wypłat transferowych.
13. Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego ogłasza w Dzienniku Urzędowym Rzeczpospolitej Polskiej „Monitor Polski" do końca roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym będą dokonywane wpłaty na IKZE, w drodze obwieszczenia, wysokość kwoty, o której mowa w ust. 8 i 9.
14. Wpłata Składki nieregularnej IKZE nie zwalnia Oszczędzającego z obowiązku opłacenia Składki regularnej IKZE. Towarzystwo ma prawo zaliczyć Składkę nieregularną IKZE, za którą nie zostały zakupione Jednostki uczestnictwa na poczet zaległych Składek regularnych IKZE.
15. W przypadku, gdy Oszczędzający zadeklarował wypłatę transferową, Składki regularne IKZE opłacane są począwszy od pierwszej Rocznicy polisy Umowy następującej po przyjęciu wypłaty transferowej.

Rachunek IKZE i Alokacja składek IKZE

§ 8

1. Z dniem przyjęcia pierwszej Wpłaty z tytułu Umowy Towarzystwo otwiera Rachunek IKZE, na którym ewidencjonuje Jednostki uczestnictwa zakupione za opłacone Składki IKZE i przyjętą wypłatę transferową.
2. Po opłaceniu Składki IKZE Towarzystwo dopisuje Jednostki uczestnictwa do Rachunku IKZE, z zastrzeżeniem ust. 6, zgodnie ze wskazaną przez Oszczędzającego dyspozycją Alokacji składki IKZE. Liczba dopisanych Jednostek uczestnictwa wynika z podzielenia części Wpłaty na Rachunek IKZE określonej w dyspozycji Alokacji przez Cenę jednostki danego Funduszu, obowiązującą w Dniu nabycia.
3. Jeżeli Składka regularna IKZE została opłacona przed Płatnicą polisy, Jednostki uczestnictwa zostaną nabyte po Cenie jednostki obowiązującej w Dniu nabycia, nie wcześniej jednak niż w dniu zawarcia Umowy.
4. Po przyjęciu wypłaty transferowej Towarzystwo dopisuje Jednostki uczestnictwa do Rachunku IKZE. Liczba Jednostek uczestnictwa równa jest wartości przyjętej wypłaty transferowej, podzielonej przez Cenę jednostki obowiązującą w Dniu nabycia, przypadającym nie wcześniej jednak niż po otrzymaniu kompletu dokumentów z instytucji finansowej, z której dokonano wypłaty transferowej.
5. Za Składkę nieregularną IKZE i środki pochodzące z przyjętej wypłaty transferowej Towarzystwo nabywa Jednostki uczestnictwa Funduszy zgodnie z Alokacją składki IKZE ustaloną przez Oszczędzającego dla Składki regularnej IKZE.
6. W przypadku, gdy we Wniosku Oszczędzający zadeklarował wypłatę transferową, Składki nieregularne IKZE opłacone przed przyjęciem przez Towarzystwo wypłaty transferowej zostaną przekazane na nieoprocentowany rachunek. W takim przypadku nabycie Jednostek uczestnictwa za Składki nieregularne IKZE nastąpi w terminie pięciu Dni roboczych od dnia przyjęcia wypłaty transferowej.

Wskazanie osób Uposażonych

§ 9

1. Oszczędzający może wskazać jedną lub więcej osób Uposażonych do otrzymania świadczenia w razie jego śmierci.
2. Wskazanie dotyczące Uposażonego może zostać w dowolnym czasie zmienione lub odwołane przez złożenie oświadczenia w Towarzystwie. Zmiana Uposażonego następuje od daty otrzymania tego oświadczenia przez Towarzystwo.
3. Jeżeli wskazano kilku Uposażonych, powinny zostać określone ich udziały procentowe w kwocie świadczenia.
4. Jeżeli udziały procentowe Uposażonych w kwocie świadczenia nie zostaną określone, przyjmuje się, że są one równe.
5. W przypadku śmierci Oszczędzającego, gdy nie wskazał on żadnego Uposażonego lub wskazanie jedynego Uposażonego okazało się bezskuteczne, a nie został wskazany Uposażony zastępczy, świadczenie przysługuje członkom rodziny Oszczędzającego w następującej kolejności:
   1) małżonek;
   2) dzieci – w częściach równych;
   3) rodzice – w częściach równych;
   4) rodzeństwo – w częściach równych;
   5) pozostałe osoby będące spadkobiercami ustawowymi Oszczędzającego, z wyłączeniem gminy właściwej dla ostatniego miejsca zamieszkania Oszczędzającego oraz Skarbu Państwa – w częściach równych.
6. Świadczenie może być wypłacone członkowi rodziny wymienionemu w dalszej kolejności wyłącznie wtedy, gdy żadna z osób wskazanych w punktach poprzedzających nie dożyła śmierci Oszczędzającego albo nie jest uprawniona do otrzymania świadczenia z powodu okoliczności wskazanych w ust. 7. Uważa się, że osoba nie dożyła śmierci Oszczędzającego także, gdy zmarła jednocześnie z nim.
7. Wskazanie Uposażonego jest bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed Oszczędzającym albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. W takim przypadku udział bezskutecznie wskazanego Uposażonego w kwocie świadczenia dolicza się proporcjonalnie do udziałów pozostałych Uposażonych.
8. Jeżeli wskazanie jedynego Uposażonego stało się bezskuteczne, prawo do świadczenia nabywa Uposażony zastępczy.
9. Postanowienia ust. 1-4 oraz ust. 7 stosuje się odpowiednio do Uposażonego zastępczego.

Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego

§ 10

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego określona jest kwotowo w Dokumencie ubezpieczenia i wynosi 100 zł.

2. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego jest niezmienna w całym okresie trwania Umowy.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 11

Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia i innych środków pieniężnych w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia i innych środków pieniężnych z tytułu Umowy naraziłaby Towarzystwo 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, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie lub inne środki pieniężne.

Wypłata świadczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego

§ 12

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie następujące dokumenty:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię odpisu skróconego aktu zgonu Oszczędzającego;
   4) w przypadku, o którym mowa w § 9 ust. 5, 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.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczenia dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o śmierci Oszczędzającego.
5. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4.

Wypłata

§ 13

1. Wypłata Środków zgromadzonych na Rachunku IKZE następuje wyłącznie:
   1) na wniosek Oszczędzającego, po osiągnięciu przez niego 65 roku życia oraz pod warunkiem dokonywania wpłat na IKZE co najmniej w pięciu latach kalendarzowych;
   2) w przypadku śmierci Oszczędzającego – na wniosek osoby Uprawnionej.
2. Wypłata może być dokonywana jednorazowo albo w ratach, w zależności od wniosku Oszczędzającego albo osoby Uprawnionej.
3. W przypadku złożenia przez Oszczędzającego lub osobę Uprawnioną wniosku o Wypłatę jednorazową do obliczenia wartości wypłaty przyjmuje się Cenę jednostki obowiązującą w Dniu wyceny, w którym Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa. Umorzenie Jednostek uczestnictwa następuje nie później niż w terminie pięciu Dni roboczych od dnia otrzymania przez Towarzystwo dokumentów, o których mowa w ust. 9.
4. W przypadku złożenia przez Oszczędzającego lub osobę Uprawnioną wniosku o Wypłatę w ratach, wnioskujący określa:
   1) częstotliwość wypłacania rat;
   2) liczbę rat.
5. Wypłata w ratach realizowana jest z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną.
6. Wypłata w ratach następuje przez co najmniej 10 lat. Jeżeli wpłaty na IKZE były dokonywane przez mniej niż 10 lat, Wypłata w ratach może być rozłożona na okres równy okresowi, w jakim dokonywane były wpłaty.
7. Wysokość rat określona jest w liczbie Jednostek uczestnictwa poprzez podzielenie ilości Jednostek uczestnictwa zgromadzonych na Rachunku IKZE przez wnioskowaną liczbę rat i pomnożenie przez Cenę jednostki obowiązującą w Dniu wyceny, w którym Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa.
8. W przypadku pierwszej raty umorzenie Jednostek uczestnictwa następuje nie później niż w terminie pięciu Dni roboczych od dnia otrzymania przez Towarzystwo dokumentów, o których mowa w ust. 9.
9. Towarzystwo dokonuje Wypłaty jednorazowej lub Wypłaty pierwszej raty w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia:
   1) złożenia przez Oszczędzającego wniosku o dokonanie Wypłaty;
   2) złożenia przez osobę, o której mowa w ust. 1 pkt 2, wniosku o dokonanie Wypłaty oraz przedłożenia:
      a. aktu zgonu Oszczędzającego i dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby Uprawnionej albo
      b. prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku albo notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia oraz zgodnego oświadczenia wszystkich spadkobierców o sposobie podziału środków zgromadzonych przez Oszczędzającego albo prawomocnego postanowienia sądu o dziale spadku, a także dokumentów stwierdzających tożsamość spadkobierców,

   chyba, że Oszczędzający lub osoby Uprawnione żądają Wypłaty w terminie późniejszym.
10. Wysokość kolejnych rat jest zmienna i zależy od Ceny jednostki obowiązującej w dniu umorzenia Jednostek uczestnictwa na potrzeby naliczenia kolejnej raty.
11. Wypłaty kolejnych rat realizowane są w terminach wynikających odpowiednio z terminu Wypłaty pierwszej raty w kolejnym miesiącu, kwartale, półroczu lub roku, w zależności od wybranej częstotliwości wypłat rat.
12. Oszczędzający nie może dokonywać Wpłat na Rachunek IKZE, z którego dokonał Wypłaty pierwszej raty.
13. Oszczędzający, który dokonał Wypłaty jednorazowej lub pierwszej raty Wypłaty, nie może ponownie rozpocząć Gromadzenia oszczędności na IKZE.

14. W przypadku śmierci Oszczędzającego, który rozpoczął Wypłatę w formie rat, Towarzystwo na pisemny wniosek osoby Uprawnionej dokona Wypłaty zgodnie z jej dyspozycją i jej udziałem procentowym w kwocie świadczenia, w ratach lub jednorazowo.
15. W dniu umorzenia Jednostek uczestnictwa na ostatnią ratę Rachunek IKZE zostaje zamknięty a Umowa ulega rozwiązaniu.
16. Kwota Wypłaty, w tym Wypłaty na wniosek osoby Uprawnionej, zostanie pomniejszona o dziesięcioprocentowy zryczałtowany podatek dochodowy.

Wypłata transferowa

§ 14

1. Wypłata transferowa dokonywana jest przez Towarzystwo na podstawie dyspozycji Oszczędzającego lub osoby Uprawnionej po uprzednim zawarciu umowy o prowadzenie IKZE z inną instytucją i okazaniu Towarzystwu potwierdzenia zawarcia umowy o prowadzenie IKZE.
2. Wypłata transferowa jest dokonywana:
   1) z Towarzystwa do instytucji finansowej, z którą Oszczędzający zawarł umowę o prowadzenie IKZE;
   2) w przypadku śmierci Oszczędzającego – z Towarzystwa na IKZE osoby Uprawnionej.
3. Towarzystwo dokonuje Wypłaty transferowej w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia:
   1) złożenia przez Oszczędzającego dyspozycji o dokonanie Wypłaty transferowej;
   2) złożenia przez osobę, o której mowa w ust. 2 pkt 2, dyspozycji o dokonanie Wypłaty transferowej oraz przedłożenia:
      a. aktu zgonu Oszczędzającego i dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby Uprawnionej albo
      b. prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku albo notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia oraz zgodnego oświadczenia wszystkich spadkobierców o sposobie podziału środków zgromadzonych przez Oszczędzającego albo prawomocnego postanowienia sądu o dziale spadku, a także dokumentów stwierdzających tożsamość spadkobierców.
4. Wypłata transferowa dokonywana jest na rachunek bankowy wskazany w potwierdzeniu zawarcia umowy o prowadzenie IKZE.
5. Do obliczenia wartości Wypłaty transferowej przyjmuje się Cenę jednostki obowiązującą w Dniu wyceny, w którym Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa. Umorzenie Jednostek uczestnictwa następuje nie później niż w terminie pięciu Dni roboczych od dnia otrzymania przez Towarzystwo dokumentów, o których mowa w ust. 3.
6. Przedmiotem Wypłaty transferowej może być wyłącznie całość Środków zgromadzonych na Rachunku IKZE.

Zwrot

§ 15

1. W przypadku wypowiedzenia Umowy, jeżeli nie zachodzą przesłanki do Wypłaty bądź Wypłaty transferowej, Towarzystwo dokonuje Zwrotu Środków zgromadzonych na Rachunku IKZE, obliczonego zgodnie z ust. 3.
2. W przypadku odstąpienia od Umowy, o którym mowa w § 6 ust. 1 pkt 2, jeżeli nie zachodzą przesłanki do Wypłaty bądź Wypłaty transferowej, Towarzystwo dokonuje Zwrotu Środków zgromadzonych na Rachunku IKZE, obliczonego zgodnie z ust. 4.
3. Do obliczenia wartości Zwrotu, o którym mowa w ust. 1, przyjmuje się Cenę jednostki obowiązującą w Dniu wyceny, w którym Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa. Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa w terminie pięciu Dni roboczych licząc od dnia otrzymania przez Towarzystwo wniosku o Zwrot.
4. Do obliczenia wartości Zwrotu, o którym mowa w ust. 2, przyjmuje się Cenę jednostki obowiązującą w dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu.
5. Zwrot Środków zgromadzonych na Rachunku IKZE następuje przed upływem terminu wypowiedzenia Umowy.
6. Zwrotowi podlegają Środki zgromadzone na Rachunku IKZE pomniejszone o kwotę, o której mowa w § 17 ust. 4.
7. Oszczędzający przed dokonaniem Zwrotu zobowiązany jest do poinformowania Towarzystwa o właściwym dla Oszczędzającego w sprawach podatku dochodowego od osób fizycznych naczelniku urzędu skarbowego.

Zmiany Funduszy

§ 16

1. Oszczędzający ma prawo w każdym czasie:
   1) zmienić Alokację składki IKZE pomiędzy poszczególne Fundusze;
   2) przenieść do wybranego Funduszu wszystkie lub część Jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunku wskazanego Funduszu.
2. Towarzystwo dokona przeniesienia Jednostek uczestnictwa nie później niż w terminie ośmiu Dni roboczych od daty otrzymania oświadczenia Oszczędzającego w tym zakresie, poprzez sprzedaż i nabycie Jednostek uczestnictwa, w tym za pośrednictwem Konta Klienta udostępnionego mu przez Towarzystwo.
3. Towarzystwo dokona podziału Składek regularnych IKZE pomiędzy poszczególne Fundusze po otrzymaniu oświadczenia Oszczędzającego, w tym za pośrednictwem Konta Klienta udostępnionego mu przez Towarzystwo.
4. Minimalna Alokacja składki IKZE w wybrany Fundusz nie może być niższa niż 10%.

Opłaty

§ 17

1. Towarzystwo pobiera opłatę alokacyjną ustalaną jako procent Składki IKZE i wskazaną w Tabeli IKZE.
2. Wysokość opłaty alokacyjnej określona jest we Wniosku i obowiązuje przez cały okres trwania Umowy o prowadzenie IKZE.
3. Opłata alokacyjna pobierana jest przez Towarzystwo poprzez zmniejszenie każdej opłaconej Składki IKZE i przeznaczana jest na pokrycie kosztów dystrybucji.
4. W przypadku, gdy Oszczędzający dokonuje Wypłaty, Wypłaty transferowej lub Zwrotu przed upływem 12 miesięcy od dnia zawarcia Umowy, Towarzystwo potrąci dodatkową opłatę w wysokości 4% wypłacanych, transferowanych lub zwracanych środków zgromadzonych na IKZE Oszczędzającego, lecz nie więcej niż 200 zł.
5. Z tytułu zarządzania Funduszami Towarzystwo pobiera opłatę za zarządzanie w wysokości wskazanej w Tabeli IKZE.

6. Niezależnie od opłaty, wskazanej w ust. 5, z aktywów funduszy inwestycyjnych, do których lokowane są aktywa Portfeli modelowych, podmioty zarządzające funduszami inwestycyjnymi pobierają opłaty bieżące, w skład których wchodzą: opłata za zarządzanie, opłata za wyniki oraz inne koszty administracyjne lub operacyjne. Opłaty te uwzględniane są w cenie jednostek uczestnictwa funduszy inwestycyjnych.
7. Opłaty, o których mowa w ust. 6, wskazane są w Tabeli IKZE, a ich wysokość dostępna jest na stronie internetowej generali.pl w sekcji w sekcji „Inwestycje i emerytura", w części „Notowania UFK" po wybraniu zakładki „Opłaty funduszy inwestycyjnych".
8. Z opłat za zarządzanie, o których mowa w ust.6, pokrywane jest wynagrodzenie wypłacane na rzecz Towarzystwa przez podmioty zarządzające funduszami inwestycyjnymi.

Prawa i obowiązki Oszczędzającego

§ 18

1. Oszczędzający jest zobowiązany do opłacania Składek regularnych IKZE w wysokości i terminach wskazach w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zmiana Umowy na niekorzyść Oszczędzającego lub Uprawnionego wymaga zgody Oszczędzającego.
3. Oszczędzający zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia Towarzystwa o zmianach swoich danych osobowych i teleadresowych, a także danych osobowych i teleadresowych Uposażonego i Uposażonego zastępczego.
4. Oszczędzający może żądać od Towarzystwa udzielenia mu informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.

Prawa i obowiązki Towarzystwa

§ 19

1. Towarzystwo ma prawo do pobierania opłat określonych w OWU, Regulaminie lokowania IKZE oraz Tabeli IKZE.
2. Towarzystwo zobowiązane jest do:
   1) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych Umową;
   2) sporządzania i publikowania rocznych i półrocznych sprawozdań Funduszu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   3) przekazywania Oszczędzającemu, nie rzadziej niż raz w roku, z zastrzeżeniem pkt 4, w trybie uzgodnionym z Oszczędzającym, informacji o środkach znajdujących się na Rachunku IKZE oraz informacji o wysokości środków znajdujących się na nieoprocentowanym rachunku;
   4) informowania Oszczędzającego w zakresie, o którym mowa w pkt 3, po raz pierwszy nie wcześniej niż w terminie 10 miesięcy i nie później niż w terminie 14 miesięcy od dnia zawarcia Umowy;
   5) przekazywania Oszczędzającemu informacji dotyczących zmian warunków Umowy lub zmiany prawa właściwego dla zawartej Umowy przed wyrażeniem przez Oszczędzającego zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy;
   6) informowania Oszczędzającego o zmianie Sumy ubezpieczenia;
   7) informowania Oszczędzającego o zajściu zdarzeń objętych odpowiedzialnością, jeżeli zdarzenie zostało zgłoszone do Towarzystwa, a Oszczędzający nie jest osobą występującą z tym zgłoszeniem;
   8) informowania osoby występującej z roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia zobowiązań Towarzystwa, jeżeli jest to niezbędne do prowadzenia dalszego postępowania;
   9) informowania osoby występującej z roszczeniem o przyczynach niemożności jego zaspokojenia, w przypadku gdy Towarzystwo nie wypłaci świadczenia w terminie określonym w § 12 ust. 4 i 5;
   10) informowania osoby występującej z roszczeniem o przyczynie odmowy wypłaty świadczenia albo o przyczynie wypłaty świadczenia w innej wysokości niż określona w zgłoszeniu roszczenia wraz ze wskazaniem podstawy prawnej uzasadniającej całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
   11) udostępniania Oszczędzającemu oraz osobie występującej z roszczeniem informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokość świadczenia;
   12) potwierdzania, na żądanie Oszczędzającego oraz osoby występującej z roszczeniem, udostępnionych im informacji, a także sporządzania na ich koszt kserokopii dokumentów i potwierdzania ich za zgodność z oryginałem;
   13) udzielania Oszczędzającemu na jego wniosek informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Oszczędzającego.
3. Towarzystwo zamieszcza informacje o wartości Jednostki uczestnictwa na stronie internetowej Towarzystwa generali.pl.

