

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ŻYCIE KOMFORT

Obowiązujące od 23 listopada 2023 roku

Spis treści

4	Skorowidz
6	Postanowienia ogólne
9	Warunki odpowiedzialności
14	Świadczenie ubezpieczeniowe
15	Zasady składania reklamacji
16	Postanowienia końcowe
	KLAUZULE
17	KLAUZULA ZK1. Trwała i całkowita niezdolność ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku
18	KLAUZULA ZK2. Trwała i całkowita niezdolność ubezpieczonego do pracy w następstwie choroby
19	KLAUZULA ZK3. Poważne zachorowanie ubezpieczonego
21	KLAUZULA ZK7. Śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy rolniczej
22	KLAUZULA ZK8. Śmierć ubezpieczonego w następstwie choroby zakaźnej w rolnictwie
23	KLAUZULA ZK9. Utrata pracy

Wykaz postanowień umownych OWU Życie Komfort (kod: ŻKOM/OWU/23/11 zatwierdzone uchwałami Zarządu Ubezpieczyciela) – zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie sposobu sporządzania informacji zamieszczanych we wzorcach umów:

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej w OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	
Przedmiot Umowy ubezpieczenia	§ 6
Zdarzenie/wypadek ubezpieczeniowy	§ 7
Zakres ubezpieczenia (zdarzenie ubezpieczeniowe, świadczenie ubezpieczeniowe)	
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	
Wyłączenia w ochronie ubezpieczeniowej	§ 13
Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej	§ 12
Ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej	§ 8 ust. 6; § 10 ust. 4
Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia	§ 5
Zakres ubezpieczenia – maksymalny wiek ochrony	§ 7 pkt 1 i 2
Karencja	§ 14
Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpiezonego oraz konsekwencje ich niewykonania	§ 3 ust. 14, 15, 16; § 16
Suma ubezpieczenia	§ 8

Jeżeli Klient zdecydował się na rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o klauzule dodatkowe – niezbędne jest również zapoznanie się z zapisami warunków dotyczącymi klauzul dodatkowych w zależności od wybranego zakresu ubezpieczenia. Wybór klauzul dodatkowych oznacza, że Klienta obowiązują zapisy obu tabel (znajdującej się na stronie nr 3 i poniższej).

Oznaczenie klauzuli	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia
Klauzula ZK1 Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 1; § 2	§ 3
Klauzula ZK 2 Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie choroby	§ 1; § 2	§ 1 ust. 7; § 3
Klauzula ZK3 Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	§ 2; § 3; § 4	§ 2 ust. 1 i 2; § 4; § 5
Klauzula ZK7 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy rolniczej	§ 2; § 3	§ 2 ust. 2 i 3
Klauzula ZK8 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie choroby zakaźnej w rolnictwie	§ 2; § 3	nie dotyczy
Klauzula ZK9 Utrata pracy (Generali T.U. S.A.)	§ 1; § 2	§ 2 ust. 5, 7 i 8; § 4

POSTANOWIENIA OGÓLNE

Konstrukcja Umowy ubezpieczenia oraz przedmiot regulacji Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia, zwane dalej „OWU”, mają zastosowanie do umów indywidualnego ubezpieczenia na życie. Umowa ubezpieczenia zawierana jest pomiędzy Ubezpieczającym a Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna jako Ubezpieczycielem. Jeżeli Umowa ubezpieczenia obejmuje również ryzyko dodatkowe (klausulę) utraty pracy, Umowa ubezpieczenia jest zawierana jednocześnie z Generali Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, jako drugim Ubezpieczycielem, udzielającym ochrony ubezpieczeniowej w zakresie tego ryzyka.
2. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, stanowiących integralną część Umowy ubezpieczenia. W przypadku, gdy ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest również w zakresie określonym w § 7 ust. 5, do ochrony ubezpieczeniowej mają zastosowanie również postanowienia klauzul dodatkowych, stanowiące integralną część Umowy.
3. Za zgodą stron, do Umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU lub w klauzulach dodatkowych.
4. W przypadku sprzeczności postanowień, o których mowa w ust. 3, a także sprzeczności postanowień klauzul dodatkowych z OWU, przyjmuje się pierwszeństwo stosowania zapisów według następującej hierarchii:
 - 1) postanowienia zapisów dodatkowych lub zapisów odmiennych od OWU/ klauzul dodatkowych;
 - 2) postanowienia klauzul dodatkowych;
 - 3) postanowienia OWU.

Definicje

§ 2

Terminom użytym w Umowie indywidualnego ubezpieczenia Życie Komfort nadaje się znaczenia jak poniżej:

- 1) **aktualne zobowiązanie** – pojęcie mające zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych w związku z zabezpieczeniem umowy zadłużeniowej, dla celów ustalania wysokości należnego świadczenia w ramach Umowy ubezpieczenia (w ramach umów ubezpieczenia zawieranych na kredytową sumę ubezpieczenia) bądź świadczenia przypadającego Uposażonemu Kredytodawcy (w ramach umów ubezpieczenia zawieranych na stałą sumę ubezpieczenia). Aktualne zobowiązanie obejmuje kwotę kapitału faktycznie pozostałego do spłaty na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Świadczenie nie obejmuje zaległych rat kapitałowych bądź odsetkowych (poza jedną zaległą ratą odsetkową, jeśli zaległość w jej spłacie nie jest dłuższa niż 30 dni przed zajęciem zdarzenia ubezpieczeniowego), odsetek dodatkowych związanych z zaległościami w spłacie, kar umownych, dodatkowych opłat manipulacyjnych ani kosztów związanych z zawarciem czy obsługą umowy zadłużeniowej;
- 2) **amatorskie uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, która nie jest zawodowym uprawianiem sportu w rozumieniu § 2 pkt 31 niniejszych warunków. Amatorskie uprawianie sportu w szczególności obejmuje działania, które nie są połączone z jakimkolwiek czerpaniem dochodu, polegające na treningach w określonej dyscyplinie sportu, przy możliwym udziale w amatorskich rozgrywkach sportowych, imprezach sportowych, bez przynależności do klubów sportowych (w tym uczelnianych), związków i innych organizacji zrzeszających osoby uprawiające sport, chyba że organizacje te zrzeszają wyłącznie amatorów lub miłośników;
- 3) **choroba** – istniejące, niezależnie od woli Ubezpieczonego, zaburzenia funkcjonalności organów ciała; stan, który zgodnie z wiedzą medyczną, wymaga leczenia, rehabilitacji, diagnostyki, stan anormalny w funkcjonowaniu organizmu Ubezpieczonego, co do którego lekarz może postawić diagnozę. Za chorobę nie uznaje się jakichkolwiek następstw nieszczęśliwych wypadków;
- 4) **choroba przewlekła** – rodzaj choroby lub inwalidztwo trwające w sposób ciągły albo dające nawroty i wymagające długoterminowej opieki lekarskiej i/lub pielęgnarskiej. Przykładem chorób przewlekłych, zgodnie z powyższą definicją, są: astma oskrzelowa, mózgowie porażenie dziecięce, cukrzyca, przewlekła białaczka, padaczka, przewlekła niewydolność nerek;
- 5) **choroba psychiczna** – choroba oznaczona w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10) jako zaburzenie zachowania lub zaburzenie psychiczne w kodach od F00 do F99;
- 6) **choroba tropikalna** – choroba powstająca przez organizmy patogenne, których występowanie jest charakterystyczne dla stref równikowych i podzwrotnikowych;
- 7) **dokument ubezpieczenia** – dokument stanowiący potwierdzenie zawarcia Umowy ubezpieczenia. Dokumentem potwierdzającym zawarcie Umowy ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 10 ust. 4 (tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa), jest wniosek z potwierdzeniem wpływu tego wniosku przez osobę uprawnioną do zawierania umów w imieniu Ubezpieczyciela. Dokumentem potwierdzającym zawarcie Umowy ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 10 ust. 5 (pełna ochrona ubezpieczeniowa), jest polisa;
- 8) **karencja** – okres liczony od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, w którym, jeśli wystąpi zdarzenie obejmowane ochroną, Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności w ramach danego ryzyka. Karencja podawana jest w dniach;
- 9) **klauzula** lub **klauzula dodatkowa** – zapisy dodatkowe ponad zapisy OWU, stanowiące integralną część Umowy ubezpieczenia, w której zdefiniowany jest zakres ochrony ubezpieczeniowej i zasady określające odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach ryzyka dodatkowego, o którym mowa w § 7 ust. 5 OWU;
- 10) **Kredytobiorca** – Ubezpieczony, osoba fizyczna z zastrzeżeniem § 3 ust. 8, będąca stroną umowy zadłużeniowej zawartej z Kredytodawcą. W ramach niniejszych OWU, przez Kredytobiorcę rozumie się w szczególności Kredytobiorcę w przypadku umów zadłużeniowych (kredytu), leasingobiorcę (korzystającego) w przypadku umów zadłużeniowych (leasingu) oraz pożyczkobiorcę w przypadku umów zadłużeniowych (pożyczki);
- 11) **Kredytodawca** – przedsiębiorca w rozumieniu ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny, który w zakresie swojej działalności gospodarczej lub zawodowej zawiera z Kredytobiorcą umowę zadłużeniową. W ramach niniejszych OWU, przez Kredytodawcę rozumie się w szczególności bank, spółdzielczą kasę oszczędnościowo-rozliczeniową, fundusz leasingowy (umowa zadłużeniowa – umowa leasingu), przedsiębiorcę udzielającego pożyczek (umowa zadłużeniowa – umowa pożyczki) oraz przedsiębiorcę sprzedającego usługi / produkty z ratalnym sposobem zapłaty;
- 12) **kredytowa suma ubezpieczenia** – suma ubezpieczenia, która może mieć zastosowanie wyłącznie dla umów ubezpieczenia zawieranych w związku z zabezpieczeniem umów zadłużeniowych. W odniesieniu do umów ubezpieczenia zawartych na kredytową sumę ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie główne w wysokości aktualnego zobowiązania;