Reklamacje

§ 20

1. Będący osobą fizyczną Oszczędzający, Uposażony lub Uprawniony z umowy ubezpieczenia do otrzymania świadczenia oraz spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub w spełnieniu świadczenia z tytułu Umowy (zwany w tym paragrafie „**Klient**") może składać w każdym czasie zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, w tym skargi i zażalenia (zwane dalej „**Reklamacje**"). Reklamacje mogą być składane również przez poszukującego ochrony ubezpieczeniowej lub zleceniodawcę gwarancji ubezpieczeniowej, jak również Ubezpieczających lub Ubezpieczonych, w tym będących osobami prawnymi lub spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej.
2. Reklamacje mogą być składane:
   1) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa, ul. Senatorska 18, 00-082 Warszawa, lub jednostce obsługującej Klientów, albo przesyłane przesyłką pocztową, albo wysłane za pośrednictwem usługi e-Doręczenia na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-48634-65343-GDUJD-13;
   2) ustnie – telefonicznie pod numerem +48 913 913 913 albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w miejscu, o którym mowa w pkt 1 powyżej.
3. Reklamacja powinna zawierać dane Klienta umożliwiające jego identyfikację, numer polisy oraz zastrzeżenia zgłaszane przez Klienta.
4. Towarzystwo 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, chyba że mają miejsce szczególnie skomplikowane okoliczności, uniemożliwiające rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w tym terminie. W takim przypadku Towarzystwo poinformuje Klienta, który złożył Reklamację 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.

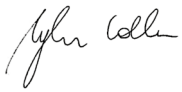
5. Odpowiedź na Reklamację jest udzielana w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika. Na wniosek Klienta odpowiedź na Reklamację może być dostarczona pocztą elektroniczną.
6. Spór między Klientem a Towarzystwem może być zakończony w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między Klientami a podmiotami rynku finansowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, przed Rzecznikiem Finansowym (www.rf.gov.pl).
7. Skargi i zażalenia składane przez inne podmioty, niż wymienione w ust. 1 lub w innej formie, niż określona w ust. 2, dotyczące działania lub zaniechania Towarzystwa związanego z zawarciem lub wykonaniem umowy ubezpieczenia, powinny zawierać dane i informacje, o których mowa w ust. 3. Skargi i zażalenia, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, są rozpatrywane w terminie 30 dni od ich otrzymania przez Towarzystwo, najpóźniej w terminie 14 dni od wyjaśnienia okoliczności niezbędnych do ich załatwienia. Towarzystwo informuje zainteresowanego o sposobie załatwienia skargi lub zażalenia niezwłocznie po ich rozpatrzeniu, w sposób uzgodniony z tą osobą. Do skarg i zażaleń składanych zgodnie z niniejszym ustępem nie mają zastosowania postanowienia ust. 4 i 5.
8. Niezależnie od powyższego Klient może składać skargi i zażalenia na działalność Towarzystwa do uprawnionych organów, np. Komisji Nadzoru Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną Klientów podmiotów rynku finansowego.
9. 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

§ 21

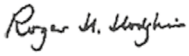
1. Do spraw nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.
2. W zakresie opodatkowania świadczeń należnych z tytułu Umowy zastosowanie mają obowiązujące przepisy prawa dotyczące podatku dochodowego, w szczególności przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.
3. Towarzystwo udostępnia Oszczędzającemu Konto Klienta na stronie generali.pl. Warunkiem korzystania z Konta Klienta jest akceptacja Regulaminu świadczenia usług drogą elektroniczną, który dostępny jest m.in. na stronie generali.pl w trakcie procesu rejestracji oraz po zalogowaniu się do Konta Klienta. Regulamin udostępniony jest nieodpłatnie w formie umożliwiającej jego pozyskanie, odtwarzanie, utrwalanie i drukowanie.
4. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWU
TABELA IKZE
(KOD RPFL1_IKZE1_TOIL_09.2025)

1. Tabela opłat

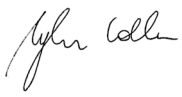
Lp.	Rodzaj opłaty		Aktualna wysokość
1)	Opłata alokacyjna		Nie więcej niż 5% Składki IKZE
2)	Opłata za Wypłatę, Wypłatę transferową lub Zwrot w okresie pierwszych 12 miesięcy od dnia zawarcia Umowy		4% Wartości Rachunku IKZE ale nie więcej niż 200 zł
3)	Opłata za zarządzanie Funduszami (procent wartości całego Funduszu rocznie) – **opłata uwzględniona w Cenie jednostki, niepobierana poprzez umorzenie Jednostek uczestnictwa z Rachunku IKZE**	Fundusz Emerytalny Generali Agresywny	3,10%
		Fundusz Emerytalny Generali Mieszany	2,50%
		Fundusz Emerytalny Generali Obligacji	1,60%
		UFK Generali Gwarantowany PLUS	1,50%
		Portfel Cyklu Koniunkturalnego	2,45%
		Portfel Polski Akcyjny	1,90%
		Portfel Zagraniczny Surowcowy	1,90%
		Portfel Zagraniczny „Cztery strony świata” Akcyjny	1,90%
4)	Opłaty bieżące pobierane z aktywów funduszy inwestycyjnych, do których lokowane są aktywa Portfeli modelowych **– uwzględniane w cenie jednostek uczestnictwa funduszy inwestycyjnych**		Wysokość opłat bieżących pobieranych z aktywów funduszy inwestycyjnych, do których lokowane są aktywa danego Portfela modelowego, dostępna jest na stronie generali.pl, w sekcji „Inwestycje i emerytura” w części „Notowania UFK” po wybraniu zakładki „Opłaty funduszy inwestycyjnych”

2. Tabela limitów

Lp.	Rodzaj limitu	Aktualna wysokość
1)	Minimalna wysokość Składki regularnej IKZE	
	– roczna	240 zł
	– półroczna	120 zł
	– kwartalna	60 zł
	– miesięczna	20 zł
2)	Minimalna wysokość Składki nieregularnej IKZE	9 zł
3)	Maksymalna suma Składek IKZE w roku kalendarzowym	limit określony w Ustawie oraz § 7 ust. 8-12 OWU
4)	% wypłaty transferowej przeznaczony na nabycie Jednostek uczestnictwa	100%
5)	Minimalna Alokacja składki IKZE w wybrany Fundusz	10%
6)	Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Oszczędzającego	100 zł

Niniejsza Tabela IKZE przyjęta została Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OWU
WYKAZ FUNDUSZY IKZE
(KOD RPFL1_IKZE1_WUFK_09.2025)

1. Towarzystwo tworzy następujące Fundusze:

Lp.	Nazwa Funduszu
	Fundusze niskiego ryzyka
1)	UFK Generali Gwarantowany PLUS
2)	Fundusz Emerytalny Generali Obligacji
	Fundusze średniego ryzyka
3)	Fundusz Emerytalny Generali Mieszany
	Fundusze wysokiego ryzyka
4)	Fundusz Emerytalny Generali Agresywny

2. Towarzystwo tworzy następujące Portfele modelowe:

Lp.	Nazwa Funduszu
	Fundusze średniego ryzyka
1)	Portfel Cyklu Koniunkturalnego
	Fundusze wysokiego ryzyka
2)	Portfel Polski Akcyjny
3)	Portfel Zagraniczny „Cztery strony świata” Akcyjny
4)	Portfel Zagraniczny Surowcowy

3. Poziom ryzyka Funduszy wyznaczony został na podstawie wskaźnika ryzyka określanego zgodnie z metodyką opisaną w Rozporządzeniu Delegowanym Komisji (UE) 2017/653 z dnia 8 marca 2017 r. uzupełniającym Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1286/2014 w sprawie dokumentów zawierających kluczowe informacje, dotyczących detalicznych produktów zbiorowego inwestowania i ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych (PRIIP) przez ustanowienie regulacyjnych standardów technicznych w zakresie prezentacji, treści, przeglądu i zmiany dokumentów zawierających kluczowe informacje oraz warunków spełnienia wymogu przekazania takich dokumentów. Szczegółowe informacje na temat ryzyka każdego z Funduszy dostępne są w karcie produktu IKZE, doręczanej przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz udostępnianej przez Towarzystwo na stronie generali.pl.
4. Niniejszy Wykaz Funduszy IKZE został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 3 DO OWU
REGULAMIN LOKOWANIA IKZE
(KOD RPFL1_IKZE1_RL_10.2025)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejszy Regulamin lokowania IKZE określa zasady funkcjonowania Funduszy oferowanych przez Towarzystwo, w ramach Umowy zawieranej na podstawie OWU.
2. Terminy, które zostały zdefiniowane w OWU, używane są w Regulaminie lokowania IKZE w takim samym znaczeniu.

Charakterystyka aktywów wchodzących w skład Funduszy

§ 2

1. Aktywa Funduszy mogą być lokowana, z zastrzeżeniem § 3, wyłącznie w:
   1) papiery wartościowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski, papiery wartościowe i instrumenty rynku pieniężnego dopuszczone do obrotu na rynku regulowanym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub w państwie członkowskim Unii Europejskiej innym niż Rzeczpospolita Polska, a także na rynku zorganizowanym niebędącym rynkiem regulowanym w Rzeczypospolitej Polskiej lub w państwie członkowskim Unii Europejskiej innym niż Rzeczpospolita Polska oraz na rynku zorganizowanym w państwie należącym do Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju, zwanej dalej „OECD", niebędącym państwem członkowskim Unii Europejskiej;
   2) papiery wartościowe i instrumenty rynku pieniężnego będące przedmiotem oferty publicznej, jeżeli warunki emisji lub pierwszej oferty publicznej zakładają złożenie wniosku o dopuszczenie do obrotu, o którym mowa w pkt 1, oraz gdy dopuszczenie do tego obrotu jest zapewnione w okresie nie dłuższym niż rok od dnia, w którym po raz pierwszy nastąpi zaoferowanie tych papierów wartościowych lub instrumentów rynku pieniężnego;
   3) depozyty w bankach mających siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub w zagranicznych instytucjach kredytowych, płatne na żądanie lub takie, które można wycofać przed terminem zapadalności;
   4) instrumenty rynku pieniężnego inne niż określone w pkt 1 i 2, jeżeli instrumenty te lub ich emitent podlegają regulacjom mającym na celu ochronę inwestorów i oszczędności oraz są:
      a. emitowane, poręczone lub gwarantowane przez Skarb Państwa, Narodowy Bank Polski, jednostkę samorządu terytorialnego, właściwe centralne, regionalne lub lokalne władze publiczne państwa członkowskiego Unii Europejskiej innego niż Rzeczpospolita Polska albo przez bank centralny państwa członkowskiego Unii Europejskiej innego niż Rzeczpospolita Polska, Europejski Bank Centralny, Unię Europejską lub Europejski Bank Inwestycyjny, państwo niebędące państwem członkowskim Unii Europejskiej, albo przez jednego z członków federacji w przypadku państwa federalnego, albo przez organizację międzynarodową, do której należy co najmniej jedno państwo członkowskie Unii Europejskiej, lub
      b. emitowane, poręczone lub gwarantowane przez podmiot podlegający nadzorowi właściwego organu nadzorczego nad rynkiem finansowym, zgodnie z kryteriami określonymi prawem Unii Europejskiej, albo przez podmiot pod-legający i stosujący się do zasad, które są co najmniej tak rygorystyczne, jak określone prawem Unii Europejskiej, lub
      c. emitowane przez podmiot, którego papiery wartościowe są w obrocie na rynku regulowanym, o którym mowa w pkt 1, lub
      d. emitowane przez inne podmioty określone w Regulaminie lokowania IKZE, pod warunkiem że inwestycje w takie papiery wartościowe podlegają ochronie inwestora równoważnej do określonej w ppkt. a–c oraz pod warunkiem, że emitent spełnia łącznie następujące warunki:
         a) jest spółką, której kapitał własny wynosi co najmniej 10 mln euro, przy czym równowartość w złotych kwoty wyrażonej w euro jest obliczana przy zastosowaniu średniego kursu euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski na dzień sporządzenia przez daną spółkę ostatniego sprawozdania finansowego;
         b) publikuje roczne sprawozdania finansowe, zgodnie z przepisami prawa Unii Europejskiej, dotyczące rocznych sprawozdań finansowych niektórych rodzajów spółek;
         c) należy do grupy kapitałowej, w skład której wchodzi co najmniej jedna spółka, której papiery wartościowe są przedmiotem obrotu na rynku regulowanym;
         d) zajmuje się finansowaniem grupy, o której mowa w pppkt c, albo finansowaniem mechanizmów przekształcania długu w papiery wartościowe z wykorzystaniem bankowych narzędzi zapewnienia płynności.
   5) papiery wartościowe i instrumenty rynku pieniężnego, inne niż określone w pkt 1, 2 i 4, z tym że łączna wartość tych lokat nie może przekroczyć 10% wartości aktywów Funduszu.
2. Fundusze mogą lokować ponad 5% wartości aktywów Funduszu, nie więcej jednak niż 10%, w papiery wartościowe i instrumenty rynku pieniężnego wyemitowane przez jeden podmiot, jeżeli łączna wartość tych lokat nie przekroczy 40% wartości aktywów tego Funduszu.
3. Fundusze mogą lokować do 20% wartości aktywów Funduszu łącznie w papiery wartościowe lub instrumenty rynku pieniężnego wyemitowane przez podmioty należące do grupy kapitałowej, w rozumieniu Ustawy o Rachunkowości, dla której sporządza się skonsolidowane sprawozdanie finansowe. Fundusze mogą lokować ponad 5%, nie więcej jednak niż 10% wartości aktywów Funduszu, w papiery wartościowe lub instrumenty rynku pieniężnego wyemitowane przez jeden podmiot należący do grupy kapitałowej, o której mowa w zdaniu poprzednim.
4. Łączna wartość lokat Funduszu w papiery wartościowe i instrumenty rynku pieniężnego, w których Fundusz ulokował ponad 5% wartości aktywów Funduszu, nie więcej jednak niż 10%, wyemitowane przez podmioty należące do grupy kapitałowej, o której mowa w ust. 3, nie może przekroczyć 40% wartości aktywów Funduszu.
5. Fundusze mogą lokować do 35% wartości aktywów Funduszu w papiery wartościowe emitowane przez Skarb Państwa, Narodowy Bank Polski, jednostkę samorządu terytorialnego, państwo członkowskie Unii Europejskiej inne niż Rzeczpospolita Polska, jednostkę samorządu terytorialnego państwa członkowskiego Unii Europejskiej innego niż Rzeczpospolita Polska, państwo należące do OECD niebędące państwem członkowskim Unii Europejskiej lub międzynarodową instytucję finansową, której członkiem jest Rzeczpospolita Polska lub co najmniej jedno państwo członkowskie Unii Europejskiej inne niż Rzeczpospolita Polska.

6. Fundusze mogą lokować do 35% wartości aktywów Funduszu w papiery wartościowe poręczone lub gwarantowane przez podmioty, o których mowa w ust. 5, przy czym łączna wartość lokat w papiery wartościowe lub instrumenty rynku pieniężnego wyemitowane przez podmiot, którego papiery wartościowe są poręczane lub gwarantowane, depozytów w tym podmiocie, nie może przekroczyć 35% wartości aktywów Funduszu.
7. Ograniczeń wskazanych w ust. 5 i 6 nie stosuje się do papierów wartościowych emitowanych, poręczanych lub gwarantowanych przez Skarb Państwa albo Narodowy Bank Polski.
8. Ilekroć w niniejszym Regulaminie lokowania IKZE jest mowa o papierach wartościowych, rozumie się przez to akcje, prawa poboru, prawa do akcji, warranty subskrypcyjne, kwity depozytowe, obligacje, listy zastawne, certyfikaty inwestycyjne i inne zbywalne papiery wartościowe, w tym inkorporujące prawa majątkowe odpowiadające prawom wynikającym z akcji lub z zaciągnięcia długu, wyemitowane na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego lub obcego.

§ 3

1. Ze środków Funduszy mogą być nabywane:
   1) jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych otwartych mających siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
   2) jednostki uczestnictwa specjalistycznych funduszy inwestycyjnych otwartych mających siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli fundusze te:
      a. zbywają jednostki uczestnictwa i dokonują ich odkupu na żądanie uczestnika;
      b. stosują zasady i ograniczenia inwestycyjne określone dla funduszu inwestycyjnego otwartego w ustawie z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych i zarządzaniu alternatywnymi funduszami inwestycyjnymi;
      c. nie lokują swoich aktywów w sposób określony w art. 113 ust. 4 ustawy, o której mowa w ppkt b;
   3) tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne;
   4) tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, jeżeli:
      a. instytucje te oferują publicznie tytuły uczestnictwa i umarzają je na żądanie uczestnika bezpośrednio lub pośrednio z aktywów tych instytucji albo zapewniają, że giełdowa wartość tytułów uczestnictwa tych instytucji nie różni się w znaczny sposób od wartości aktywów netto na tytuły uczestnictwa tych instytucji;
      b. instytucje te podlegają nadzorowi właściwego organu nadzorczego nad rynkiem finansowym lub kapitałowym państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa należącego do OECD oraz zapewniona jest, na zasadzie wzajemności, współpraca organu nadzoru z organem nadzorczym;
      c. przepisy właściwe ze względu na siedzibę tych instytucji zapewniają ochronę interesów inwestorów w zakresie co najmniej takim jak zakres określony w prawie Unii Europejskiej regulującym zasady zbiorowego inwestowania w papiery wartościowe;
      d. instytucje te są zobowiązane do sporządzania rocznych i półrocznych sprawozdań finansowych.
2. Towarzystwo nie może lokować więcej niż 20% wartości aktywów Funduszy w jednostki uczestnictwa jednego funduszu inwestycyjnego otwartego lub w jednostki uczestnictwa jednego specjalistycznego funduszu inwestycyjnego otwartego, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, lub w tytuły uczestnictwa jednego funduszu zagranicznego, lub w tytuły uczestnictwa jednej instytucji wspólnego inwestowania, o której mowa w ust. 1 pkt 4, a jeżeli ten fundusz inwestycyjny otwarty, specjalistyczny fundusz inwestycyjny otwarty, fundusz zagraniczny lub ta instytucja wspólnego inwestowania jest funduszem z wydzielonymi subfunduszami, lub funduszem, lub instytucją składającymi się z subfunduszy i każdy z subfunduszy stosuje inną politykę inwestycyjną – nie może lokować więcej niż 20 % wartości aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego w jednostki uczestnictwa lub tytuły uczestnictwa jednego subfunduszu.