- 13) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe i nieoczekiwane zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, działającą niezależnie od woli Ubezpieczonego, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną doznania przez Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną, w wyniku którego doznał on trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł. Za nieszczęśliwy wypadek nie uznaje się chorób, nawet występujących nagle (w szczególności zawału serca lub udaru mózgu) ani przeciążenia lub nadwyrężenia organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych;
- 14) **stała suma ubezpieczenia** – suma ubezpieczenia, która może mieć zastosowanie zarówno dla umów ubezpieczenia zawieranych w związku z zabezpieczeniem umów zadłużeniowych, jak i niezwiązanych z zabezpieczeniem umowy zadłużeniowej. W odniesieniu do umów ubezpieczenia zawartych na stałą sumę ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie główne w wysokości sumy ubezpieczenia;
- 15) **stan nietrzeźwości** – stan powstały w wyniku konsumpcji alkoholu, którego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,5‰ lub do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg w 1 dm³;
- 16) **suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela w ramach ryzyka objętego ochroną ubezpieczeniową. Suma ubezpieczenia może mieć charakter stałej sumy ubezpieczenia bądź kredytowej sumy ubezpieczenia;
- 17) **świadczenie główne** – świadczenie wypłacane przez Ubezpieczyciela w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego, wypłacane na zasadach określonych w § 7 ust. 2;
- 18) **świadczenie dodatkowe** – świadczenie wypłacane przez Ubezpieczyciela z Umowy ubezpieczenia w przypadku rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej o klauzule (ryzyka) dodatkowe, wypłacane na zasadach określonych w postanowieniach poszczególnych klauzul dodatkowych;
- 19) **trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – za trwałą i całkowitą niezdolność do pracy przyjmuje się całkowitą utratę przez Ubezpieczonego zdolności do dalszego wykonywania jakiejkolwiek pracy zawodowej lub innej działalności zarobkowej na nieprzerwany okres co najmniej 5 lat;
- 20) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawiera Umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacania składek;
- 21) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarto Umowę ubezpieczenia;
- 22) **Ubezpieczyciel** – w zakresie ubezpieczenia na życie oraz wszystkich pozostałych ryzyk dodatkowych, poza ryzykiem ubezpieczenia od utraty pracy, Ubezpieczycielem jest Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Senatorskiej 18. W zakresie ubezpieczenia ryzyka dodatkowego – utraty pracy – Ubezpieczycielem jest Generali Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Senatorskiej 18;
- 23) **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;
- 24) **umowa zadłużeniowa** – umowa zawarta pomiędzy Kredytobiorcą a Kredytodawcą, na podstawie której Kredytodawca obliguje się do udostępnienia środków finansowych Kredytobiorcy, a Kredytobiorca do spłaty zadłużenia zgodnie z warunkami tej umowy. Pojęcie umowy zadłużeniowej obejmuje zarówno kredyt konsumencki, hipoteczny, limit w rachunku, zadłużenie na karcie kredytowej, jak i wszelkiego rodzaju kredyty i pożyczki bez względu na sposób spłaty zadłużenia (cykliczny lub na koniec okresu obowiązywania umowy zadłużeniowej), a także umowę leasingu;
- 25) **Uposażony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego – to jest Uposażony Główny, Uposażony Kredytodawca lub Uposażony Zastępczy;
- 26) **Uposażony Główny** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
- 27) **Uposażony Kredytodawca** – w przypadku umów ubezpieczenia zawieranych jako zabezpieczenie umowy zadłużeniowej – będący stroną takiej Umowy Kredytodawca uprawniony do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego (za wyjątkiem świadczeń wypłacanych w ramach ryzyk dodatkowych, obejmowanych ochroną na podstawie klauzul dodatkowych) w kwocie aktualnego zobowiązania, na zasadzie pierwszeństwa przed pozostałymi Uposażonymi;
- 28) **Uposażony Zastępczy** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego, w przypadku gdy Uposażony Główny nie żyje bądź nie istnieje;
- 29) **Uprawniony** – Ubezpieczony, Uposażony lub inna osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia;
- 30) **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 żywnotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych;
 - d) obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionej badaniem angiograficznym lub w autopsji;
- 31) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej polegająca na regularnych treningach pod warunkiem, że spełnia przynajmniej dwa z poniższych warunków:

- a) treningi odbywają się częściej niż 2 razy w tygodniu;
 - b) jest połączona z czerpaniem dochodu;
 - c) łączy się z udziałem w zawodach, igrzyskach, obozach kondycyjnych, imprezach sportowych organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy;
 - d) łączy się z przynależnością do klubów sportowych, związków i innych organizacji zrzeszających osoby uprawiające sport z wyłączeniem organizacji, które zrzeszają wyłącznie amatorów lub miłośników sportu.
- 32) **zdarzenie ubezpieczeniowe lub zdarzenie** – sytuacja, której wystąpienie powoduje odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Zawarcie Umowy ubezpieczenia