Kryteria doboru aktywów

§ 4

1. Proporcje między różnymi kategoriami aktywów Funduszy są uzależnione od rodzaju Funduszu oraz podejmowanych decyzji inwestycyjnych.
2. Portfel Polski Akcyjny oferuje możliwości potencjalnie wysokich stóp zwrotu dostępnych na rynkach akcji. Alokacja środków ma na celu dywersyfikację lokat pomiędzy te polskie fundusze inwestycyjne, które w długim terminie osiągają na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
3. Portfel Cyklu Koniunkturalnego alokuje środki na podstawie scenariusza makroekonomicznego opartego na metodologii cyklu koniunkturalnego. W zależności od prognozowanej fazy cyklu koniunkturalnego alokacja środków odbywa się w te fundusze inwestycyjne, które w danej fazie osiągają na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
4. Portfel Zagraniczny „Cztery strony świata" Akcyjny oferuje możliwości potencjalnie wysokich stóp zwrotu dostępnych na zagranicznych rynkach akcji. Alokacja środków ma na celu dywersyfikację lokat pomiędzy te zagraniczne fundusze inwestycyjne, które w długim terminie osiągają na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
5. Portfel Zagraniczny Surowcowy alokuje środki pomiędzy zagraniczne fundusze inwestycyjne inwestujące w surowce i spółki związane z rynkiem surowcowym. Alokacja środków ma na celu dywersyfikację lokat pomiędzy te fundusze inwestycyjne, które w długim terminie osiągają na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
6. Przy ocenie bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji służącej podjęciu decyzji o alokacji środków oraz doborze akcji do portfela uwzględniane będą m.in. analiza sprawozdań finansowych spółek, prognozy finansowe, ocena kadry zarządzającej, ocena pozycji rynkowej i perspektyw rozwoju spółek, poziom cen oraz ryzyko płynności poszczególnych akcji.
7. Przy doborze jednostek uczestnictwa, certyfikatów inwestycyjnych do Funduszy oraz wielkości zaangażowania aktywów w jednostki uczestnictwa lub certyfikaty inwestycyjne w poszczególnych funduszach inwestycyjnych uwzględniane są m.in. aktualna sytuacja rynkowa i jej perspektywy, ocena jakościowa funduszy inwestycyjnych, ocena procesu zarządzania aktywami oraz stabilność zespołu zarządzających.
8. Przy doborze instrumentów dłużnych do Funduszy uwzględniane są m.in. bieżący i prognozowany poziom stóp procentowych, aktualna i prognozowana krzywa dochodowości, bieżący i oczekiwany poziom inflacji, kryterium płynności instrumentów dłużnych i wiarygodność kredytowa emitenta.

Zasady dywersyfikacji aktywów i ograniczenia inwestycyjne

§ 5

1. Fundusz Emerytalny Generali Agresywny:
   1) aktywa Funduszu będą lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2;

2) Fundusz jest funduszem typu akcyjnego i lokuje co najmniej 60% i nie więcej niż 90% wartości aktywów Funduszu w akcje i instrumenty finansowe o podobnym charakterze (prawa poboru, prawa do akcji, warranty subskrypcyjne, kwity depozytowe i inne zbywalne papiery wartościowe, w tym inkorporujące prawa majątkowe odpowiadające prawom wynikającym z akcji, wyemitowane na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego lub obcego).

2. Fundusz Emerytalny Generali Mieszany:
   1) aktywa Funduszu będą lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2;
   2) Fundusz jest funduszem stabilnego wzrostu i lokuje co najmniej 20% i nie więcej niż 50% wartości aktywów Funduszu w akcje i instrumenty finansowe o podobnym charakterze (prawa poboru, prawa do akcji, warranty subskrypcyjne, kwity depozytowe i inne zbywalne papiery wartościowe, w tym inkorporujące prawa majątkowe odpowiadające prawom wynikającym z akcji, wyemitowane na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego lub obcego).
3. Fundusz Emerytalny Generali Obligacji:
   1) aktywa Funduszu będą lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2, w tym w szczególności w obligacje;
   2) Fundusz jest funduszem typu dłużnego i nie inwestuje w akcje.
4. UFK Generali Gwarantowany PLUS:
   1) aktywa Funduszu będą lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2;
   2) Fundusz jest funduszem typu dłużnego i nie inwestuje w akcje.
5. Portfel Cyklu Koniunkturalnego:
   1) aktywa Funduszu będą lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 3 oraz w § 3;
   2) Fundusz realizując cel inwestycyjny, alokuje do 100% wartości aktywów Funduszu w instrumenty finansowe z najlepszym potencjałem wzrostu w poszczególnych fazach cyklu koniunkturalnego;
   3) Fundusz charakteryzuje się brakiem sztywnych zasad dywersyfikacji kategorii lokat oraz brakiem określenia minimalnego zaangażowania w poszczególne kategorie lokat.
6. Portfel Polski Akcyjny:
   1) aktywa Funduszu będą lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2 oraz w § 3;
   2) w ramach lokat, o których mowa w § 3, Fundusz inwestuje w jednostki uczestnictwa akcyjnych funduszy inwestycyjnych, tzn. takich, których minimalne zaangażowanie w akcje jest nie niższe niż 60% wartości aktywów funduszu;
   3) suma wartości lokat, o których mowa w pkt 2 oraz akcji i instrumentów finansowych o podobnym charakterze (prawa poboru, prawa do akcji, warranty subskrypcyjne, kwity depozytowe i inne zbywalne papiery wartościowe, w tym inkorporujące prawa majątkowe odpowiadające prawom wynikającym z akcji, wyemitowane na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego lub obcego) stanowi co najmniej 90% wartości aktywów Funduszu.
7. Portfel Zagraniczny „Cztery strony świata" Akcyjny:
   1) aktywa Funduszu będą lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 3 oraz w § 3;
   2) suma wartości lokat wymienionych w § 3 stanowią co najmniej 90% wartości aktywów Funduszu;
   3) w ramach lokat, o których mowa w § 3, Fundusz inwestuje w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych i tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne lub instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, których polityka inwestycyjna zakłada minimalne zaangażowanie w akcje nie niższe niż 60% wartości aktywów funduszu.
8. Portfel Zagraniczny Surowcowy:
   1) aktywa Funduszu będą lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 3 oraz w § 3;
   2) suma wartości lokat wymienionych w § 3 stanowi co najmniej 90% wartości aktywów Funduszu;
   3) w ramach lokat, o których mowa w § 3, Fundusz inwestuje w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych i tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne lub instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, których polityka inwestycyjna zakłada inwestowanie w surowce bądź spółki związane z sektorem surowcowym.
9. Towarzystwo może utrzymywać część aktywów Funduszy na rachunkach bankowych wyłącznie w zakresie niezbędnym do zaspokojenia bieżących zobowiązań Funduszy.

Zasady i terminy wyceny Jednostek uczestnictwa

§ 6

1. Towarzystwo wyodrębnia aktywa w formie Funduszy. Fundusz jest podzielony na Jednostki uczestnictwa. Jednostki uczestnictwa dają Oszczędzającemu udział w aktywach Funduszu bez prawa dysponowania poszczególnymi składnikami tych aktywów. Prawo do własności aktywów przysługuje wyłącznie Towarzystwu. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do podzielenia lub połączenia Jednostek uczestnictwa.
2. Wartość aktywów i zobowiązań Funduszu oraz wartość Jednostki uczestnictwa ustala się na każdy Dzień wyceny.
3. Aktywa i zobowiązania Funduszu wyceniane są w wartości godziwej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 września 1994 roku o rachunkowości i aktów wykonawczych do przywołanej ustawy.
4. Do wyceny składników aktywów Funduszu na dany Dzień wyceny przyjmuje się ceny tych składników z Dnia wyceny. W przypadku, gdy do godziny 12.00 w następnym Dniu roboczym po Dniu wyceny cena danego składnika aktywów Funduszu z Dnia wyceny nie jest podana do publicznej wiadomości, wówczas do wyceny tego składnika aktywów przyjmuje się jego ostatnią podaną do publicznej wiadomości cenę.
5. Wartość Jednostki uczestnictwa ustala się z dokładnością do czterech miejsc po przecinku, dzieląc wartość aktywów netto Funduszu przez zarejestrowaną w księgach na Dzień wyceny ilość Jednostek uczestnictwa.
6. Wartość aktywów netto Funduszu na dany Dzień wyceny ustala się, pomniejszając wartość aktywów Funduszu o jego zobowiązania (w tym rezerwy na wynagrodzenie Towarzystwa oraz rezerwy na koszty i opłaty związane z aktywami Funduszu).
7. Z aktywów Funduszu pokrywane jest wynagrodzenie dla Towarzystwa z tytułu opłaty za zarządzanie Funduszami pobieranej z aktywów Funduszu oraz następujące koszty i opłaty:
   1) koszty z tytułu usług pośrednictwa związanego z nabywaniem i zbywaniem składników aktywów Funduszu – w wysokości określonej w umowie z pośrednikiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat pośrednika;
   2) koszty opłat transakcyjnych związanych z nabywaniem i zbywaniem składników aktywów Funduszu ponoszone na rzecz instytucji rozliczeniowych, z pośrednictwa których Fundusz jest obowiązany korzystać – zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat instytucji rozliczeniowych – oraz koszty opłat transakcyjnych związanych z nabywaniem i zbywaniem składników aktywów Funduszu ponoszone na rzecz banku depozytariusza – w wysokości określonej w umowie z tym bankiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat banku;

3) koszty prowizji bankowych związanych z przekazywaniem środków pieniężnych i obsługą rachunków bankowych w związku z zarządzaniem aktywami Funduszu – w wysokości określonej w umowie z bankiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat banku;
4) koszty i opłaty związane z przechowywaniem oraz weryfikacją wyceny aktywów Funduszu: koszty na rzecz instytucji rozliczeniowych za przechowywanie aktywów – w wysokości określonej w obowiązującej tabeli prowizji i opłat – oraz koszty na rzecz banku depozytariusza za przechowywanie i weryfikację aktywów Funduszu – w wysokości określonej w umowie z tym bankiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat banku;
5) podatki i inne obciążenia nałożone przez właściwe organy państwowe związane z aktywami Funduszu – w wysokości obowiązujących stawek podatkowych.

8. Opłata za zarządzanie Funduszami pobierana przez Towarzystwo z aktywów Funduszu naliczana jest za każdy dzień kalendarzowy według stawki określonej w Tabeli IKZE. Rezerwa na tę opłatę tworzona jest w każdym Dniu wyceny jako iloczyn rocznej stawki określonej w Tabeli IKZE, wartości aktywów Funduszu z Dnia wyceny oraz ilorazu ilości dni kalendarzowych od poprzedniego Dnia wyceny i ilości dni kalendarzowych w roku (przyjętych jako 365). Opłata jest naliczana w całym okresie obowiązywania Umowy.

Opłaty

§ 7

1. Towarzystwo z tytułu zarządzania Funduszami pobiera opłatę za zarządzanie Funduszami.
2. Wysokość opłaty, o której mowa w ust. 1, została określona w Tabeli IKZE.
3. Opłata, o której mowa w ust. 1, naliczana jest przy ustalaniu wartości Jednostki uczestnictwa zgodnie z zasadami określonymi w § 5 ust. 8.
4. Niezależnie od opłaty, wskazanej w ust. 1, z aktywów funduszy inwestycyjnych, do których lokowane są aktywa Portfeli modelowych, podmioty zarządzające funduszami inwestycyjnymi pobierają opłaty bieżący, w skład których wchodzą: opłata za zarządzanie, opłata za wyniki oraz inne koszty administracyjne lub operacyjne. Opłaty te uwzględniane są w cenie jednostek uczestnictwa funduszy inwestycyjnych.
5. Opłaty, o których mowa w ust. 3, wskazane są w Tabeli IKZE, a ich wysokość dostępna jest na stronie internetowej generali.pl w sekcji „Inwestycje i emerytura", w części „Notowania UFK" po wybraniu zakładki „Opłaty funduszy inwestycyjnych".
6. Z opłat za zarządzanie, o których mowa w ust. 4, pokrywane jest wynagrodzenie wypłacane na rzecz Towarzystwa przez podmioty zarządzające funduszami inwestycyjnymi.

Zawieszenie nabyć i umorzeń Jednostek uczestnictwa

§ 8

1. Towarzystwo może na okres czasowego zawieszenia zbywania lub odkupywania jednostek uczestnictwa funduszu inwestycyjnego, w którym lokowane są aktywa Funduszu, zawiesić czasowo:
   1) możliwość Alokacji składki IKZE w Jednostki uczestnictwa Funduszu;
   2) możliwość umorzenia Jednostek uczestnictwa Funduszu, w celu realizacji Wypłaty, Zwrotu lub Wypłaty transferowej, a także dyspozycji przeniesienia Środków zgromadzonych na Rachunku IKZE do innego Funduszu.
2. Towarzystwo zawiadomi Oszczędzającego o zawieszeniu, o którym mowa w ust. 1, wskazując nazwę Funduszu, którego dotyczy zawieszenie, datę zawieszenia oraz możliwości złożenia wniosku o zamianę Alokacji składki IKZE.
3. W przypadku wznowienia nabywania lub umarzania Jednostek uczestnictwa Funduszu, Towarzystwo poinformuje Oszczędzającego o tym fakcie.

Likwidacja i utworzenie nowego Funduszu

§ 9

1. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do rozpoczęcia sprzedaży Jednostek uczestnictwa nowych Funduszy, zaprzestania sprzedaży oraz likwidacji Jednostek uczestnictwa dotychczas oferowanych Funduszy.
2. O likwidacji Funduszu Towarzystwo poinformuje Oszczędzającego, który posiada środki w likwidowanym Funduszu, w terminie co najmniej trzech miesięcy poprzedzających datę likwidacji Funduszu.
3. Oszczędzający przed datą likwidacji Funduszu powinien złożyć oświadczenie zawierające dyspozycję przeniesienia Jednostek uczestnictwa z likwidowanego Funduszu lub dyspozycję zmiany Alokacji składki IKZE.
4. Jeżeli Oszczędzający złożył dyspozycje, o których mowa w ust. 3, Towarzystwo nie później niż w terminie ośmiu Dni roboczych od daty otrzymania oświadczenia Oszczędzającego w tym zakresie dokona przeniesienia Jednostek uczestnictwa, poprzez sprzedaż Jednostek uczestnictwa Funduszu likwidowanego i nabycie Jednostek uczestnictwa Funduszu wybranego przez Oszczędzającego lub odpowiednio dokona zmiany Alokacji składki IKZE.
5. Jeżeli Oszczędzający nie złożył w Towarzystwie dyspozycji, o których mowa w ust. 3, Towarzystwo dokona przeniesienia Jednostek uczestnictwa likwidowanego Funduszu nie później niż w terminie ośmiu Dni roboczych od daty likwidacji Funduszu, poprzez sprzedaż Jednostek uczestnictwa Funduszu likwidowanego z zastosowaniem Ceny jednostki obowiązującej w dniu likwidacji Funduszu i nabycie Jednostek uczestnictwa Funduszu UFK Generali Gwarantowany PLUS lub odpowiednio dokona zmiany Alokacji składki IKZE.
6. W przypadku likwidacji UFK Generali Gwarantowany PLUS, Towarzystwo dokona zmian, o których mowa w ust. 5, z uwzględnieniem Funduszu o strategii inwestycyjnej najbardziej zbliżonej do UFK Generali Gwarantowany PLUS. Zasada opisana w zdaniu poprzedzającym będzie stosowana analogicznie w przypadku likwidacji funduszu o najbardziej zbliżonej strategii inwestycyjnej.
7. Oszczędzający, który nie posiada środków w likwidowanym Funduszu, a złoży oświadczenie zawierające dyspozycję przeniesienia Jednostek uczestnictwa do likwidowanego Funduszu lub dyspozycję zmiany Alokacji składki IKZE uwzględniającą likwidowany Fundusz, jest informowany o likwidacji Funduszu niezwłocznie po złożeniu dyspozycji do Towarzystwa.
8. W przypadku, gdy odpowiednio:
   1) Towarzystwo rozpoczyna sprzedaż Jednostek uczestnictwa nowego Funduszu albo
   2) zmienia się nazwa oferowanego Funduszu bez zmiany jego strategii inwestycyjnej,

   Towarzystwo udostępni zmieniony wykaz, o którym mowa w § 1 ust. 2, 3 i 4 OWU, na stronie generali.pl.
9. W przypadku, gdy zmiana dotyczy odpowiednio:
   1) nazwy wraz ze zmianą strategii inwestycyjnej oferowanego Funduszu albo
   2) strategii inwestycyjnej oferowanego Funduszu albo

Towarzystwo poinformuje Oszczędzającego o zmianach określonych w pkt 1 lub 2.

Ryzyko inwestycyjne

§ 8

1. Celem inwestycyjnym Towarzystwa jest długookresowy wzrost wartości aktywów Funduszy w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszy.
2. Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe nie gwarantują osiągnięcia założonego celu inwestycyjnego ani określonego wyniku inwestycyjnego. Oszczędzający powinien mieć świadomość ryzyk związanych z inwestycją w Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe, w tym braku ochrony wpłaconego kapitału lub ryzyka utraty części wpłaconych środków.