§ 3

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony, nie krótszy niż 1 miesiąc.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest w formie indywidualnej. Oznacza to, że w ramach jednej Umowy ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową może być objęty jeden Ubezpieczony.
3. Ochrona ubezpieczeniowa może zostać udzielona w zakresie określonym w § 7 ust. 1 (zakres podstawowy) oraz § 7 ust. 5 (ryzyka dodatkowe). Bez względu na wybrany zakres ochrony ubezpieczeniowej, jest ona udzielana na podstawie jednej Umowy ubezpieczenia, także w przypadku, gdy Umowa ubezpieczenia obejmuje również ryzyko dodatkowe (klausulę) utraty pracy (w takiej sytuacji Umowa ubezpieczenia jest zawierana łącznie z dwoma Ubezpieczycielami – to jest Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna oraz Generali Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna). Oznacza to, że nie jest możliwe częściowe wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia odnoszące się wyłącznie do ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ryzyk dodatkowych (klausul).
4. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na rachunek osoby, która w dniu jej zawarcia ukończyła 18 rok życia a nie ukończyła:
 - 1) wieku obliczanego jako 85 lat minus okres, na który została zawarta umowa zadłużeniowa – w przypadku, gdy Umowa ubezpieczenia jest zawierana w związku z zabezpieczeniem umowy zadłużeniowej;
 - 2) 65 roku życia – w przypadku, gdy Umowa ubezpieczenia nie jest zawierana w związku z zabezpieczeniem umowy zadłużeniowej.
5. Umowa ubezpieczenia nie może trwać dłużej niż do ostatniego dnia miesiąca (włącznie), w którym Ubezpieczony ukończył 85 rok życia.
6. Ubezpieczyciel obejmuje ochroną osobę wskazaną jako Ubezpieczony.
7. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia oznacza, że ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem, w którym następuje rozwiązanie Umowy ubezpieczenia.
8. Umowa ubezpieczenia może być zawierana w związku z umową zadłużeniową zawieraną przez Kredytobiorcę, w celu zabezpieczenia interesów prawnych Kredytodawcy i Kredytobiorcy, na wypadek zajścia w życiu osoby Ubezpieczonej zdarzeń objętych zakresem ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy ubezpieczenia, przy czym:
 - 1) gdy Kredytobiorcą jest osoba fizyczna – Ubezpieczonym, na podstawie Umowy ubezpieczenia, może zostać ta osoba;
 - 2) gdy Kredytobiorcą jest spółka prawa handlowego bądź inna jednostka organizacyjna (posiadająca lub nieposiadająca osobowości prawnej) prowadząca działalność gospodarczą – Ubezpieczonym, na podstawie Umowy ubezpieczenia, może zostać osoba fizyczna, pozostająca w stałym stosunku prawnym (umowa o pracę, powołanie, umowa o stałej współpracy) z Kredytobiorcą: Wspólnik lub Partner spółki osobowej prawa handlowego, Prezes lub Członek Zarządu, Pełnomocnik Zarządu, Prokurent, Dyrektor Zarządzający, Dyrektor Finansowy oraz Główny Księgowy.
9. Jeżeli podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w ust. 8, Ubezpieczony przestanie spełniać warunki objęcia ochroną ubezpieczeniową w rozumieniu zapisów ust. 8 pkt 2, Ubezpieczający zobowiązany jest poinformować o tym fakcie Ubezpieczyciela lub Kredytodawcę.
10. W przypadku opisanym w ust. 9 Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu ze skutkiem na dzień, w którym Ubezpieczony przestał spełniać warunki objęcia ochroną ubezpieczeniową w rozumieniu zapisów ust. 8 pkt 2, a Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia zgodnie z postanowieniami § 5 ust. 3.
11. W przypadku, gdy Umowa ubezpieczenia jest powiązana z umową zadłużeniową, część bądź całość świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego (za wyjątkiem świadczeń wypłacanych w ramach ryzyk dodatkowych, obejmowanych ochroną na podstawie klauzul dodatkowych) wypłacana jest w pierwszym rzędzie Kredytodawcy, na zasadach określonych w § 15 ust. 5.
12. W przypadku, gdy Umowa ubezpieczenia nie jest powiązana z umową zadłużeniową, nie jest możliwe zawarcie jej przez inną osobę niż osoba fizyczna.
13. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w związku z zabezpieczeniem umowy zadłużeniowej, dokument ubezpieczenia określa umowę zadłużeniową, w związku z którą zawierana jest Umowa ubezpieczenia.
14. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta przez Ubezpieczającego na rachunek własny bądź na cudzy rachunek. Niniejsze OWU określają, jakie obowiązki związane z Umową ubezpieczenia spoczywają na Ubezpieczającym, a jakie na Ubezpieczonym.
15. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązkiem Ubezpieczającego jest:
 - 1) doręczenie Ubezpieczonemu OWU. Obowiązek ten powinien zostać wykonany przez Ubezpieczającego przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na zawarcie Umowy ubezpieczenia lub przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na finansowanie składki ubezpieczeniowej, jeżeli Ubezpieczający ustalił z Ubezpieczonym, że składka ma być finansowana przez Ubezpieczonego. Jeśli Ubezpieczony zgłosi Ubezpieczycielowi takie żądanie, OWU zostaną przekazane Ubezpieczonemu również bezpośrednio przez Ubezpieczyciela, co jednak nie uchybia obowiązkowi Ubezpieczającego wskazanemu w zdaniu poprzednim;
 - 2) przekazywanie niezwłocznie Ubezpieczonym skierowanej do nich i związanej z Umową ubezpieczenia korespondencji otrzymanej od Ubezpieczyciela; korespondencję uważa się za przekazaną Ubezpieczonemu z dniem przekazania przez Ubezpieczającego;
 - 3) przekazywanie Ubezpieczycielowi korespondencji składanej przez Ubezpieczonych do Ubezpieczyciela; oświadczenia bądź korespondencję Ubezpieczonych uważa się za przekazane Ubezpieczycielowi dopiero z dniem ich otrzymania przez Ubezpieczyciela.
16. Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczyciela odpowiedzialność za szkodę poniesioną przez Ubezpieczyciela na skutek uchybienia przez Ubezpieczającego obowiązkom wskazanym w ust. 15 pkt 1 – jeśli na skutek tego uchybienia Ubezpieczyciel był zmuszony do wypłaty z Umowy ubezpieczenia świadczenia wyższego niż świadczenie, które zostałoby wypłacone, gdyby takie uchybienie nie miało miejsca.
17. W przypadku gdy umowę zawarto na cudzy rachunek, w razie śmierci Ubezpieczającego, Ubezpieczony może wstąpić za zgodą Ubezpieczyciela w prawa i obowiązki Ubezpieczającego, jeżeli złoży Ubezpieczycielowi wniosek w tej sprawie w ciągu 3 miesięcy od dnia śmierci Ubezpieczającego. Obowiązki Umowy ubezpieczenia (oraz udzielanie ochrony ubezpieczeniowej) zostaje zawieszane na okres od dnia śmierci Ubezpieczającego do dnia wyrażenia przez Ubezpieczyciela zgody na wstąpienie Ubezpieczonego w prawa i obowiązki Ubezpieczającego. Ubezpieczycielowi nie należy się składka za okres zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej.