Postanowienia końcowe

§ 9

Niniejszy Regulamin lokowania IKZE został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 16 października 2025 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie TU S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO:

NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU – WARIANT I,

NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU – WARIANT II,

NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU,

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

TABELA USZCZERBKÓW NA ZDROWIU

(KOD RPFL1_ADISB6_ADISB3_ADISB4_CADISB5_09.2025)

Niniejszą tabelę stosuje się przy ocenie skutków Nieszczęśliwych wypadków u osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umów dodatkowych na wypadek: Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (wariant I oraz wariant II), Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu oraz Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Rodzaj uszkodzeń ciała		% uszczerbku na zdrowiu
A. Uszkodzenia głowy		
1)	Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
	a. znaczne uszkodzenie powłok czaszki z rozległymi, ściągającymi bliznami – w zależności od rozmiaru	1-10
	b. oskalpowanie	5-25
2)	Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (wgłębienia, szczeliny, fragmentacja) – zależnie od rozległości uszkodzeń	1-10
3)	Ubytek w kościach czaszki:	
	a. o średnicy poniżej 2,5 cm	1-7
	b. o średnicy powyżej 2,5 cm – w zależności od rozmiarów	8-25
Uwaga: Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), osobno oceniany jest stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości według poz. 2 lub 3, a osobno za uszkodzenia powłok czaszki według poz. 1.		
4)	Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 1, 2, 3 w postaci: nawracającego wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego, przewlekłego zapalenia kości, ropowicy podczepcowej leczonej operacyjnie, zakrzepicy powłok, przepukliny mózgowej – ocenia się dodatkowo – w zależności od rodzaju i stopnia powikłań	5-15
5)	Porażenie i niedowłady połowicze:	
	a. porażenie połowicze lub paraplegie (porażenia kończyn dolnych) uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0 – 1° wg Skali Lovette'a	100
	b. głęboki niedowład połowiczy lub parapareza 2° wg Skali Lovette'a	60-80
	c. średniego stopnia niedowład połowiczy lub parapareza kończyn dolnych 3° wg Skali Lovette'a	40-60
	d. niewielki lub dyskretny niedowład połowiczy lub niedowład kończyn dolnych 4° wg Skali Lovette'a, dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostateczności precyzji ruchów itp.	5-35
	e. monoparezy pochodzenia ośrodkowego:	
	– kończyna górna – wg skali Lovett'a	
	– prawa górna kończyna	
	0°	40
	1 – 2°	30-35
	3 – 4°	5-25
	– lewa górna kończyna	
	0°	30
	1 – 2°	20-25
	3 – 4°	5-15

A. Uszkodzenia głowy – ciąg dalszy		
	– kończyna dolna (prawa i lewa) – wg skali Lovett'a	
	0°	40
	1 – 2°	30
	3 – 4°	5-20
6)	Zespoły pozapiramidowe:	
	a. utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100
	b. zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp.	40-80
	c. zaznaczony zespół pozapiramidowy	10-30
7)	Zaburzenia równowagi pochodzenia móżdżkowego:	
	a. zaburzenia równowagi uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100
	b. utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w stopniu znacznym	70-80
	c. miernego stopnia utrudnienie chodu i sprawności ruchowej	30-60
	d. dyskretnie wpływające na sposób chodu i niewielkie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	5-25
8)	Padaczka:	
	a. z licznymi napadami ze współistnieniem zaburzeń psychicznych, charakteropatii, otępienia wymagających opieki innej osoby	100
	b. padaczka z zaburzeniami psychicznymi w zależności od ich nasilenia	30-70
	c. padaczka bez zaburzeń psychicznych w zależności od częstości napadów	20-30
Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są obserwacje przez lekarza napadu, typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna bądź szpitalna.		
9)	Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):	
	a. otępienie lub ciężkie zaburzenia zachowania i emocji uniemożliwiające samodzielną egzystencję	100
	b. encefalopatie ze zmianami charakterologicznymi w zależności od stopnia	50-70
Uwaga: Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym, zmiany w zapisie EEG. Encefalopatia powinna być potwierdzona badaniami dodatkowymi.		
10)	Nerwice:	
	a. utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym	2-10
	b. utrwalona nerwica po ciężkim uszkodzeniu ciała – w zależności od stopnia zaburzeń	2-10
	c. zespół cerebrasteniczny z utrwalonymi skargami subiektywnymi	5-30
11)	Zaburzenia mowy:	
	a. afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	80
	b. afazja całkowita motoryczna	60
	c. afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się	30-40
	d. afazja nieznacznego stopnia	10-20
12)	Zespoły podwzgórzowe, pourazowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego)	
	a. znacznie upośledzające czynność ustroju	40-60
	b. nieznacznie upośledzające czynność ustroju	20-30
13)	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:	
	a. nerwu okoruchowego:	
	– w zakresie mięśni wewnętrznych oka – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-15
	– w zakresie mięśni zewnętrznych oka – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-30
	b. nerwu bloczkowego	3
	c. nerwu odwodzącego – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-5
14)	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20
15)	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu twarzowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20
Uwaga: Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej oceniane jest według poz. 49.		
16)	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowych i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego	5-50
17)	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	3-15
18)	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20

B. Uszkodzenia twarzy	
19) Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki):	
a. oszpecenia bez zaburzeń funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy	1-10
b. oszpecenie z miernymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	10-30
c. oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowanie pokarmów, zaburzenia oddychania, mowy, ślinotok i zaburzenia funkcji powiek itp.) – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	30-60
20) Uszkodzenia nosa:	
a. uszkodzenia nosa bez zaburzeń oddychania i powonienia – zależnie od rozległości uszkodzenia	1-10
b. uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania – zależnie od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania	5-20
c. uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia – w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu	10-25
d. utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszkowego	5
e. utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa)	30
Uwaga: Jeżeli uszkodzenie nosa wchodzi w zespół uszkodzeń objętych poz. 19, oceniane jest wówczas według pozycji 19.	
21) Utrata zębów:	
a. całkowita utrata zęba – za każdy ząb	1
b. częściowa utrata zęba – za każdy ząb	0,5
22) Utrata części szczęki lub żuchwy (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów) – staw rzekomy – zależnie od rozległości ubytków, stanu odżywiania i powikłań	15-30
23) Utrata szczęki (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów):	
a. szczęki	40
b. żuchwy	50
24) Złamania szczęki i/lub żuchwy wygojone z przemieszczeniem odłamów:	
a. bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zniekształcenia i rozwarcia szczęk	1-5
b. z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	5-10
25) Ubytek podniebienia:	
a. z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	10-30
b. z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	25-40
26) Ubytki języka:	
a. bez zaburzeń mowy i połykania	1-3
b. z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	5-15
c. z dużymi zaburzeniami mowy – w zależności od stopnia zaburzeń	15-40
d. całkowita utrata języka	50

C. Uszkodzenia narządu wzroku

27) a. Przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obojga oczu stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu określa się według następującej tabeli:

Ostrość wzroku oka prawego	1,0 (10/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0
Ostrość wzroku oka lewego	Procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu										
1, 0 (10/10)	0	2, 5	5	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35
0, 9 (9/10)	2, 5	5	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35	40
0, 8 (8/10)	5	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35	40	45
0, 7 (7/10)	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35	40	45	50
0, 6 (6/10)	10	12, 5	15	20	25	30	35	40	45	50	55
0, 5 (5/10)	12, 5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
0, 4 (4/10)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
0, 3 (3/10)	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
0, 2 (2/10)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80
0, 1 (1/10)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90
0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100

C. Uszkodzenia narządu wzroku – ciąg dalszy

Uwaga: Ostrość wzroku określana jest po korekcji szkłami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.

	b. Utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyłuszczeniem gałki ocznej	38
28)	Porażenie nastawności (akomodacji) – przy zastosowaniu szkieł poprawczych:	
	a. jednego oka	15
	b. obu oczu	30
29)	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych: a. rozdarcie naczyniówki jednego oka b. zapalenie naczyniówki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego c. przedziurawienie plamki żółtej jednego oka d. zanik nerwu wzrokowego	wg tabeli z p.27a
30)	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących: a. blizny rogówki lub twardówki (garbiak twardówki) b. zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki) c. ciało obce wewnątrzgałkowe, powodujące obniżenie ostrości wzroku	wg tabeli z p.27a
31)	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.)	wg tabeli z p.27a
32)	Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się według poniżej podanej tabeli:	

Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepocie drugiego oka
60°	0	0	35%
50°	5%	15%	45%
40°	10%	25%	55%
30°	15%	50%	70%
20°	20%	80%	85%
10°	25%	90%	95%
poniżej 10°	35%	95%	100%

33)	Połowicze niedowidzenia:	
	a. dwuskroniowe	60
	b. dwunosowe	30
	c. jednoimienne	25
	d. jednoimienne górne	10
	e. jednoimienne dolne	40
34)	Utrata funkcji soczewki po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej, przy braku jednoczesnego pojedynczego widzenia obuocznego:	
	a. w jednym oku	25
	b. w obu oczach	40
35)	Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej:	
	a. w jednym oku	10
	b. w obu oczach	30
36)	Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie):	
	a. w jednym oku	5-10
	b. w obu oczach	10-15
37)	Odwarstwienie siatkówki jednego oka	wg tabeli z p.27a oraz wg tabeli z p.32
38)	Jaskra – ogólny procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu	wg tabeli z p.27a oraz wg tabeli z p.32
39)	Wytrzeszcz tętniący – w zależności od stopnia	50-100
40)	Zaćma urazowa	wg tabeli z p.27a
41)	Przewlekłe zapalenie spojówek	1-10

D. Uszkodzenia narządu słuchu

42) Przy upośledzeniu ostrości słuchu procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu określa się według niżej podanej tabeli: obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosena (w mod.).

Ucho prawe	0 – 25 dB	26 – 40 dB	41 – 70 dB	Pow. 70 dB
Ucho lewe	Procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu			
0 – 25 dB	0	5	10	20
26 – 40 dB	5	15	20	30
41 – 70 dB	10	20	30	40
Pow. 70 dB	20	30	40	50

Uwaga: Oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1.000 i 2.000 Hz.

43) Urazy małżowiny usznej:	
a. utrata części małżowiny	1-5
b. zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia) w zależności od stopnia	5-10
c. utrata jednej małżowiny	15
d. utrata obu małżowin	25
44) Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego: a. jednostronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu b. obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu	wg tabeli z p. 42
45) Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego:	
a. jednostronne	1-5
b. obustronne	10
46) Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha – w zależności od stopnia powikłań:	
a. jednostronne	5-15
b. obustronne	10-20
47) Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu	wg tabeli z p. 42
48) Uszkodzenie ucha wewnętrznego:	
a. z uszkodzeniem części słuchowej	wg tabeli z p. 42
b. z uszkodzeniem części statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	20-50
c. z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	30-60
49) Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:	
a. jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-40
b. dwustronne	20-60

E. Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przełyku

50) Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji	1-10
51) Uszkodzenie lub zwężenie krtani pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej – w zależności od stopnia zwężenia	5-30
52) Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawiczej:	
a. z zaburzeniami głosu – w zależności od stopnia	35-50
b. z bezgłosem	60
53) Uszkodzenie tchawicy – w zależności od stopnia jej zwężenia:	
a. bez niewydolności oddechowej	1-20
b. z niewydolnością oddechową	20-45
c. z niewydolnością oddechowo–krążeniową	45-60
54) Uszkodzenie przełyku powodujące:	
a. częściowe trudności w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	10-30
b. odżywianie tylko płynami	50
c. całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	80
55) Uszkodzenie tkanek miękkich (skóry i mięśni) szyi z ograniczeniem ruchomości szyi – w zależności od stopnia i ustawienia głowy:	
a. niewielkiego stopnia	1-5
b. znacznego stopnia	15-30

Uwaga: Uszkodzenia tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego oceniane są według poz. 89.

F. Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa	
56) Blizny powłok klatki piersiowej ograniczające ruchomość klatki piersiowej – w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości oddechowej klatki piersiowej:	
a. miernego stopnia	1-15
b. znacznego stopnia	15-30
57) Utrata gruczołu piersiowego (w części lub w całości):	
a. brodawki sutkowej częściowa lub całkowita	1-5
b. utrata sutka w zależności od wielkości ubytków i blizn:	
– częściowa	1-15
– całkowita	15-25
– z częścią mięśnia piersiowego	25-35
58) Uszkodzenie przynajmniej 2 żeber (złamanie itp.):	
a. z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia pojemności życiowej płuc	1-5
b. z obecnością zniekształceń i zmniejszenia pojemności życiowej płuc – w zależności od stopnia zmniejszenia pojemności życiowej	5-25
59) Złamanie mostka ze zniekształceniami	1-10
60) Zapalenie kości (przetoki) żeber lub mostka	1-20
61) Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):	
a. bez niewydolności oddechowej	5-10
b. z niewydolnością oddechową – w zależności od stopnia	20-40
Uwaga: Stopień uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej musi być potwierdzony badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim.	
62) Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc przetoki – w zależności od stopnia niewydolności oddechowej	20-80
Uwaga: Stopień uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej musi być potwierdzony badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim.	
63) Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a. z wydolnym układem krążenia	2-10
b. z objawami względnej wydolności układu krążenia	20-30
c. z objawami niewydolności krążenia – w zależności od stopnia niewydolności	40-90
Uwaga: Stopień uszkodzenia serca oceniany jest na podstawie badania radiologicznego i elektrokardiograficznego, echokardiografii, koronarografii.	
64) Przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia	20-40
G. Uszkodzenie brzucha i ich następstwa	
65) Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, przetoki, blizny zaciągające) – w zależności od umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia powłok jamy brzusznej	1-30
Uwaga: Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). Przepukliny pachwinowe, pępkowe, itp. oraz wszystkie, które uwidoczniły się po wysiłku, dźwignięciu, gwałtownym ruchu, nie są uznawane za urazowe.	
66) Uszkodzenie żołądka, jelit i sieci:	
a. bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego i przy dostatecznym stanie odżywiania	2-10
b. z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – w zależności od stopnia zaburzeń stanu odżywiania	11-50
67) Przetoki jelitowe, kałowe i odbyt sztuczny – w zależności od stopnia zanieczyszczania się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę:	
a. jelita cienkiego	30-80
b. jelita grubego	20-50
68) Przetoki okołoodbytnicze	15
69) Uszkodzenia zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
70) Wypadnięcie odbytnicy – w zależności od stopnia wypadnięcia	10-30
71) Utrata śledziony:	
a. bez większych zmian w obrazie krwi	15
b. ze zmianami w obrazie krwi lub/i ze zrostami otrzewnowymi	30

G. Uszkodzenie brzucha i ich następstwa – ciąg dalszy	
72) Uszkodzenia wątroby, dróg żółciowych lub trzustki w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji:	
a. nieznacznego stopnia	5-10
b. znacznego stopnia	20-60
H. Uszkodzenia narządów moczowo–płciowych	
73) Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	10-25
74) Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	35
75) Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	40-75
76) Uszkodzenie moczowodu powodujące zawężenie jego światła	10-20
77) Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych	10-30
78) Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego – w zależności od stopnia stałego zanieczyszczenia się moczem	20-50
79) Zwężenie cewki moczowej:	
a. powodujące trudności w oddawaniu moczu	15
b. z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu	30-50
c. z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu z powikłaniami	50-60
80) Utrata prącia	40
81) Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia – w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzeń funkcji	1-30
82) Uszkodzenie lub utrata jednego jądra lub jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nieujętych w Tabeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji	1-20
83) Utrata obu jąder lub jajników	40
84) Wodniak jądra	10
85) Utrata macicy:	
a. w wieku do 45 lat	40
b. w wieku powyżej 45 lat	20
86) Uszkodzenie krocza powodujące całkowite wypadnięcie narządów rodnych:	
a. pochwy	10
b. pochwy i macicy	30
I. Ostre zatrucia i ich następstwa (orzekane nie wcześniej niż po 6 miesiącach od zajścia zdarzenia)	
87) Nagłe zatrucie gazami oraz substancjami i produktami (z wyjątkiem zatruć pokarmowych):	
a. ze stwierdzoną utratą przytomności, lecz bez wtórnych powikłań	1-10
b. powodujące uszkodzenie układu krwiotwórczego i narządów wewnętrznych (rozedma, przewlekły nieżyt krtani, tchawicy i oskrzeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-25
Uwaga: Uszkodzenia układu nerwowego spowodowane nagłym zatruciem gazami oceniane są według odpowiednich pozycji dotyczących układu nerwowego.	
88) Nagłe zatrucie pokarmami powodujące trwałe uszkodzenie narządów miąższowych przewodu pokarmowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-15
Uwaga: Uszkodzenia układu nerwowego wskutek nagłych zatruć pokarmowych oceniane są według odpowiednich pozycji dotyczących układu nerwowego.	
J. Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa	
89) Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
a. z ograniczeniem ruchomości – bez trwałych zniekształceń kręgów	1-10
b. z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20 stopni – ze zniekształceniem miernego stopnia	10-35
c. z całkowitym zesztywnieniem z niekorzystnym ustawieniem głowy	35-50
90) Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym lub lędźwiowym:	
a. bez zniekształceń – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-10
b. ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości – w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchomości	10-25
c. znaczne ograniczenie ruchomości i zniekształcenie	25-40

J. Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa – ciąg dalszy	
91) Izolowane uszkodzenia wyrostków poprzecznych, wyrostków ościstych – w zależności od ich liczby i zaburzeń funkcji (ograniczenie ruchomości)	1-10
92) Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. ocenia się według poz. 89–91, zwiększając stopień uszczerbku na zdrowiu	+5-10
93) Uszkodzenia rdzenia kręgowego:	
a. przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn	100
b. niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiających poruszanie się za pomocą dwóch lasek	60-70
c. niedowład kończyn dolnych umożliwiający poruszanie się o jednej lasce	30-40
d. porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrdzeniowym)	100
e. niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrdzeniowym)	60-70
f. niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrdzeniowym)	20-30
g. zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego)	20-40
h. zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów – w zależności od stopnia zaburzeń	5-30
94) Urazowe zespoły korzonkowe (bólowe, ruchowe, czuciowe lub mieszane) – w zależności od stopnia:	
a. szyjne	1-20
b. piersiowe	1-10
c. lędźwiowo-krzyżowe	1-25
d. guziczne	1-5

K. Uszkodzenia miednicy	
95) Utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub rozerwania stawu krzyżowo-biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:	
a. niewielkiego stopnia	1-10
b. dużego stopnia	10-35
96) Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno- lub wielomiejscowe, z obecnością zniekształceń i upośledzeniem chodu:	
a. w odcinku przednim (kość łonowa, kulszowa)	1-15
b. w odcinku przednim i tylnym	15-45
97) Złamanie dna panewki – z obecnością upośledzenia funkcji stawu i zmianami zniekształcającymi:	
a. zwichnięcie I° – nieznaczne zmiany	1-10
b. zwichnięcie II° – wyraźne zmiany	10-20
c. zwichnięcie III°– duże zmiany	20-35
d. zwichnięcie IV° – bardzo duże zmiany	35-45
Uwaga: Uraz stawu biodrowego wygojony sztucznym stawem oceniany jest według stanu uszkodzenia przed operacją. Uszkodzenie sztucznego stawu oceniane jest według maksymalnego procentu minus uszczerbek stwierdzony przed założeniem sztucznego stawu.	
98) Izolowane złamanie miednicy (talerz biodrowy, kolce biodrowe, guz kulszowy) – w zależności od zniekształcenia i zaburzeń funkcji	1-20
Uwaga: Towarzyszące uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne oceniane są dodatkowo według pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.	