18. Najpóźniej na 30 dni przed zakończeniem okresu ubezpieczenia Ubezpieczyciel może zaproponować Ubezpieczającemu przedłużenie Umowy ubezpieczenia wraz ze wskazaniem zakresu i sumy ubezpieczenia oraz nowej wysokości składki za dodatkowy okres ubezpieczenia. Opłacenie składki we wskazanej wysokości jest równoznaczne z akceptacją przedłużenia Umowy ubezpieczenia.

Wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia

§ 4

- Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia (wniosku) złożonego na formularzu Ubezpieczyciela. Integralną częścią wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
- Ocena ryzyka dokonywana jest na podstawie informacji o wieku Ubezpieczonego, jego stanie zdrowia oraz czynnikach wpływających na jego stan zdrowia, zawodu wykonywanego przez Ubezpieczonego, zakresu ubezpieczenia oraz rodzaju i wysokości sumy ubezpieczenia.
- Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dołącza się dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do dokonania oceny ryzyka i zawarcia Umowy ubezpieczenia.
- Jeżeli wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia zostanie wypełniony w sposób nieprawidłowy, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia braków ze wskazaniem terminu uzupełnienia.
- Jeżeli Ubezpieczający nie uzupełni wniosku lub nie wypełni nowego w terminie, o którym mowa w ust. 4, Umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta, a składka pobrana przez Ubezpieczyciela będzie w całości zwrócona Ubezpieczającemu.
- Ubezpieczyciel ma prawo odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia lub zawrzeć ją na warunkach odmiennych od określonych we wniosku. W tym ostatnim przypadku zastosowanie ma przepis art. 811 Kodeksu cywilnego.
- Ubezpieczający oraz Ubezpieczony są zobowiązani podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane im okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał przed zawarciem Umowy ubezpieczenia w stosowanych przez siebie formularzach bądź innych pismach.
- W przypadku uchybienia obowiązkom, o którym mowa w ust. 7, jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło w okresie pierwszych trzech lat od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia, jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe jest następstwem okoliczności niepodanych do wiadomości Ubezpieczyciela bądź podanych niezgodnie z prawdą.
- Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- Umowę ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 10 ust. 4 (tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa), uważa się za zawartą z dniem złożenia przez Ubezpieczającego wniosku ubezpieczeniowego. Umowę ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 10 ust. 5 (pełna ochrona ubezpieczeniowa), uważa się za zawartą z chwilą wystawienia przez Ubezpieczyciela dokumentu ubezpieczenia, a w razie wątpliwości – z chwilą doręczenia tego dokumentu ubezpieczenia Ubezpieczającemu.
- Dokumentem potwierdzającym zawarcie Umowy ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 10 ust. 4 (tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa), jest wniosek z potwierdzeniem wpływu tego wniosku przez osobę uprawnioną do zawierania umów w imieniu Ubezpieczyciela. Dokumentem potwierdzającym zawarcie Umowy ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 10 ust. 5 (pełna ochrona ubezpieczeniowa), jest polisa. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta w oparciu o postanowienia dokumentu ubezpieczenia, a także niniejszych OWU wraz ze wszystkimi klauzulami, postanowieniami odmiennymi lub dodatkowymi. W przypadku, gdy ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również ryzyko ubezpieczenia od utraty pracy, zawarcie Umowy ubezpieczenia zostanie potwierdzone dwiema polisami – jedną wystawioną przez Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, drugą – przez Generali Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna.

Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia

§ 5

- Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu wskutek:
 - odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia – z dniem odstąpienia,
 - wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia – z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia,
 - śmierci Ubezpieczonego – z dniem śmierci,
 - nieopłacenia przez Ubezpieczającego składki – w dniu wskazanym na wezwaniu do zapłaty, zgodnie z § 9 ust. 13,
 - upływu okresu ubezpieczenia – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia,
 - dożycia przez Ubezpieczonego 85 roku życia – w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 85 rok życia,
 - wygaśnięcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej – jeżeli Ubezpieczyciel jednocześnie nie potwierdził swojej pełnej odpowiedzialności zgodnie z postanowieniami § 10 ust. 5 – z dniem wygaśnięcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej,
 - w przypadku umów ubezpieczenia zawartych na kredytową sumę ubezpieczenia – wygaśnięcia roszczeń Kredytodawcy wobec Kredytobiorcy z umowy zadłużeniowej, której dotyczy ochrona ubezpieczeniowa – z dniem wygaśnięcia tych roszczeń.
 - śmierci Ubezpieczającego w Umowie zawartej na cudzy rachunek, jeżeli Ubezpieczony za zgodą Ubezpieczyciela nie wstąpił w prawa i obowiązki Ubezpieczającego, zgodnie z postanowieniami § 3 ust. 17 – z dniem śmierci Ubezpieczającego.
- Umowa ubezpieczenia może zostać wypowiedziana przez Ubezpieczającego w każdym czasie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia liczonego od dnia doręczenia wypowiedzenia Ubezpieczycielowi.
- W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, przypadający od dnia rozwiązania Umowy ubezpieczenia. Składkę należną do zwrotu oblicza się proporcjonalnie do okresu niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Zwrot składki nie przysługuje w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego (całkowite wykorzystanie ochrony ubezpieczeniowej).

WARUNKI ODPOWIEDZIALNOŚCI

Przedmiot Umowy ubezpieczenia

§ 6

- Przedmiotem Umowy ubezpieczenia jest życie albo życie i zdrowie Ubezpieczonego.