L. Uszkodzenia kończyny górnej	**Prawa**	**Lewa**
99) Złamanie łopatki:		
a. wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem z niewielkim zaburzeniem funkcji kończyny	1-5	1-5
b. wygojone złamanie łopatki z przemieszczeniem i znacznym ograniczeniem funkcji kończyny w zależności od stopnia	5-40	5-30
Uwaga: Normy poz. 99 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.		
100) Wadliwe wygojone złamanie obojczyka – w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchów		
a. nieznaczne zmiany	1-10	1-5
b. wyraźne zmiany	10-25	5-20
101) Staw rzekomy obojczyka ograniczający ruchy kończyny		
a. nieznaczne zmiany	1-10	1-5
b. znaczne zmiany	10-25	5-20

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąg dalszy		
102) Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego w zależności od ograniczenia ruchów i stopnia zniekształcenia:		
a. nieznaczne zmiany	1-10	1-5
b. znaczne zmiany	10-25	5-20
103) Uszkodzenie obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości i obecnością ciał obcych ocenia się według pozycji 100-102, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu	+ 5	
Uwaga: Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych stosowane są oceny według pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny – w zależności od stopnia wypadnięcia funkcji.		
104) Przewlekłe zmiany stawu barkowego w zależności od stopnia ograniczenia funkcji, blizn powodujących upośledzenie funkcji kończyny, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń złamanej głowy, nasady bliższej kości ramiennej i innych zmian wtórnych:		
a. nieznacznego stopnia	1-10	1-5
b. średniego stopnia	10-20	5-15
c. dużego stopnia	20-30	15-25
105) Zastarzałe nieodprowadzone zwichnięcie stawu barkowego w zależności od upośledzenia zakresu ruchów i ustawienia kończyny	20-30	15-30
106) Nawykowe zwichnięcie barku potwierdzone zaświadczeniem lekarskim i RTG	25	20
107) Staw cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości w zależności od zaburzeń funkcji	25-40	20-35
Uwaga: Staw wiotki z powodu porażeń oceniany jest według norm neurologicznych.		
108) Zesztywnienie stawu barkowego:		
a. w ustawieniu częściowo korzystnym (w odwiedzeniu około 70°, antepozycja 35° i rotacja zewnętrzna około 25°) w zależności od ustawienia i funkcji	20-35	10-30
b. w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40	35
109) Bliznowaty przykurcz stawu barkowego w zależności od zaburzeń czynności stawu	1-15	1-10
110) Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 104-109, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji	+1-35	+1-25
111) Utrata kończyny w barku	75	70
112) Utrata kończyny wraz z łopatką	80	75
113) Złamanie kości ramiennej z obecnością zmian wtórnych i upośledzeniem funkcji kończyny:		
a. z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi	5-15	5-10
b. ze znacznym przemieszczeniem i skróceniem	15-30	10-25
c. złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi	30-55	25-50
114) Uszkodzenia mięśni, ścięgien i ich przyczepów w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:		
a. mięśnia dwugłowego	1-15	1-10
b. uszkodzenie innych mięśni ramienia	10-20	10-15
115) Utrata kończyny w obrębie ramienia:		
a. z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70	65
b. przy dłuższych kikutach	65	60
116) Przepukliny mięśniowe ramienia	1-3	1-3
117) Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej – z obecnością zaburzeń osi i ograniczeniem ruchów w stawie łokciowym:		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. średnie zmiany	5-15	5-10
c. duże zmiany	15-30	10-25
118) Zesztywnienie stawu łokciowego:		
a. w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia (75°-110°)	30	25
b. z brakiem ruchów obrotowych	35	30
c. w ustawieniu wyprostowanym lub zbliżonym (160°-180°)	50	45
119) Przykurcz w stawie łokciowym – w zależności od zakresu zgięcia, wyprostu i stopnia zachowania ruchów obrotowych przedramienia:		
a. przy niemożności zgięcia do 90°	10-30	5-25
b. przy możliwości zgięcia ponad kąt prosty	3-15	2-10
Uwaga: Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie stawu łokciowego oceniane są według pozycji 118-120.		

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąg dalszy		
120) Cepowy staw łokciowy – w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni	15-30	10-25
121) Uszkodzenie stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi itp. ocenia się według pozycji 117–120, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu	+5	+5
122) Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych:		
a. niewielkie zniekształcenia	1-5	1-4
b. średnie zniekształcenia	5-20	5-10
c. znaczne zniekształcenia, duże ograniczenia ruchów, zmiany wtórne (troficzne, krążeniowe i inne)	15-25	10-20
123) Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
a. niewielkie zniekształcenia	1-5	1-4
b. średnie zniekształcenia	5-20	5-15
c. duże zmiany, zmiany wtórne i inne	20-35	15-30
124) Uszkodzenia części miękkich przedramienia, skóry, mięśni ścięgien, naczyń – z trwałym uszkodzeniem i upośledzeniem funkcji, bliznami znacznie upośledzającymi funkcję kończyny górnej		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. znaczne zmiany	5-20	5-15
125) Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej z obecnością zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:		
a. średniego stopnia	10-20	10-15
b. dużego stopnia	20-35	15-30
126) Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia z obecnością zniekształceń, ubytkami kości, upośledzeniem funkcji i poważnych zmian wtórnych:		
a. średniego stopnia	10-25	10-20
b. dużego stopnia	25-40	20-35
127) Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, obecnością ciał obcych, ubytkiem tkanki kostnej i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 122-126, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-15	+1-15
128) Utrata kończyny w obrębie przedramienia – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania	55-65	50-60
129) Utrata przedramienia w sąsiedztwie stawu nadgarstkowego	55	50
130) Ograniczenie ruchomości w obrębie nadgarstka w następstwie jego uszkodzeń (skręcenia, zwichnięcia, złamania kości nadgarstka, martwice aseptyczne tych kości) z obecnością zniekształceń, uszkodzenia funkcji, zmian troficznych, blizn powodujących upośledzenie funkcji dłoni:		
a. ograniczenie ruchomości	1-10	1-8
b. ograniczenie ruchomości dużego stopnia	10-20	8-15
c. ograniczenie ruchomości dużego stopnia z ustawieniem ręki czynnościowo niekorzystnym	20-30	15-25
131) Całkowite zesztywnienie w obrębie nadgarstka:		
a. w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców	15-30	10-25
b. w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców	25-45	20-40
132) Uszkodzenia nadgarstka powikłane głębokimi trwałymi troficznymi, przewlekłym i ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 130 i 131, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-10	+1-10
133) Utrata ręki na poziomie nadgarstka	55	50
134) Uszkodzenie śródręcza – części miękkich (skóry, mięśni, naczyń, nerwów) i kości, z obecnością blizn powodujących upośledzenie funkcji dłoni, trwałe zniekształcenia śródręcza, zaburzenia ruchomości		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. średnie zmiany	5-10	4-8
c. rozległe zmiany	10-20	8-18
135) Utraty w obrębie kciuka w zależności od rozmiaru ubytku, rodzaju blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych		
a. utrata opuszki	1-5	1-3
b. utrata paliczka paznokciowego	5-10	3-8

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąg dalszy		
c. utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego (do 2/3 długości paliczka)	10-15	8-10
d. utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródręcza	15-20	10-15
e. utrata obu paliczków z kością śródręcza	20-30	15-25
136) Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zesztywnienie, zmiany troficzne i czuciowe, blizny itp.) – powodujące trwałe ograniczenie funkcji kciuka – w zależności od stopnia		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. średnie zmiany	5-15	4-13
c. znaczne zmiany	15-20	13-18
d. bardzo duże zmiany graniczące z utratą kciuka	20-25	18-23
e. rozległe zmiany graniczące z utratą pierwszej kości śródręcza	25-30	23-33
Uwaga: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka brane są pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.		
137) Utraty w obrębie palca wskazującego		
a. utrata opuszki	1-5	1-3
b. utrata paliczka paznokciowego	5-7	3-5
c. utrata paliczka paznokciowego z 1/3 dalszą paliczka środkowego	8	5
d. utrata paliczka paznokciowego i środkowego powyżej 1/3	8-12	5-10
e. utrata trzech paliczków	17	15
f. utrata palca wskazującego z kością śródręcza	17-23	15-20
138) Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zesztywnienie, zmiany troficzne i czuciowe, blizny, itp.) powodujące trwałe ograniczenie funkcji palca II – w zależności od stopnia		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. zmiany średniego stopnia	5-10	5-8
c. zmiany dużego stopnia	10-15	8-13
d. zmiany znacznego stopnia, graniczące z utratą wskaziciela (bezużyteczność palca)	17	15
139) Utrata całego paliczka lub części paliczka:		
a. palca trzeciego i czwartego – za każdy paliczek	3	2
b. palca piątego – za każdy paliczek	1	1
140) Utrata palców III, IV lub V z kością śródręcza	12	8
141) Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV, V (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zesztywnienie, zmiany troficzne i czuciowe, blizny, itp.) powodujące trwałe ograniczenie funkcji palców III, IV, V – w zależności od stopnia		
a. niewielkie ograniczenie funkcji palca	1-2	1
b. znaczne ograniczenie funkcji palca	2-4	1-3
c. bezużyteczność palca graniczącą z utratą	7	5
Uwaga: Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena nie może być wyższa niż całkowita utrata tych palców i odpowiada stopniowi użyteczności ręki. Uszkodzenie obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie mogą przekraczać dla ręki prawej 55%, a dla lewej 50%.		
M. Uszkodzenie kończyny dolnej		
142) Utrata kończyny dolnej przy wyłuszczeniu jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej	75-85	
143) Przykurcze i ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich i w zależności od stopnia		
a. miernego stopnia	1-10	
b. znacznego stopnia	10-25	
144) Zesztywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:		
a. w ustawieniu czynnościowo korzystnym	15-35	
b. w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	30-60	
145) Inne następstwa uszkodzeń stawu biodrowego (zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania przezkrętarzowych i podkrętarzowych, złamania krętarzy itp.) – z ograniczeniem zakresu ruchów, przemieszczeniami, skróceniem, zniekształceniami i różnego rodzaju zmianami wtórnymi		

M. Uszkodzenie kończyny dolnej – ciąg dalszy	
a. ze zmianami miernego stopnia	2-20
b. ze zmianami dużego stopnia	20-40
c. z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowo-biodrowy, kolano itp.)	40-65
146) Przykurcze i zesztywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami, ciałami obcymi itp. oceniane są według pozycji 143-146, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań:	+5-15
Uwaga: Przy uszkodzeniach biodra powodujących następujące zmiany chorobowe: krwiopochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki oceniane jest istnienie związku przyczynowego między tymi schorzeniami a nieszczęśliwym wypadkiem.	
147) Złamanie kości udowej – z obecnością zniekształceń, skrócenia, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów w stawach:	
a. z nieznacznymi zmianami i skrócenie do 4 cm	1-15
b. z miernymi zmianami i skróceniem do 6 cm	15-30
c. ze skróceniem ponad 6 cm i ciężkimi zmianami	30-40
148) Staw rzekomy lub ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia i zaburzeń wtórnych	40-60
149) Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, przecięcia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) powodujące istotne zaburzenia funkcji:	
a. miernego stopnia	1-10
b. znacznego stopnia	10-20
150) Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe – w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych	1-30
151) Uszkodzenia uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, ciałami obcymi, skostnieniem pozaszkieletowym i zmianami neurologicznymi oceniane są według pozycji 147-150, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań	+1-10
152) Uszkodzenia uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się według pozycji 147–150, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu	+5-65
Uwaga: Łączny stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu ocenianego według pozycji 147–150 i 152 nie może przekroczyć 70%.	
153) Utrata kończyny – zależnie od długości kikuta i przydatności jego cech do oprotezowania	50-70
154) Złamanie nasad kości tworzących staw kolanowy i rzepki – z obecnością zniekształceń, szpotawości, koślawości, przykurczów, z ograniczeniem ruchomości, upośledzenia stabilności stawu, zaburzeń statyczno–dynamicznych kończyny i innych zmian:	
a. niewielkie zmiany	1-10
b. średnie zmiany	10-25
c. duże zmiany (zesztywnienia w niekorzystnym ustawieniu, brak stabilności stawu)	25-40
155) Trwałe ograniczenie ruchomości stawu kolanowego w następstwie uszkodzeń samego stawu (uszkodzenia więzadłowe, torebkowe, łąkotek, kości tworzących staw kolanowy itd.) w zależności od charakteru przykurczu i zakresu ubytku funkcji	
a. utrata ruchomości w zakresie 180°–140° za każde 2° ubytku ruchu	+1
b. utrata ruchomości w zakresie 140°–90° za każde 5° ubytku ruchu	+1
c. utrata ruchomości w zakresie 90°–30° za każde 10° ubytku ruchu	+1
Uwaga: Prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów przyjmuje się w granicach 0°-120°.	
156) Inne następstwa uszkodzeń kolana: skrócenie kończyny, zaburzenia osi, stawu (koślawość, szpotawość, ruchomość patologiczna), dolegliwości przewlekłe zapalne, zapalenia ropne, ciała obce, przetoki itp. w zależności od stopnia:	
a. niewielkie zmiany	1-10
b. duże zmiany	10-20
157) Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	65
158) Złamanie kości podudzia – w zależności od zniekształcenia, przemieszczenia, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:	
a. z nieznacznymi zmianami lub skróceniami do 4 cm	2-15
b. z dużymi wtórnymi zmianami lub ze skróceniem od 4 cm do 6 cm	15-25
c. ze skróceniem powyżej 6 cm lub bardzo rozległymi zmianami wtórnymi i z dodatkowymi powikłaniami w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	25-50

M. Uszkodzenie kończyny dolnej – ciąg dalszy	
159) Izolowane złamanie strzałki (oprócz kostki bocznej)	1-3
160) Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, uszkodzenia ścięgna Achillesa i innych ścięgien – z zaburzeniami czynnościowymi i zniekształceniami stopy, zależnie od rozległości uszkodzenia:	
a. niewielkie i średnie zmiany	1-10
b. znaczne zmiany	10-20
161) Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:	
a. przy długości kikuta do 8 cm mierząc od szpary stawowej	60
b. przy dłuższych kikutach	40-55
162) Trwałe ograniczenie ruchomości i zniekształcenia w stawach skokowych w następstwie skręcenia, zwichnięcia, złamania kości tworzących staw, zranienia, ciał obcych, blizn powodujących trwałe upośledzenie funkcji stopy, w zależności od ich stopnia	
a. niewielkiego stopnia	1-5
b. średniego stopnia	5-10
c. dużego stopnia	10-25
d. powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami, martwicą, zmianami troficznymi i innymi	25-40
163) Zesztywnienie stawu skokowego – z obecnością zniekształceń, nieprawidłowym ustawieniem stopy, zmianami statyczno – dynamicznymi, w zależności od ustawienia stopy, zmian wtórnych i powikłań:	
a. pod kątem zbliżonym do prostego	5-20
b. w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych	20-30
c. w ustawieniach niekorzystnych z dużymi zmianami i powikłaniami	30-40
164) Złamania kości piętowej lub skokowej z przemieszczeniem, zniekształceniem i innymi zmianami wtórnymi:	
a. niewielkie zmiany	1-10
b. średnie zmiany	10-20
c. duże zmiany z częściową utratą kości	20-30
165) Utrata kości piętowej lub skokowej w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań	30-40
166) Uszkodzenia kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniami i innymi zmianami wtórnymi:	
a. miernego stopnia – zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych	1-10
b. znacznego stopnia lub innymi powikłaniami – zależnie od wielkości zaburzeń	10-20
167) Złamania kości śródstopia z przemieszczeniem, zniekształceniem stopy:	
a. złamania I lub V kości z wyraźnym przemieszczeniem – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych	1-15
b. złamania II, III lub IV kości śródstopia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych	1-10
c. złamanie trzech i więcej kości śródstopia – w zależności od zaburzeń czynnościowych	10-20
168) Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 167, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-10
169) Inne uszkodzenia stopy powodujące zniekształcenia i blizny powodujące upośledzenie funkcji stopy, w zależności od stopnia upośledzenia	
a. niewielkie zmiany	1-5
b. duże zmiany	5-15
170) Utrata stopy w całości	50
171) Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	40
172) Utrata stopy w stawie Lisfranka	35
173) Utrata stopy w obrębie kości śródstopia – zależnie od rozległości utraty przedstopia i cech kikuta	20-30
174) Utrata paliczka paznokciowego palucha	1-5
175) Utrata całego palucha	7
176) Utrata palucha wraz z kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	10-20
177) Utrata palców II–V w części lub całości – za każdy palec	2
178) Utrata V palca wraz z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia	5-10
179) Utrata palców II–IV z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia, za każdy palec	3-5
180) Inne uszkodzenia i zniekształcenia palców – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	1-5

N. Porażenie lub niedowłady poszczególnych nerwów obwodowych	Prawa	Lewa
181) Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:		
a. nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	5-15	5-15
b. nerwu piersiowego długiego	5-15	5-10
c. nerwu pachowego	10-25	10-20
d. nerwu mięśniowo-skórnego	10-25	5-20
e. nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	15-45	5-35
f. nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki od mięśnia trójgłowego ramienia	10-30	5-25
g. nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	5-25	5-15
h. nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	5-15	1-10
i. nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	10-40	5-30
j. nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka	5-25	5-15
k. nerwu łokciowego	10-30	5-20
l. splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	25-45	10-20
m. splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	25-45	20-40
n. pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1-15	1-15
o. nerwu zasłonowego	5-15	5-15
p. nerwu udowego	10-30	10-30
q. nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	10-20	10-20
r. nerwu sromowego wspólnego	5-25	5-25
s. nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	20-60	20-60
t. nerwu piszczelowego (normę w wysokości ponad 30% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	10-40	10-40
u. nerwu strzałkowego	10-20	10-20
v. splotu lędźwiowo-krzyżowego	40-70	40-70
w. pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	1-10	1-10
Uwaga: Według pozycji 181 oceniane są tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadkach współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych stosowana jest ocena według pozycji dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych.		
182) Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną – w zależności od stopnia zmian troficznych i nasilenia bólów	30-50	30-50

Niniejsza Tabela uszczerbków na zdrowiu została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO:

NA WYPADEK POWAŻNEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO

NA WYPADEK POWAŻNEJ OPERACJI DZIECKA

KATALOG POWAŻNYCH OPERACJI

(KOD RPFL1_MMO_CMMO_09.2025)

1. Niniejszy katalog stosuje się dla osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Poważnej operacji Ubezpieczonego oraz Umowy dodatkowej na wypadek Poważnej operacji Dziecka.
2. Wskazane w katalogu kategorie A,B,C,D i E określają % Sumy ubezpieczenia, jaki przysługuje z tytułu Poważnej operacji Ubezpieczonego i Poważnej operacji Dziecka, zgodnie z poniższym:
   1) kategoria A – 100% Sumy ubezpieczenia;
   2) kategoria B – 80% Sumy ubezpieczenia;
   3) kategoria C – 60% Sumy ubezpieczenia;
   4) kategoria D – 40% Sumy ubezpieczenia;
   5) kategoria E – 20% Sumy ubezpieczenia.

Lp.	Operacje układu nerwowego	Kategoria
1)	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	A
2)	Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	B
3)	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	D
4)	Drenaż zmiany w tkance mózgowej	B
5)	Neurostymulacja mózgu	B
6)	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	C
7)	Rewizja wentrykulostomii	C
8)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne na komorach mózgowych	C
9)	Zabiegi dotyczące przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	B
10)	Przeszczep nerwu czaszkowego (odcinek wewnątrzczaszkowy)	B
11)	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwów czaszkowych	A
12)	Pozaczaszkowe wycięcie nerwu błędnego	B
13)	Pozaczaszkowe wycięcie innego nerwu czaszkowego	B
14)	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego	C
15)	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	C
16)	Wewnątrzczaszkowe stereotaktyczne uwolnienie nerwu czaszkowego	B
17)	Neurostymulacja nerwu czaszkowego	C
18)	Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	B
19)	Operacja naprawcza opony twardej	A
20)	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	A
21)	Drenaż przestrzeni podoponowej	A
22)	Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	A
23)	Inne operacje rdzenia kręgowego	C
24)	Wycięcie zmiany opon rdzeniowych	D
25)	Operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych	C
26)	Wszczepienie neurostymulatora rdzenia kręgowego	D
27)	Wycięcie nerwu obwodowego	D
28)	Zniszczenie nerwu obwodowego	D
29)	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	D
30)	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	C
31)	Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	C
32)	Operacje naprawcze nerwu współczulnego	D

33)	Biopsja stereotaktyczna mózgu	D
34)	Kraniotomia z usunięciem krwiaka śródmózgowego	B
35)	Kraniotomia z usunięciem krwiaka nadtwardówkowego	C
36)	Kraniotomia z usunięciem krwiaka podtwardówkowego	C
37)	Kraniotomia z usunięciem ciała obcego z czaszki	C
38)	Wycięcie zmiany w obrębie pnia mózgu	B
39)	Usunięcie zmiany w obrębie móżdżku	B
40)	Sympatektomia w odcinku piersiowym	C
41)	Sympatektomia lędźwiowa	D
Lp.	**Operacje układu dokrewnego oraz gruczołu sutkowego**	**Kategoria**
42)	Całkowite wycięcie tarczycy (tyroidektomia)	D
43)	Częściowe wycięcie tarczycy (strumektomia)	E
44)	Operacje dotyczące nieprawidłowo umiejscowionej tkanki tarczycy	C
45)	Operacje dotyczące przewodu tarczowo-językowego	C
46)	Wycięcie przytarczyc(y)	D
47)	Wycięcie grasicy	D
48)	Torakoskopowe wycięcie grasicy	E
49)	Wycięcie nadnercza	C
50)	Obustronne wycięcie nadnerczy	B
51)	Operacje dotyczące nieprawidłowej tkanki nadnercza	C
52)	Inne operacje nadnercza	D
53)	Jednostronna całkowita amputacja sutka	D
54)	Obustronna całkowita amputacja sutka	C
55)	Częściowe usunięcie sutka (kwadrantektomia, BCT)	D
56)	Operacje rekonstrukcyjne sutka/sutków	D
57)	Operacje na przewodach mlekonośnych sutka	E
58)	Operacje brodawki sutkowej	E
59)	Wycięcie przysadki	C
60)	Zniszczenie przysadki	C
61)	Inne operacje przysadki	C
62)	Operacje szyszynki	B
Lp.	**Operacje oka**	**Kategoria**
63)	Wypatroszenie oczodołu	B
64)	Usunięcie oka (gałki ocznej) – enukleacja	D
65)	Wycięcie zmiany w obrębie oczodołu	D
66)	Wszczepienie protezy oka	D
67)	Rewizja protezy oka	D
68)	Plastyczna operacja naprawcza oczodołu	C
69)	Dekompresja oczodołu/oczodołów	D
70)	Operacyjne zaopatrzenie pękniętej gałki ocznej	C
71)	Połączone operacje mięśni oka	C
72)	Cofnięcie mięśnia oka	D
73)	Wycięcie mięśnia oka	D
74)	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia oka	D
75)	Zeszycie rogówki	E
76)	Przeszczep rogówki	D
77)	Wycięcie zmiany w obrębie twardówki	D

78)	Operacje odklejającej się siatkówki z klamrowaniem	E
79)	Wycięcie tęczówki	D
80)	Wycięcie zmiany tęczówki	E
81)	Operacje filtrujące tęczówki	C
82)	Wycięcie ciała rzęskowego	D
83)	Wycięcie zmiany ciała rzęskowego	E
84)	Zewnątrztorebkowe wycięcie soczewki (metoda klasyczna, chirurgiczna)	D
85)	Wewnątrztorebkowe wycięcie soczewki (metoda klasyczna, chirurgiczna)	D
86)	Operacje ciała szklistego	C
87)	Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	E
88)	Zniszczenie zmiany siatkówki	D
89)	Korekta deformacji powieki	E
90)	Operacje gruczołu łzowego	E
91)	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	E
Lp.	**Operacje laryngologiczne**	**Kategoria**
92)	Wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego	B
93)	Operacja naprawcza wyrostka sutkowatego	D
94)	Całkowite wycięcie ucha zewnętrznego	D
95)	Operacje naprawcze błony bębenkowej	E
96)	Drenaż ucha środkowego	E
97)	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	B
98)	Wycięcie zmiany ucha środkowego	D
99)	Operacja aparatu przedsionkowego	C
100)	Operacja ślimaka	E
101)	Wszczepienie protezy ślimaka	D
102)	Amputacja (resekcja) nosa	C
103)	Operacje zatoki szczękowej z dostępu podwargowego (nieendoskopowe)	D
104)	Operacje (nieendoskopowe) zatoki czołowej	D
105)	Operacje (nieendoskopowe) zatoki klinowej	D
106)	Operacje (nieendoskopowe) komórek sitowych	D
107)	Operacje (nieendoskopowe) niewyszczególnionej zatoki przynosowej	E
108)	Wycięcie gardła	B
109)	Wycięcie zmiany gardła	E
110)	Operacje naprawcze gardła	C
111)	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe gardła	E
112)	Wycięcie krtani	C
113)	Wycięcie częściowe krtani	D
114)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie krtani	D
115)	Odtworzenie krtani	B
116)	Endoskopowe zabiegi mikroterapeutyczne w obrębie krtani	E
117)	Przeszczep krtani	A
118)	Wycięcie strun głosowych	C
Lp.	**Operacje układu oddechowego**	**Kategoria**
119)	Częściowe wycięcie tchawicy	A
120)	Operacje plastyczne tchawicy	C
121)	Operacja przetoki tchawicy	C
122)	Otwarta implantacja protezy tchawicy	C

123)	Wyłonienie tchawicy (tracheostomia z wyłączeniem czasowej tracheostomii)	D
124)	Otwarte operacje ostrogi tchawicy	C
125)	Częściowe wycięcie oskrzela	C
126)	Całkowite wycięcie oskrzela	B
127)	Endofiberoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dolnych dróg oddechowych	E
128)	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w obrębie dolnych dróg oddechowych z użyciem bronchoskopu	E
129)	Przeszczep płuca	A
130)	Całkowite wycięcie płuca	B
131)	Usunięcie części płuca	D
132)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie płuca	B
133)	Otwarte operacje śródpiersia	D
134)	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu	E
Lp.	**Operacje jamy ustnej**	**Kategoria**
135)	Wycięcie języka	C
136)	Wycięcie zmiany w obrębie języka	E
137)	Wycięcie zmiany w obrębie podniebienia miękkiego	E
138)	Wycięcie zmiany w obrębie podniebienia twardego	E
139)	Korekcja zniekształcenia podniebienia	D
140)	Wycięcie zmiany w obrębie innych części jamy ustnej	E
141)	Odtworzenie innej części jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	D
142)	Wycięcie ślinianki	D
143)	Wycięcie zmiany w obrębie ślinianki	E
144)	Przemieszczenie przewodu ślinianki (przeszczepienie ujścia przewodu ślinianki)	D
145)	Otwarte usunięcie kamienia z przewodu ślinianki	E
146)	Podwiązanie przewodu ślinianki	E
147)	Poszerzenie przewodu ślinianki	E
148)	Zamknięcie przetoki ślinowej	E
149)	Wycięcie języczka	E
Lp.	**Operacje górnego odcinka przewodu pokarmowego**	**Kategoria**
150)	Wycięcie przełyku i żołądka	A
151)	Całkowite wycięcie przełyku	A
152)	Częściowe wycięcie przełyku	C
153)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie przełyku	C
154)	Zespolenie omijające przełyku	B
155)	Rewizja zespolenia przełykowego	C
156)	Operacja naprawcza przełyku	C
157)	Wytworzenie przetoki przełykowej	C
158)	Nacięcie przełyku	E
159)	Otwarte operacje żylaków przełyku	C
160)	Otwarta implantacja protezy przełyku	C
161)	Wytworzenie sztucznego przełyku	C
162)	Fiberoendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie przełyku	E
163)	Usunięcie zmiany w obrębie przełyku przy użyciu sztywnego endoskopu	E
164)	Operacja antyrefluksowa przełyku	D
165)	Całkowite wycięcie żołądka	A
166)	Częściowe wycięcie żołądka	B
167)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie żołądka	C

168)	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	C
169)	Zespolenie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym	C
170)	Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii)	C
171)	Operacje wrzodu żołądka	C
172)	Nacięcie odźwiernika	D
173)	Zszycie pękniętej ściany żołądka	E
174)	Fiberoendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego	E
175)	Wycięcie dwunastnicy	C
176)	Otwarte usunięcie zmiany w obrębie dwunastnicy	B
177)	Zespolenie omijające dwunastnicę	C
178)	Operacje wrzodu dwunastnicy	C
179)	Zszycie pękniętej ściany dwunastnicy	E
180)	Wagotomia choroby wrzodowej	D
181)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dwunastnicy	E
182)	Wycięcie jelita czczego	C
183)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita czczego	C
184)	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomii)	C
185)	Zespolenie omijające jelito czcze	C
186)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita czczego	E
187)	Wycięcie jelita krętego	C
188)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita krętego	C
189)	Zespolenie omijające jelito kręte	C
190)	Rewizja zespolenia jelita krętego	C
191)	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)	C
192)	Rewizja przetoki jelita krętego (ileostomii)	C
193)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita krętego	E
194)	Zszycie rozerwanego jelita cienkiego	E
195)	Plikacja jelita cienkiego	D

Lp.	Operacje dolnego odcinka przewodu pokarmowego	Kategoria
196)	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	A
197)	Całkowite wycięcie okrężnicy	B
198)	Usunięcie części okrężnicy	D
199)	Wycięcie odbytnicy	B
200)	Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	D
201)	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	E
202)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie okrężnicy	C
203)	Zespolenie omijające okrężnicę	C
204)	Wyłonienie kątnicy (cekostomia)	C
205)	Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu	C
206)	Mnogie resekcje segmentalne jelita grubego	C
207)	Zszycie rozerwanego jelita grubego	E
208)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie odbytnicy	C
209)	Ufiksowanie odbytnicy z powodu jej wypadania	D
210)	Przezzwieraczowe operacje odbytnicy	D
211)	Operacje z powodu wypadania odbytnicy z dostępu przez krocze	C
212)	Usunięcie odbytu	B
213)	Operacja naprawcza odbytu	E

214)	Wycięcie prawej połowy okrężnicy	B
215)	Wycięcie poprzecznicy	B
216)	Wycięcie lewej połowy okrężnicy	B
217)	Wycięcie esicy	B
218)	Przeszczep mięśnia smukłego	E
Lp.	**Operacje innych narządów jamy brzusznej**	**Kategoria**
219)	Przeszczep wątroby	A
220)	Całkowite usunięcie wątroby	B
221)	Częściowe otwarte wycięcie wątroby	D
222)	Usunięcie zmiany wątroby	E
223)	Operacja naprawcza wątroby	B
224)	Zabiegi terapeutyczne w obrębie wątroby przy użyciu laparoskopu	E
225)	Transluminalne (śródnaczyniowe) zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby	D
226)	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	E
227)	Cholecystostomia	E
228)	Przezskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące pęcherzyka żółciowego	E
229)	Wycięcie przewodu żółciowego	C
230)	Wycięcie zmiany w obrębie przewodu żółciowego	C
231)	Zespolenie przewodu wątrobowego	C
232)	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	C
233)	Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego	C
234)	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	C
235)	Operacje zwieracza Oddiego metodą otwartą	E
236)	Endoskopowe wsteczne protezowanie dróg trzustkowych	E
237)	Wycięcie brodawki Vatera	D
238)	Przezskórna rewizja zespolenia dróg żółciowych	D
239)	Przezskórna implantacja protezy dróg żółciowych	D
240)	Zabiegi terapeutyczne w obrębie dróg żółciowych z dostępu przez dren T	D
241)	Przeszczep trzustki	A
242)	Całkowite wycięcie trzustki	B
243)	Jednoczasowe wycięcie trzustki i dwunastnicy (operacja Whipple'a)	A
244)	Wycięcie głowy trzustki	B
245)	Wycięcie zmiany w obrębie trzustki	D
246)	Zespolenie przewodu trzustkowego	B
247)	Otwarty drenaż zmiany w obrębie trzustki	C
248)	Przezskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki	E
249)	Całkowite wycięcie śledziony	D
250)	Wycięcie zmiany w obrębie śledziony	E
Lp.	**Operacje serca**	**Kategoria**
251)	Przeszczep serca i płuc	A
252)	Przeszczep serca	A
253)	Zamknięcie kanału przedsionkowo-komorowego	A
254)	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej	B
255)	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzykomorowej	B
256)	Zamknięcie ubytku w nieokreślonej przegrodzie serca	C
257)	Operacje przegrody serca wykonywane bez otwierania serca	B
258)	Zabiegi terapeutyczne dotyczące przegrody serca wykonywane od strony jam serca	B

259)	Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem wstawki z zastawką	A
260)	Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem innej wstawki	A
261)	Plastyka przedsionka serca	A
262)	Walwuloplastyka mitralna	C
263)	Walwuloplastyka aortalna	C
264)	Plastyka zastawki trójdzielnej	C
265)	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	C
266)	Plastyka nieokreślonej zastawki serca	C
267)	Rewizja plastyki zastawki serca	C
268)	Otwarta walwulotomia	A
269)	Zamknięta walwulotomia	B
270)	Zabiegi terapeutyczne dotyczące zastawki serca z dostępu od strony światła serca	B
271)	Usunięcie zwężenia w obrębie struktur towarzyszących zastawce serca	B
272)	Pomostowanie aortalno-wieńcowe z użyciem własnego naczynia	C
273)	Pomostowanie aortalno-wieńcowe z użyciem obcej tkanki (allograficzne)	C
274)	Pomostowanie tętnicy wieńcowej z użyciem protezy naczyniowej	C
275)	Pomostowanie tętnica piersiowa wewnętrzna-tętnica wieńcowa	C
276)	Operacja naprawcza tętnicy wieńcowej	C
277)	Operacja tętniaka tętnicy wieńcowej	C
278)	Przezskórna angioplastyka wieńcowa	D
279)	Otwarte zabiegi operacyjne dotyczące układu bodźcoprzewodzącego serca	A
280)	Wycięcie osierdzia	A
281)	Drenaż osierdzia	B
282)	Przecięcie osierdzia	E
283)	Operacje złożonych wad wielkich naczyń serca wykonywane przy otwartym sercu	A
284)	Operacja przetrwałego przewodu tętniczego wykonywana przy otwartym sercu	A
285)	Operacje mięśni brodawkowatych serca	C
286)	Operacje nici ścięgnistych serca	C
287)	Operacje beleczek mięśniowych serca	D
288)	Wycięcie tętniaka serca	B
289)	Wszczepienie sztucznego serca	A

Lp.	Operacje naczyń krwionośnych	Kategoria
290)	Wytworzenie zespolenia naczyniowego tętnicy płucnej z aortą z użyciem wstawki naczyniowej	A
291)	Wytworzenie połączenia naczyniowego tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową z użyciem protezy naczyniowej	A
292)	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	A
293)	Zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej wykonywane od strony światła naczynia	B
294)	Nieanatomiczne pomostowanie aorty	A
295)	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty wykonywana z nagłych wskazań	A
296)	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty wykonywana z innych wskazań	B
297)	Rewizja protezy aortalnej	B
298)	Plastyczna operacja naprawcza aorty	B
299)	Zabiegi operacyjne aorty wykonywane od strony światła aorty	B
300)	Operacja naprawcza tętnicy szyjnej	A
301)	Zabiegi operacyjne tętnicy szyjnej wykonywane od strony światła tętnicy szyjnej	B
302)	Operacje tętniaka tętnicy mózgowej	A
303)	Zabiegi operacyjne tętnicy mózgowej wykonywane od strony światła tętnicy mózgowej	B
304)	Odtworzenie tętnicy podobojczykowej	A

305)	Zabiegi operacyjne tętnicy podobojczykowej wykonywane od strony światła tętnicy podobojczykowej	C
306)	Endarterektomia tętnicy kończyn górnych	D
307)	Odtworzenie tętnicy nerkowej	A
308)	Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej wykonywane od strony światła tętnicy nerkowej	C
309)	Odtworzenie innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	A
310)	Zabiegi operacyjne innych gałęzi aorty brzusznej wykonywane od strony światła tych naczyń	B
311)	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z nagłych wskazań	A
312)	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z innych wskazań	B
313)	Odtworzenie tętnicy biodrowej	A
314)	Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane od strony światła tętnicy biodrowej	C
315)	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z nagłych wskazań	B
316)	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z innych wskazań	C
317)	Odtworzenie tętnicy udowej	B
318)	Zabiegi operacyjne tętnicy udowej wykonywane od strony światła tętnicy udowej	D
319)	Endarterektomia tętnicy kończyn dolnych	D
320)	Rewizja odtworzonej tętnicy	C
321)	Operacje na żyle głównej	D
322)	Operacje w układzie żyły wrotnej	D
323)	Otwarte usunięcie skrzepliny z żyły	E
Lp.	**Operacje układu moczowego**	**Kategoria**
324)	Przeszczep nerki	A
325)	Całkowite wycięcie nerki	B
326)	Obustronne jednoczasowe wycięcie nerek	A
327)	Częściowe wycięcie nerki	D
328)	Wycięcie zmiany w nerce	D
329)	Otwarta naprawcza operacja nerki	C
330)	Umocowanie lub podwieszenie nerki nadmiernie ruchomej	D
331)	Nacięcie nerki	E
332)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące kamieni nerkowych	E
333)	Zabiegi terapeutyczne w obrębie nerek z dostępu przez nefrostomię	E
334)	Wycięcie moczowodu	C
335)	Częściowe wycięcie moczowodu	E
336)	Odprowadzenie moczu przez przetokę	E
337)	Ponowne wszczepienie moczowodu	C
338)	Operacja naprawcza moczowodu	D
339)	Protezowanie moczowodu	E
340)	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą nefroskopii	E
341)	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	E
342)	Operacje ujścia moczowodu	D
343)	Umocowanie moczowodu	E
344)	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	B
345)	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	C
346)	Powiększenie pęcherza moczowego	B
347)	Endoskopowe powiększenie pęcherza	D
348)	Otwarty drenaż pęcherza moczowego	D
349)	Wycięcie zmiany pęcherza moczowego metodą endoskopową	E
350)	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu przezpochwowego	D