2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie Uprawnionemu świadczenia określonego w Umowie ubezpieczenia. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za zdarzenia zaistniałe w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Zakres ubezpieczenia

§ 7

1. Umowa ubezpieczenia w zakresie podstawowym obejmuje ryzyko śmierci Ubezpieczonego.
2. Z tytułu śmierci Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie główne w wysokości:
 - 1) sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia – w przypadku Umowy ubezpieczenia zawieranej na stałą sumę ubezpieczenia;
 - 2) aktualnego zobowiązania, ale nie więcej niż suma ubezpieczenia – w przypadku Umowy ubezpieczenia zawieranej na kredytową sumę ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Po ukończeniu przez Ubezpieczonego 70 roku życia dla umów ubezpieczenia zawieranych na sumę ubezpieczenia wynoszącą maksymalnie 100 000 zł lub 75 roku życia dla umów ubezpieczenia zawieranych na sumę ubezpieczenia wynoszącą co najmniej 100 001 zł, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nie była następstwem nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci:
 - 1) w przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na stałą sumę ubezpieczenia – świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie i nie więcej niż 5 000 zł;
 - 2) w przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na kredytową sumę ubezpieczenia – świadczenie w wysokości aktualnego zobowiązania, ale nie więcej niż 10% sumy ubezpieczenia i nie więcej niż 5 000 zł.
4. Po ukończeniu przez Ubezpieczonego 70 roku życia dla umów ubezpieczenia zawieranych na sumę ubezpieczenia wynoszącą maksymalnie 100 000 zł lub 75 roku życia dla umów ubezpieczenia zawieranych na sumę ubezpieczenia wynoszącą co najmniej 100 001 zł, jeżeli śmierć Ubezpieczonego była następstwem nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości ustalonej zgodnie z ust. 2.
5. Za zgodą Ubezpieczyciela, na wniosek Ubezpieczającego, Umowa ubezpieczenia może obejmować ryzyka dodatkowe, będące w ofercie Ubezpieczyciela, w ramach których wypłacane bądź spełniane są świadczenia dodatkowe. Zasady wypłaty oraz wysokość świadczeń dodatkowych zostały określone w zapisach poszczególnych klauzul dodatkowych oraz w dokumencie ubezpieczenia.
6. Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe uprawnia do więcej niż jednego rodzaju świadczenia ubezpieczeniowego należnego na podstawie niniejszych OWU lub klauzul dodatkowych, świadczenia te wypłaca się niezależnie od siebie (podlegają one sumowaniu), chyba że z zapisów poszczególnych klauzul wynika inaczej.
7. Zakres Umowy ubezpieczenia potwierdzany jest w dokumencie ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia

§ 8

1. W odniesieniu do ryzyka śmierci Ubezpieczonego obowiązuje kredytowa suma ubezpieczenia albo stała suma ubezpieczenia, w zależności od wyboru dokonanego przez Ubezpieczającego w chwili zawierania Umowy ubezpieczenia.
2. Jeżeli Umowa ubezpieczenia nie jest zawierana w związku z zabezpieczeniem umowy zadłużeniowej, może zostać zawarta wyłącznie na stałą sumę ubezpieczenia. W takim przypadku wysokość sumy ubezpieczenia ustalana jest pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym.
3. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w związku z zabezpieczeniem umowy zadłużeniowej, może zostać zawarta na stałą lub kredytową sumę ubezpieczenia, przy czym:
 - 1) w przypadku umów zadłużeniowych w postaci wszelkiego rodzaju pożyczek lub kredytów z obowiązkiem spłaty kapitału na koniec okresu obowiązywania umowy zadłużeniowej – wysokość sumy ubezpieczenia powinna odpowiadać kwocie kapitału pozostałego do spłaty;
 - 2) w przypadku umów zadłużeniowych związanych z limitem zadłużeniowym w ramach rachunku z limitem zadłużenia lub w ramach karty kredytowej – wysokość sumy ubezpieczenia powinna odpowiadać kwocie maksymalnego limitu zadłużenia;
 - 3) w przypadku umów zadłużeniowych, w ramach których spłata kapitału następuje ratalnie (malejąca kwota aktualnego zobowiązania w trakcie trwania umowy zadłużeniowej) – wysokość sumy ubezpieczenia powinna odpowiadać kwocie obliczanej na podstawie początkowego harmonogramu spłaty zadłużenia wynikającego z umowy zadłużeniowej i obejmuje sumę rat kapitałowych pozostających do spłaty zgodnie z tym harmonogramem.
4. W odniesieniu do Umowy ubezpieczenia stanowiącej zabezpieczenie umów zadłużeniowych, w ramach których spłata kapitału następuje ratalnie (malejąca kwota aktualnego zobowiązania w trakcie trwania umowy zadłużeniowej), kredytowa suma ubezpieczenia ma charakter zmienny (malejący) w okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia. Kredytowa suma ubezpieczenia jest w danym momencie równa aktualnej na dzień śmierci Ubezpieczonego kwocie obliczanej na podstawie początkowego harmonogramu spłaty zadłużenia wynikającego z umowy zadłużeniowej i obejmuje sumę rat kapitałowych pozostających do spłaty w danym momencie zgodnie z tym harmonogramem oraz jedną zaległą ratę odsetkową – jeśli taka występuje, a zaległość w jej spłacie jest nie dłuższa niż 30 dni przed dniem śmierci Ubezpieczonego. Postanowienia ust. 6 stosuje się odpowiednio.
5. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w związku z zabezpieczeniem umowy zadłużeniowej:
 - 1) wysokość sumy ubezpieczenia na dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia ustalana jest na podstawie kwot, o których mowa w ust. 3, aktualnych na dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia (bez względu na moment zawarcia umowy zadłużeniowej);
 - 2) przy ustalaniu wysokości sumy ubezpieczenia nie uwzględnia się żadnych zaległych rat kapitałowych bądź odsetkowych, jakichkolwiek odsetek dodatkowych związanych z zaległościami w spłacie, kar umownych, dodatkowych opłat manipulacyjnych ani kosztów związanych z zawarciem czy obsługą umowy zadłużeniowej.
6. W odniesieniu do Umowy ubezpieczenia stanowiącej zabezpieczenie umowy zadłużeniowej, jeżeli Umowa ubezpieczenia została zawarta na kredytową sumę ubezpieczenia niższą niż wysokość sumy ubezpieczenia, określona zgodnie z postanowieniami ust. 3 pkt 1-3, wysokość aktualnego zobowiązania stanowiącego podstawę do wyliczenia wysokości świadczenia umniejsza się w takiej proporcji, w jakiej obowiązująca na dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia suma ubezpieczenia pozostawała do sumy ubezpieczenia, która powinna być zostać przyjęta zgodnie z zasadami określonymi w ust. 3.
7. Wysokość sumy ubezpieczenia na dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia określona jest w dokumencie ubezpieczenia.
8. Rodzaj sumy ubezpieczenia dla ryzyk dodatkowych objętych zakresem ubezpieczenia na podstawie klauzul dodatkowych, jest zgodny z wyborem odpowiedniej sumy ubezpieczenia – kredytowej bądź stałej dla klauzuli śmierci Ubezpieczonego.
9. Suma ubezpieczenia stanowi podstawę ustalania wysokości składki ubezpieczeniowej i stanowi limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do wypłacanego w ramach Umowy ubezpieczenia świadczenia głównego.

10. W przypadku gdy umowa zadłużeniowa, w związku z zabezpieczeniem której zawierana jest Umowa ubezpieczenia, obejmuje zadłużenie w walucie obcej, podstawą do obliczenia sumy ubezpieczenia/aktualnego zobowiązania są kwoty w złotych polskich obliczone według kursu sprzedaży danej waluty, ogłoszonego w pierwszej tabeli kursów Kredytodawcy, obowiązującego na dzień ustalania sumy ubezpieczenia (na użytek ustalania sumy ubezpieczenia) bądź na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego (na użytek ustalania kwoty świadczenia). W przypadku gdy Kredytodawca nie opracowuje tabeli kursów, stosuje się średni kurs wyceny danej waluty dokonany na mocy prawa przez powołaną do tego instytucję państwową.
11. W odniesieniu do Umowy ubezpieczenia zawieranej w związku z zabezpieczeniem umowy zadłużeniowej, jeżeli taka Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres dłuższy niż rok, a składka opłacana jest z częstotliwością inną niż jednorazowa – na wniosek Ubezpieczającego, złożony w terminie przynajmniej 30 dni przed upływem rocznicy obowiązywania Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel obniży sumę ubezpieczenia. Obniżenie sumy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie do kwoty nie niższej niż wysokość aktualnego zobowiązania Ubezpieczonego w ramach umowy zadłużeniowej liczona na dzień, w którym przypada rocznica Umowy ubezpieczenia i tylko w sytuacji, gdy aktualne zobowiązanie jest niższe niż wynikałoby to z aktualnego harmonogramu spłaty zadłużenia zgodnego z umową zadłużeniową. Możliwość obniżenia sumy ubezpieczenia w tym trybie w odniesieniu do Umowy ubezpieczenia zawieranej w związku z zabezpieczeniem umów zadłużeniowych związanych z limitem zadłużeniowym w ramach rachunku bankowego lub w ramach karty kredytowej, ma zastosowanie tylko w przypadku obniżenia przez Kredytodawcę maksymalnego dopuszczalnego limitu zadłużenia.
12. W odniesieniu do Umowy ubezpieczenia zawieranej w związku z zabezpieczeniem umowy zadłużeniowej, jeżeli taka Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres dłuższy niż rok, a składka opłacana jest z częstotliwością inną niż jednorazowa – na wniosek Ubezpieczającego, złożony w terminie przynajmniej 30 dni przed upływem rocznicy obowiązywania Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel podwyższy sumę ubezpieczenia, jednak do kwoty nie wyższej niż wysokość aktualnego zobowiązania liczona na dzień, w którym przypada rocznica Umowy ubezpieczenia i tylko w sytuacji, gdy aktualne zobowiązanie jest wyższe niż wynikałoby to z aktualnego harmonogramu spłaty zadłużenia zgodnego z umową zadłużeniową. Jednocześnie suma ubezpieczenia nie może zostać zwiększona o więcej niż 20% aktualnej sumy ubezpieczenia.
13. Obniżenie bądź podwyższenie sumy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 11 i 12, odpowiednio obniża lub podwyższa składkę za okres po dokonaniu obniżenia lub podwyższenia sumy ubezpieczenia.