351)	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu brzusznego	D
352)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego	E
353)	Otwarte wycięcie gruczołu krokowego	C
354)	Endoskopowe wycięcie gruczołu krokowego	E
355)	Nacięcie i opróżnienie ropnia stercza	E
356)	Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego	E
357)	Wycięcie cewki moczowej	C
358)	Operacja naprawcza cewki moczowej	D
359)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	E
360)	Operacje ujścia cewki moczowej	E
361)	Wszczepienie elektronicznego stymulatora pęcherza moczowego	E
362)	Operacyjne leczenie nietrzymania moczu	D
363)	Usunięcie kamienia z układu moczowego	E
Lp.	**Operacje narządów płciowych**	**Kategoria**
364)	Wycięcie moszny	D
365)	Obustronne wycięcie jąder	C
366)	Jednostronne wycięcie jądra	E
367)	Wycięcie zmiany w obrębie jądra	E
368)	Obustronna implantacja jąder do moszny	C
369)	Obustronne sprowadzenie jąder	E
370)	Proteza jądra	D
371)	Operacja wodniaka jądra	E
372)	Wycięcie najądrza	E
373)	Operacje najądrza	E
374)	Wycięcie nasieniowodu	E
375)	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	D
376)	Operacja żylaków powrózka nasiennego	D
377)	Operacje pęcherzyków nasiennych	D
378)	Amputacja prącia	C
379)	Usunięcie zmiany prącia	E
380)	Protezowanie prącia	D
381)	Usunięcie sromu	C
382)	Operacja naprawcza sromu	E
383)	Wycięcie zmiany w obrębie krocza	E
384)	Wycięcie pochwy	E
385)	Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych	E
386)	Wycięcie zmiany w obrębie pochwy	E
387)	Operacja plastyczna pochwy	E
388)	Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	D
389)	Operacja naprawcza sklepienia pochwy	E
390)	Operacje zatoki Douglasa	E
391)	Amputacja szyjki macicy	E
392)	Brzuszne wycięcie macicy	C
393)	Przezpochwowe wycięcie macicy	C
394)	Usunięcie mięśniaków macicy metodą otwartą	E
395)	Obustronne wycięcie przydatków macicy	C
396)	Jednostronne wycięcie przydatków macicy	E

397)	Częściowe wycięcie jajowodu	E
398)	Implantacja protezy jajowodu	E
399)	Otwarte obustronne zamknięcie światła jajowodów	E
400)	Nacięcie jajowodu	E
401)	Operacje strzępków jajowodu	E
402)	Częściowe wycięcie jajnika	E
403)	Otwarte zniszczenie zmiany w obrębie jajnika	E
404)	Operacja naprawcza jajnika	E
405)	Operacje więzadła szerokiego macicy	E
Lp.	**Operacje tkanek miękkich**	**Kategoria**
406)	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	B
407)	Odtworzenie ściany klatki piersiowej	B
408)	Otwarte wycięcie opłucnej	B
409)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	E
410)	Operacja naprawcza pęknięcia przepony	C
411)	Operacja przepukliny przeponowej	D
412)	Plikacja przepony	D
413)	Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej	E
414)	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	E
415)	Operacja przepukliny pępkowej	E
416)	Pierwotna operacja przepukliny udowej	E
417)	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	E
418)	Pierwotna operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
419)	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
420)	Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	E
421)	Otwarte wycięcie zmiany otrzewnej	D
422)	Otwarty drenaż otrzewnej	C
423)	Operacje sieci większej	C
424)	Operacje krezki jelita cienkiego	C
425)	Operacje krezki okrężnicy	C
426)	Operacje dotyczące otrzewnej ściennej tylnej ściany brzucha	D
427)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne otrzewnej	E
428)	Przeszczep powięzi	E
429)	Wycięcie powięzi brzucha	E
430)	Wycięcie innej powięzi	E
431)	Wycięcie zmiany w obrębie powięzi	E
432)	Rozdzielenie powięzi	E
433)	Uwolnienie powięzi	E
434)	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	E
435)	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	E
436)	Przemieszczenie ścięgna	E
437)	Wycięcie ścięgna	E
438)	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	E
439)	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	E
440)	Zmiana długości ścięgna	E
441)	Wycięcie pochewki ścięgna	E
442)	Przeszczep mięśni	C

443)	Wycięcie mięśnia	E
444)	Operacja naprawcza mięśnia (z wyłączeniem prostego szycia mięśnia)	E
445)	Uwolnienie przykurczu mięśnia	E
446)	Operacje kaletki maziowej	E
447)	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	E
448)	Drenaż zmiany węzła chłonnego	E
449)	Operacje przewodu limfatycznego	B
450)	Operacje kieszonki skrzelowej	D
451)	Wycięcie torbieli bocznej szyi	D
452)	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	E
453)	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	D
454)	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	E
455)	Przeszczep skóry owłosionej w obrębie czaszki	E
Lp.	**Operacje kości i stawów**	**Kategoria**
456)	Plastyka czaszki	D
457)	Otwarcie czaszki	C
458)	Podniesienie złamanego fragmentu czaszki	E
459)	Wycięcie kości twarzoczaszki	D
460)	Wycięcie zmiany kości twarzoczaszki	E
461)	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	C
462)	Nastawienie złamania innej kości twarzy metodą otwartą	D
463)	Rozdzielenie kości twarzy	D
464)	Stabilizacja kości twarzy	D
465)	Przeszczep kostny kości twarzy	C
466)	Całkowite wycięcie żuchwy	B
467)	Częściowe wycięcie żuchwy	E
468)	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	D
469)	Rozdzielenie żuchwy	B
470)	Stabilizacja żuchwy	C
471)	Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	C
472)	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	C
473)	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	C
474)	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	D
475)	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	D
476)	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	D
477)	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	D
478)	Odbarczenie rdzenia kręgowego w nieokreślonym odcinku (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	B
479)	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	C
480)	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	C
481)	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	D
482)	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	C
483)	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	D
484)	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	D
485)	Wycięcie krążka międzykręgowego w nieokreślonym odcinku	D
486)	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	B

487)	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w innym odcinku	C
488)	Rewizja zespolenia kręgów (artrodezy)	C
489)	Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	C
490)	Wycięcie zmiany kręgosłupa	D
491)	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	C
492)	Stabilizacja złamania kręgosłupa metodą otwartą	C
493)	Całkowite wycięcie kości	D
494)	Usunięcie fragmentu kości	D
495)	Wycięcie kości ektopowej	E
496)	Wycięcie zmiany w obrębie kości	E
497)	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	D
498)	Rozdzielenie trzonu kości	D
499)	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	D
500)	Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości	D
501)	Drenaż kości	E
502)	Całkowita rekonstrukcja kciuka	D
503)	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	E
504)	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	E
505)	Rozdzielenie kości stopy	D
506)	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	E
507)	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	E
508)	Pierwotne otwarte nastawienie śródstawowego złamania kości	B
509)	Wtórne otwarte nastawienie złamania kości	D
510)	Stabilizacja oddzielonej nasady kości	C
511)	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu złamania kości	D
512)	Całkowita cementowa protezoplastyka stawu biodrowego	D
513)	Całkowita bezcementowa protezoplastyka stawu biodrowego	D
514)	Całkowita cementowa protezoplastyka stawu kolanowego	C
515)	Całkowita bezcementowa protezoplastyka stawu kolanowego	C
516)	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	D
517)	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	D
518)	Przeszczep szpiku kostnego	D

Lp.	Inne zabiegi operacyjne	Kategoria
519)	Replantacja kończyny górnej na wysokości ramienia	C
520)	Replantacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	D
521)	Replantacja kciuka	D
522)	Replantacja kończyny dolnej na wysokości uda	C
523)	Replantacja kończyny dolnej na wysokości podudzia	D
524)	Replantacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego	D
525)	Replantacja innego organu	E
526)	Wszczepienie protezy kończyny	C
527)	Transplantacja międzyukładowa	C
528)	Przeszczep całej twarzy	A
529)	Amputacja w zakresie ramienia	C
530)	Amputacja kończyny górnej na wysokości przedramienia	D
531)	Amputacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	D
532)	Amputacja kciuka	E

533)	Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki	B
534)	Amputacja nogi na poziomie uda	C
535)	Amputacja nogi na poziomie podudzia	D
536)	Amputacja stopy	D
537)	Amputacja palucha	E
538)	Amputacja kończyny dolnej z częścią miednicy	B
539)	Operacje w zakresie kikuta po amputacji	D

Niniejszy Katalog Poważnych operacji został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK ZABIEGU SPECJALISTYCZNEGO

KATALOG ZABIEGÓW SPECJALISTYCZNYCH

(KOD RPFL1_MMOE_09.2025)

1. Niniejszy Katalog stosuje się dla osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Zabiegu specjalistycznego.
2. Przez procent Sumy ubezpieczenia określony w Katalogu Zabiegów specjalistycznych rozumie się procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Zabiegu specjalistycznego zwany dalej **„% Sumy ubezpieczenia”**.

Lp.	Układ krążenia	% Sumy ubezpieczenia
1)	Embolizacja naczynia	50
2)	Ablacja dodatkowej drogi przewodzenia w sercu	30
3)	Wszczepienie rozrusznika serca	30
4)	Wszczepienie kardiowertera – defibrylatora	50
5)	Kardiowersja przedsionków	30
6)	Zamknięcie uszka lewego przedsionka serca	50
7)	Wprowadzenie filtra do żyły głównej	30
8)	Zabiegi wewnątrznaczyniowe na tętnicach / żyłach (z wyłączeniem tętnic wieńcowych)	30
9)	Żylaki kończyn dolnych (w zależności od metody):	
	a. Skleroterapia (wstrzyknięcie substancji obliterującej), podwiązanie	10
	b. Laseroterapia / ablacja żył	10
	c. Wycięcie chirurgiczne	50
10)	Żylaki odbytu (w zależności od metody):	
	a. Podwiązanie	10
	b. Skleroterapia (wstrzyknięcie substancji obliterującej) / działanie prądu / temperatury	10
	c. Wycięcie chirurgiczne	50
Lp.	**Układ oddechowy**	**% Sumy ubezpieczenia**
11)	Septoplastyka nosa	10
12)	Polipektomia nosa	10
13)	Endoskopowa operacja zatoki szczękowej	30
14)	Drenaż ropniaka opłucnej	50
15)	Pleurodeza (obliteracja opłucnej)	30
Lp.	**Ortopedia**	**% Sumy ubezpieczenia**
16)	Zabiegi artroskopowe (rekonstrukcyjne, usuwanie nadmiaru tkanek, synowektomia)	30
17)	Wycięcie ganglionu dołu podkolanowego	30
18)	Wycięcie ganglionu w obrębie kończyny górnej	30
19)	Wycięcie kaletki łokciowej lub kolanowej	30
20)	Wycięcie kaletki z korekcją palucha koślawego i zniekształceń innych palców (tylko tkanki miękkie)	30
21)	Korekcja palca młotkowatego stopy	10
22)	Korekcja palca szponiastego stopy	10
23)	Leczenie operacyjne zespołu cieśni nadgarstka	30
24)	Leczenie operacyjne zespołu kanału nerwu łokciowego	30
25)	Leczenie operacyjne zespołu kanału Guyona	30
Lp.	**Gastrologia**	**% Sumy ubezpieczenia**
26)	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	50
27)	Leczenie chirurgiczne przetoki odbytu (wycięcie/nacięcie przetoki)	30
28)	Wycięcie szczeliny odbytu, z nacięciem zwieracza odbytu (sfinkterotomią) lub bez	50

Lp.	Układ rozrodczy	% Sumy ubezpieczenia
29)	Konizacja szyjki macicy	10
30)	Nacięcie gruczołu Bartholina wraz z marsupializacją	30
31)	Wyłuszczenie gruczołu Bartholina	30
32)	Usuwanie polipów narządu rodnego	30
33)	Elektroresekcja zmiany szyjki macicy	10
34)	Zszycie pęknięcia macicy	30
35)	Wyłyżeczkowanie frakcjonowane kanału szyjki i jamy macicy	10
36)	Endoskopowe zabiegi w macicy	50
37)	Laparoskopowe wyłuszczenie mięśniaków macicy	50
38)	Cięcie cesarskie	30
Lp.	**Układ moczowy**	**% Sumy ubezpieczenia**
39)	Cystoskopia / ureteroskopia diagnostyczna	30
40)	Pozaustrojowa litotrypsja nerki/ moczowodu/ pęcherza	30
41)	Dializa otrzewnowa	30
Lp.	**Chirurgia**	**% Sumy ubezpieczenia**
42)	Wycięcie torbieli włosowej	10
43)	Wycięcie guza w obrębie tkanek miękkich	10
44)	Laparotomia zwiadowcza	50
Lp.	**Okulistyka**	**% Sumy ubezpieczenia**
45)	Zewnątrztorebkowe usunięcie zaćmy przy użyciu ultradźwięków lub lasera z wprowadzeniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej (procedura jednoetapowa)	30
46)	Trabekuloplastyka laserowa, jedna lub więcej sesji (zdefiniowany cykl leczenia)	10
47)	Laserowa korekcja wady wzroku	10
48)	Wycięcie skrzydlika	10
Lp.	**Laryngologia**	**% Sumy ubezpieczenia**
49)	Nacięcie błony bębenkowej	10
50)	Usunięcie migdałków	30

Niniejszy Katalog Zabiegów specjalistycznych został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 3 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA DOTYCZĄCEGO REFUNDACJI KOSZTÓW LECZENIA DZIECKA W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

TABELA PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH

(KOD RPFL1_CCC_09.2025)

Niniejszą tabelę stosuje się dla osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej refundacji kosztów leczenia Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

1. PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE

Lp.	Wyszczególnienie
	Protezy kończyn dolnych
	Protezy kończyn dolnych przy amputacji w obrębie stopy
1)	Protezowa wkładka do buta uzupełniająca stopę po amputacji palców
2)	Proteza uzupełniająca stopę: skórzana albo z tworzywa sztucznego
3)	Proteza ze stawem skokowym albo bez stawu skokowego przy amputacji wg Lisfranca lub Choparta: skórzana albo z tworzywa sztucznego
	Protezy kończyn dolnych przy amputacji w obrębie podudzia
4)	Proteza ze stawem skokowym albo bez przy amputacji wg Pirogowa lub Syme'a: skórzana albo z tworzywa sztucznego
5)	Proteza podudzia: skórzana albo z tworzywa sztucznego, albo drewniana, albo z innych materiałów niewymienionych, z tulejką uda ze skóry, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
6)	Proteza podudzia tymczasowa: z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
7)	Proteza podudzia: skórzana albo drewniana, albo z tworzywa sztucznego, albo modularna, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
	Protezy kończyn dolnych przy amputacji w obrębie uda
8)	Proteza uda przy amputacji wg Grittiego lub wyłuszczenia w stawie kolanowym: skórzana albo drewniana, albo z tworzywa sztucznego, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
9)	Proteza uda tymczasowa: z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
10)	Proteza uda: drewniana albo z tworzywa sztucznego, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
11)	Proteza uda z lejem kikutowym skórzanym: goleń i kolano drewniane albo goleń i kolano z tworzywa sztucznego, albo goleń ze skóry, albo z drewna, albo z tworzywa, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
12)	Proteza uda modularna: z miękkim pokryciem ciałopodobnym albo proteza wykonana z innych niewymienionych materiałów, z zawieszeniem lub bez, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
13)	Proteza uda szczudłowa
	Protezy kończyn dolnych przy pełnej amputacji w obrębie uda (wyłuszczenie w stawie biodrowym)
14)	Proteza przy wyłuszczeniu w stawie biodrowym: typ kanadyjski albo konwencjonalny, stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
15)	Proteza tymczasowa przy wyłuszczeniu w stawie biodrowym: stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH
16)	Kosz biodrowy przy obustronnym wyłuszczeniu w stawach biodrowych: skórzany albo z tworzywa sztucznego, z uchwytami dla kończyn górnych
17)	Protezowe wyrównanie skrótu kończyny dolnej: stopa ze stawem skokowym albo stopa typu SACH, z zawieszeniem lub bez
	Wyposażenie dodatkowe do protez kończyn dolnych
18)	Pończocha kikutowa – przy amputacji w obrębie stopy
19)	Pończocha kikutowa – przy amputacji podudzia
20)	Pończocha kikutowa – przy amputacji uda
21)	Pończocha kikutowa albo majteczki przy jednostronnej pełnej amputacji kończyny dolnej albo majteczki przy obustronnej pełnej amputacji kończyn dolnych

	Protezy kończyn górnych
22)	Proteza kosmetyczna części ręki
23)	Proteza kosmetyczna przedramienia: skórzana albo z tworzywa sztucznego, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
24)	Proteza kosmetyczna przedramienia: z elementów modularnych, z miękkim pokryciem ciałopodobnym, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
25)	Proteza kosmetyczna przedramienia: skórzana albo z tworzywa sztucznego, z tulejką ramienia, z dłonią protezową
26)	Proteza kosmetyczna przedramienia: z elementów modularnych, z tulejką ramienia, z miękkim pokryciem ciałopodobnym, z dłonią protezową
27)	Proteza kosmetyczna ramienia: z elementów modularnych, z miękkim pokryciem ciałopodobnym, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
28)	Proteza kosmetyczna ramienia: skórzana albo z tworzywa sztucznego, lej ze skóry albo z tworzywa, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
29)	Proteza kosmetyczna całej kończyny górnej: ze stawem barkowym albo bez stawu barkowego, skórzana albo z tworzywa sztucznego, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
30)	Proteza kosmetyczna całej kończyny górnej: ze stawem barkowym albo bez stawu barkowego, z elementów modularnych, z miękkim pokryciem ciałopodobnym, z dłonią protezową, z zawieszeniem lub bez
31)	Proteza robocza mechaniczna części ręki
32)	Proteza robocza mechaniczna przedramienia: z dłonią protezową, z zawieszeniem
33)	Proteza robocza mechaniczna ramienia: z dłonią protezową, z zawieszeniem
34)	Proteza robocza mechaniczna przy pełnej amputacji kończyny górnej: z dłonią protezową, z zawieszeniem
	Wyposażenie dodatkowe do protez kończyn górnych
35)	Uchwyty robocze do protez kończyn górnych, np.: hak wieloczynnościowy albo hak dwudzielny
36)	Pończochy kikutowe – przy amputacji przedramienia
37)	Pończochy kikutowe – przy amputacji ramienia
38)	Pończochy kikutowe – przy pełnej amputacji kończyny górnej
	Aparaty ortopedyczne na kończyny dolne
39)	Aparat korekcyjny palucha koślawego
40)	Aparaty odciążająco-korekcyjne dla palców stóp
41)	Szyna spiralna z sandałem: strzałkowa albo piszczelowa
42)	Szyna strzałkowa ze strzemieniem do buta, z podciągiem sprężynowym lub bez
43)	Aparat na opadającą stopę (stopowo-goleniowy tylny)
44)	Podciąg gumowy zapobiegający opadaniu stopy
45)	Aparat drutowy do kolana z podciągiem sprężynowym
46)	Aparat na opadającą stopę: z mocowaniem do zapiętka obuwia albo z uchwytem żabkowym za obcas albo z regulowanym podciągiem stopy
47)	Aparat szynowo-opaskowy na podudzie, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
48)	Aparat tulejkowy na podudzie: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
49)	Tutor unieruchamiający stopę i staw skokowy: skórzany albo z tworzywa sztucznego
50)	Aparat do kolana odciążający z oparciem podrzepkowym, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
51)	Aparat szynowo-opaskowy na całą kończynę dolną: z tulejką uda lub bez, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
52)	Aparat na goleń i udo: szynowo-opaskowy lub tulejkowy, skórzany albo z tworzywa sztucznego
53)	Aparat DAFO
54)	Aparat zapobiegający przeprostowi kolana
55)	Aparat jednoszynowy stabilizujący staw kolanowy
56)	Aparat tulejkowy na całą kończynę dolną: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
57)	Tutor na całą kończynę dolną: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
58)	Aparat odciążający kończynę dolną typu Thomasa: z tulejką uda skórzaną albo z tworzywa sztucznego
59)	Aparat rotujący stopę jednoszynowy sprężynowy
60)	Aparat unieruchamiający staw biodrowy (udowo-biodrowy): szynowo-opaskowy, z tworzywa sztucznego
61)	Łuska na całą kończynę dolną z tworzywa sztucznego, z przegubem albo bez
62)	Łuska na goleń i stopę: z tworzywa sztucznego, z przegubem skokowym albo bez

	Wyposażenie dodatkowe do aparatów ortopedycznych na kończyny dolne
63)	Pas biodrowy z szyną
64)	Niski kosz biodrowy z szyną biodrową
65)	Wysoki kosz biodrowy z szyną biodrową
	Aparaty ortopedyczne na kończyny górne
66)	Aparat korygujący osłabienia wyprostu i odwiedzenia kciuka oraz wyprostu wskaziciela
67)	Aparat korygujący osłabienia wyprostu palców ręki
68)	Aparat utrzymujący wyprost palców
69)	Aparat redresujący: przykurcz wyprostny palca lub przykurcz zgięciowy palca (Capenera)
70)	Aparat redresujący: przykurcz wyprostny stawów śródręczno-palcowych lub śródręczno-palcowych i międzypaliczkowych lub przykurcz przywiedzeniowy kciuka
71)	Aparat redresujący staw łokciowy
72)	Aparat podpórczo-stabilizujący nadgarstek, dłoń i palce: podpórczy nadgarstka Bunnela albo stabilizujący nadgarstek i podpierający dłoń Hommonda, albo podpórczy dłoni i palców z opozycją kciuka – Oppenheimera
73)	Aparat korygujący niedowład prostowników nadgarstka i palców
74)	Aparat korygujący Lamba
75)	Aparat korekcyjny ręki typu: Andersona albo Bunnela, albo Vermoni-Nicella, albo Oppenheimera
76)	Aparat na rękę i przedramię wg Engena
77)	Aparat na rękę i przedramię wg Swansona albo wg Bunnela, wspomagający zgięcie albo wspomagający wyprost
78)	Łuska na dłoń i przedramię: pełna albo trójczęściowa
79)	Aparat redresujący radializację ręki: taśmowy albo drutowy
80)	Aparat uczynniający palce ze zgięciem grzbietowym nadgarstka
81)	Aparat uczynniający palce
82)	Aparat do redresji i usprawnienia zginaczy palców
83)	Tutor nadgarstka: skórzany albo z tworzywa sztucznego
84)	Tutor ustalający nadgarstek z cięgnami sprężynowymi prostującymi palce
85)	Szyna na dłoń i przedramię korygująca zniekształcenie ręki: aluminiowa albo z tworzywa sztucznego
86)	Aparat na przedramię i ramię: szynowo-opaskowy lub tulejkowy, skórzany albo z tworzywa sztucznego
87)	Tutor łokciowy: skórzany albo z tworzywa sztucznego
88)	Aparat na ramię i bark ze stawem barkowym albo bez: skórzany albo z tworzywa sztucznego
89)	Aparat odwodzący kończynę górną: z zawieszeniem szelkowym albo z zawieszeniem na chomącie albo sprężynowy
90)	Szyna odwodząca
91)	Szyna elewacyjna
	Ortezy kończyny dolnej
92)	Orteza korekcyjna palucha koślawego
93)	Orteza odciążająco-korekcyjna dla palców stóp
94)	Orteza stabilizująca staw skokowy
95)	Szyna spiralna z sandałem: strzałkowa albo piszczelowa
96)	Szyna strzałkowa ze strzemieniem do buta, z podciągiem sprężynowym albo bez
97)	Orteza na opadającą stopę (stopowo-goleniowa tylna)
98)	Podciąg gumowy zapobiegający opadaniu stopy
99)	Orteza stopowo-goleniowa
100)	Aparat drutowy do kolana z podciągiem sprężynowym
101)	Orteza na opadającą stopę: z mocowaniem do zapiętka obuwia albo z uchwytem żabkowym za obcas, albo z regulowanym podciągiem stopy
102)	Aparat szynowo-opaskowy na podudzie ze strzemieniem do buta albo z sandałem
103)	Aparat tulejkowy na podudzie: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
104)	Orteza unieruchamiająca stopę i staw skokowy: skórzana albo z tworzywa sztucznego
105)	Orteza do kolana odciążająca z oparciem podrzepkowym, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
106)	Aparat szynowo-opaskowy na całą kończynę dolną: z tulejką uda lub bez, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
107)	Łuska na goleń i stopę: z tworzywa sztucznego z przegubem skokowym albo bez

108)	Orteza stawu kolanowego stabilizująca: z szynami (stalkami), sznurowana lub na rzepy
109)	Orteza stawu kolanowego stabilizująco-korygująca z regulatorem ustawienia zgięcia stawu
110)	Orteza na goleń i udo: szynowo-opaskowa lub tulejkowa, skórzana albo z tworzywa sztucznego
111)	Łuska na całą kończynę dolną: z tworzywa sztucznego, z przegubem albo bez
112)	Szyna nocna na całą kończynę dolną z sandałem korygująca koślawość lub szpotawość kolana
113)	Orteza redresująca staw kolanowy
114)	Orteza rzepki stabilizująca
115)	Orteza zapobiegająca przeprostowi kolana
116)	Orteza jednoszynowa stabilizująca staw kolanowy
117)	Aparat tulejkowy na całą kończynę dolną: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
118)	Tutor na całą kończynę dolną: skórzany albo z tworzywa sztucznego, ze strzemieniem do buta albo z sandałem
119)	Orteza rotująca stopę jednoszynowa sprężynowa
120)	Aparat odciążający kończynę dolną: typu Thomasa, z tulejką uda skórzaną albo z tworzywa sztucznego
121)	Szyna Engelmanna
122)	Szyna Saint-Germaina
123)	Szyna Denis-Browna, bez sandałków albo z sandałkami
124)	Poduszka Frejki
125)	Rozwórka Koszli
126)	Orteza do leczenia dysplazji stawów biodrowych
127)	Pajacyk Grucy
128)	Szyna Ortolaniego
129)	Szelki Grucy albo Pawlika
	Ortezy kończyny górnej
130)	Aparat Stacka
131)	Orteza korygująca kciuk i wskaziciel
132)	Orteza redresująca: przykurcz wyprostny palca lub przykurcz zgięciowy palca (Capenera)
133)	Orteza redresująca: przykurcz wyprostny stawów śródręczno-palcowych lub śródręczno-palcowych i międzypaliczkowych lub przykurcz przywiedzeniowy kciuka
134)	Orteza redresująca staw łokciowy
135)	Orteza podpórczo-stabilizująca nadgarstek, dłoń i palce: podpórcza nadgarstka Bunnela albo stabilizująca nadgarstek i podpierająca dłoń Hommonda, albo podpórcza dłoni i palców z opozycją kciuka – Oppenheimera
136)	Orteza korygująca niedowład prostowników nadgarstka i palców
137)	Orteza korygująca Lamba
138)	Orteza korekcyjna ręki typu: Andersona albo Bunnela, albo Vermoni-Nicella, albo Oppenheimera
139)	Orteza na rękę i przedramię wg Engena albo łuska śródręczna, albo łuska z szyną przedramienia, albo łuska z wysięgnikiem i podciągami palców
140)	Orteza na rękę i przedramię: wg Swansona albo wg Bunnela wspomagająca zgięcie albo wspomagająca wyprost
141)	Łuska na dłoń i przedramię: pełna albo trójczęściowa
142)	Orteza redresująca radializację ręki: taśmowa albo drutowa
143)	Łuska grzbietowa dłoni i przedramienia z cięgnami sprężynowymi palców
144)	Orteza nadgarstka: skórzana albo z tworzywa sztucznego
145)	Orteza ustalająca nadgarstek z cięgnami sprężynowymi prostującymi palce
146)	Orteza na dłoń i przedramię korygująca zniekształcenia ręki: aluminiowa albo z tworzywa sztucznego
147)	Orteza łokciowa: skórzana albo z tworzywa sztucznego
148)	Aparat na przedramię i ramię: szynowo-opaskowy lub tulejkowy, skórzany albo z tworzywa sztucznego
149)	Orteza czynnościowa kończyny górnej ze stawem Hosmera
150)	Orteza na ramię i bark: ze stawem barkowym albo bez, skórzana albo z tworzywa sztucznego
151)	Orteza odwodząca kończynę górną: z zawieszeniem szelkowym albo z zawieszeniem na chomącie albo sprężynowa
152)	Orteza elewacyjna

153)	Orteza odwodząca
154)	Orteza stabilizująco-odciążająca
155)	Temblak kończyny górnej
	Gorsety i kołnierze ortopedyczne
156)	Gorset szkieletowy (Calota)
157)	Gorset doniczkowy: skórzany albo z tworzywa sztucznego
158)	Gorset szkieletowy unieruchamiający górny odcinek piersiowy kręgosłupa: z kołnierzem albo z diademem
159)	Gorset Jewetta: z ramą tylną lub z taśmami tylnymi
160)	Gorset reklinacyjny z rozwórkami śrubowymi
161)	Gorset lędźwiowo-krzyżowy wg Williamsa
162)	Gorset odciążający typu Milwaukee-Blounta: z koszem skórzanym albo z koszem z tworzywa sztucznego
163)	Gorset korekcyjny do leczenia skolioz
164)	Prostotrzymacz wg Hohmanna
165)	Prostotrzymacz wg Taylora
166)	Wysoka sznurówka półsztywna z podpaszkami
167)	Sznurówka półgorsetowa typu Hohmanna
168)	Sznurówka lędźwiowo-krzyżowa
169)	Pas stabilizujący kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy
170)	Półgorsetowa orteza szyjna
171)	Kołnierz szyjny: kamizelkowy typu Grucy albo z regulowanym podparciem, albo szkieletowy podpórczy
172)	Kołnierz pneumatyczny
173)	Kołnierz stabilizujący: skórzany albo z tworzywa sztucznego
174)	Kołnierz „Florida”
175)	Kołnierz Schantza miękki
176)	Stabilizator szyjny miękki (dwuczęściowy)
	Ortezy tułowia i szyi
177)	Gorset Jewetta: z ramą tylną lub z taśmami tylnymi
178)	Gorset reklinacyjny z rozwórkami śrubowymi
179)	Gorset lędźwiowo-krzyżowy wg Williamsa
180)	Prostotrzymacz wg Hohmanna
181)	Prostotrzymacz wg Taylora
182)	Wysoka sznurówka półsztywna z podpaszkami
183)	Sznurówka półgorsetowa typu Hohmanna
184)	Sznurówka lędźwiowo-krzyżowa
185)	Pas stabilizujący kręgosłup lędźwiowo-krzyżowy
186)	Pas na rozejście spojenia łonowego
187)	Półgorsetowa orteza szyjna
188)	Kołnierz szyjny: kamizelkowy typu Grucy albo z regulowanym podparciem, albo szkieletowy podpórczy
189)	Kołnierz pneumatyczny
190)	Kołnierz stabilizujący: skórzany albo z tworzywa sztucznego
191)	Kołnierz „Florida”
192)	Kołnierz Schantza miękki
193)	Stabilizator szyjny miękki (dwuczęściowy)
194)	Kołnierz na kręcz karku
195)	Pelota korekcyjna na łopatkę
196)	Prostotrzymacz na kurzą klatkę piersiową
	Obuwie ortopedyczne
197)	Obuwie na stopę o różnym zniekształceniu

198)	Obuwie wyrównujące skrócenie kończyny dolnej
199)	Obuwie przy amputacjach w obrębie stopy
200)	Obuwie do aparatów ortopedycznych: ze strzemieniem do buta albo do sandała
	Kule i laski inwalidzkie
201)	Kula łokciowa ze stopniową regulacją
202)	Kula dla reumatyków
203)	Kula pachowa
204)	Kula przedramienna z kółkiem
205)	Laska inwalidzka
206)	Laska dla niewidomych (biała)
207)	Trójnóg
208)	Czwórnóg
	Balkoniki i podpórki do chodzenia
209)	Balkoniki i podpórki ułatwiające chodzenie
	Wózki inwalidzkie
210)	Wózek inwalidzki ręczny
211)	Wózek inwalidzki aluminiowy (lekki) z systemem szybkiego demontażu kół, składany, dla osób samodzielnie poruszających się na wózku – czynnych zawodowo
212)	Wózek inwalidzki specjalny dziecięcy
213)	Wózek inwalidzki specjalny, stabilizujący plecy i głowę
	Przedmioty ortopedyczne osobno niewymienione
214)	Fotelik dla dzieci do siedzenia
215)	Indywidualne przedmioty pionizujące
216)	Pełzak (wózek do raczkowania)

2. ŚRODKI POMOCNICZE

Lp.	Wyszczególnienie
1)	Soczewki okularowe korekcyjne (w tym soczewki korekcyjne barwione) umożliwiające dokładne widzenie i zapobiegające znużeniu oka
	a. Soczewki do bliży
	b. Soczewki do dali
	c. Soczewki pryzmatyczne
	d. Soczewki dwuogniskowe
2)	Soczewki kontaktowe lecznicze
	a. twarde
	b. miękkie
3)	Obturatory dla dzieci
4)	Pomoce optyczne dla niedowidzących
	a. lupa
	b. lunety, w tym monookulary
	c. okulary lornetkowe do bliży i dali
	d. okulary lupowe
5)	a. Proteza oka wykonana indywidualnie dla dzieci i młodzieży
	a) proteza
	b) epiproteza
	b. Proteza oka wykonana indywidualnie dla dorosłych
	a) proteza
	b) epiproteza
6)	a. Aparat (aparaty) słuchowy(e) na przewodnictwo powietrza lub kostne
	b. Wkładka uszna wykonana indywidualnie

7)	Systemy wspomagające słyszenie (pętle induktofoniczne, system FM i na podczerwień)
8)	Cewniki zewnętrzne do 30 szt. lub zamiennie kieszonki do zbiórki moczu do 30 szt.
9)	Cewniki urologiczne do 6 szt.
10)	a. Cewniki urologiczne jednorazowe
	b. Cewniki jednorazowe do odsysania górnych dróg oddechowych
11)	Worki do zbiórki moczu do 6 szt. miesięcznie
12)	a. Pas do zbiornika na kał
	b. Worki wymienne do pasa w ilości do 90 szt.
13)	Worki samoprzylepne jednorazowego użycia w ilości do 90 szt. lub w równowartości ich kosztu inny sprzęt stomijny (np. zestawy irygacyjne, płytki + worki itp.) po zabiegach na:
	– jelicie cienkim (ileostomii)
	– jelicie grubym (kolostomii)
	– układzie moczowym (urostomii)
14)	Worki do zbiórki moczu w ilości do 12 szt. w przypadku nefrostomii lub w równowartości ich nabycia inny sprzęt urologiczny (np. cewniki urologiczne, paski mocujące itp.)
15)	Pieluchy anatomiczne do 60 szt. miesięcznie w przypadku pacjentów:
	– z chorobą nowotworową przebiegającą w postaci owrzodziałych lub krwawiących guzów krocza, okolicy krzyżowej itp.
	– z przetokami nowotworowymi lub popromiennymi (pęcherzowo-pochwowymi, pęcherzowo-pochwowo-odbytniczymi, pochwowo-odbytniczymi)
	– z nietrzymaniem stolca lub moczu w wyniku chorób nowotworowych lub zamiennie pieluchomajtki do 60 szt. miesięcznie
	lub zamiennie podkłady do 60 szt. lub wkłady anatomiczne do 60 szt.
16)	Pieluchomajtki do 60 szt. miesięcznie lub zamiennie pieluchy anatomiczne do 60 szt. miesięcznie dla dorosłych i dzieci powyżej 3 roku życia
	– z głębokim upośledzeniem umysłowym, w zespołach otępiennych o różnej etiologii
	– w postępujących chorobach układu nerwowego z pęcherzem neurogennym lub z zaburzeniami mikcji zwieraczy
	– z wadami rozwojowymi, przepuklinami oponowo-rdzeniowymi, przepuklinami oponowo-mózgowymi, wynicowaniem pęcherza lub zamiennie podkłady do 60 szt., lub wkłady anatomiczne do 60 szt.
17)	Rurka tracheostomijna wraz z zapasowym wkładem
18)	Krtań elektroniczna (aparat wspomagający mowę)
19)	Proteza powietrzna – aparat do leczenia obturacyjnego bezdechu sennego
20)	Inhalator dyszowy:
	– nebulizator (generator aerozolu)
	– sprężarka powietrza
21)	Proteza piersi
22)	Peruki
	– z włosów sztucznych
	– z włosów naturalnych
23)	Pas przepuklinowy
	– jednostronny
	– obustronny
24)	Pas brzuszny
25)	Poduszka przeciwodleżynowa
26)	Materac przeciwodleżynowy

Niniejsza Tabela przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 18 września 2025 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Generali Życie T.U. S.A.
ul. Senatorska 18
00-082 Warszawa
generali.pl

GENERALI