Składka

§ 9

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki z tytułu udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
2. Składkę oblicza się za cały okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela na podstawie obowiązującej taryfy w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia i po dokonaniu oceny ryzyka. Wysokość składki pobieranej za okres ubezpieczenia zależy od wysokości sumy ubezpieczenia oraz uwzględnia zmiany zakresu ryzyka ubezpieczeniowego w czasie trwania okresu ubezpieczenia.
3. Wysokość składki zależy również od zakresu ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składki, okresu karencji, wieku, do którego udzielana jest Ubezpieczonemu ochrona w ramach klauzul dodatkowych, wieku i zawodu Ubezpieczonego, jego stanu zdrowia oraz czynników, które mogą mieć wpływ na jego stan zdrowia.
4. Wysokość i częstotliwość opłacania składki określona jest w dokumencie ubezpieczenia.
5. Składka uważana jest za zapłaconą w dniu, w którym kwota składki wpłynęła na podany przez Ubezpieczyciela numer rachunku bankowego.
6. Składka opłacana jest jednorazowo, z góry, za czas udzielania ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. W zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel może dopuszczać możliwość regulowania należnej składki w formie składki regularnej z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną lub miesięczną. Postanowienia dotyczące składki jednorazowej mają odpowiednie zastosowanie do składki płatnej regularnie.
8. W przypadku osób, których stan zdrowia lub inne czynniki mające wpływ na ryzyko nie wymagają dodatkowej oceny ryzyka przez Ubezpieczyciela, składka jednorazowa albo pierwsza składka regularna powinna być zapłacona przez Ubezpieczającego w dniu wskazanym w dokumencie ubezpieczenia.
9. W przypadku osób, których stan zdrowia lub inne czynniki mające wpływ na ryzyko wymagają dodatkowej oceny ryzyka dokonywanej przez Ubezpieczyciela, składka jednorazowa albo pierwsza składka regularna powinna być zapłacona przez Ubezpieczającego niezwłocznie po dniu złożenia przez Ubezpieczającego wniosku ubezpieczeniowego, w wysokości podanej przez Ubezpieczyciela. Ostateczna wysokość składki może zostać ustalona po dokonaniu oceny ryzyka przez Ubezpieczyciela – w takim wypadku składka ulega odpowiedniemu rozliczeniu. Jeżeli Ubezpieczyciel po dokonaniu oceny ryzyka odmówi zawarcia Umowy ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 10 ust. 5 (pełna ochrona ubezpieczeniowa), środki wpłacone na poczet składki są zwracane bez dokonywania jakichkolwiek potrąceń.
10. Niezapłacenie składki jednorazowej albo pierwszej składki regularnej powoduje, że Umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta, a Ubezpieczony nie będzie objęty ochroną ubezpieczeniową, chyba że Ubezpieczyciel wyznaczył termin jej płatności przypadający w okresie udzielania ochrony.
11. Następne składki regularne powinny być opłacane najpóźniej w terminach określonych w dokumencie ubezpieczenia.
12. Wpłacone kwoty pieniężne zaliczane są w pierwszej kolejności na poczet składki najwcześniej wymaganej.
13. W przypadku niezapłacenia kolejnej składki regularnej, a jeśli Ubezpieczyciel wyznaczył termin płatności składki przypadający w okresie udzielania ochrony – również w przypadku nieopłacenia składki jednorazowej albo pierwszej składki regularnej, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do jej opłacania wskazując dodatkowy, przynajmniej 7-dniowy, termin do jej uregulowania. W przypadku niezapłacenia zaległej składki w dodatkowym terminie, Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem wskazanym przez Ubezpieczyciela jako ostateczny termin jej opłacenia.

Tryb udzielania ochrony

§ 10

1. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest 24 godziny na dobę, na terenie całego świata, z zastrzeżeniem ust. 2, 3, 4 i 5.
2. Ochrona w przypadku klauzul (ryzyk) udzielana jest zgodnie z postanowieniami wskazanymi w niniejszych OWU oraz w treści klauzul.
3. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie Umowy ubezpieczenia w odniesieniu do danego Ubezpieczonego od dokonania oceny ryzyka. Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, czy zawarcie Umowy ubezpieczenia wymaga dodatkowej oceny ryzyka. W takim przypadku zastosowanie mają ust. od 4 do 6.
4. W przypadku określonym w ust. 3, ochrona ubezpieczeniowa udzielona Ubezpieczonemu ma charakter tymczasowy. Do tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej mają zastosowanie następujące postanowienia:

- 1) Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ograniczonej do śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa) wobec osób, których stan zdrowia lub inne czynniki mające wpływ na ryzyko wymagają dodatkowej oceny ryzyka przez Ubezpieczyciela.
- 2) Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się następnego dnia po złożeniu Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku ubezpieczeniowego, jednak nie wcześniej niż dzień po zapłaceniu pierwszej składki ubezpieczeniowej i trwa do dnia, w którym doszło do zawarcia Umowy (jednak nie dłużej niż 60 dni licząc od daty złożenia wniosku), w zakresie o którym mowa w ust. 5 (pełna ochrona ubezpieczeniowa) lub do dnia, w którym Ubezpieczyciel doręczył Ubezpieczającemu decyzję o odmowie zawarcia ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5.
- 3) Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa nie obowiązuje w przypadku, gdy przed śmiercią Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nie opłacono pierwszej składki.
- 4) W przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w czasie udzielania przez Ubezpieczyciela tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, nie wyższej jednak niż 30 000 zł, pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpi w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku. Suma ubezpieczenia, o której mowa powyżej, stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela ze wszystkich wniosków ubezpieczeniowych dotyczących Ubezpieczonego, a złożonych w trakcie udzielania ochrony tymczasowej.
5. Pełna ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana pod warunkiem potwierdzenia jej przez Ubezpieczyciela poprzez wystawienie polisy. Pełna ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanych w polisie jako początek okresu ubezpieczenia (ochrony ubezpieczeniowej). Jeśli nie wskazano godziny, przyjmuje się, że ochrona rozpoczęła się od godz. 00:00 wskazanego dnia.
6. Dodatkowa ocena ryzyka, o której mowa w ust. 3, dokonywana jest w sposób następujący:
 - 1) Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie Umowy ubezpieczenia od poddania się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim w zakresie uzasadnionym dokonaniem oceny ryzyka ubezpieczeniowego;
 - 2) Ubezpieczyciel uprawniony jest do otrzymania od Ubezpieczonego niezbędnych dokumentów medycznych, w tym wyników badań lekarskich i laboratoryjnych dotyczących oceny jego stanu zdrowia, jak również zasięgania informacji o jego stanie zdrowia w zakładach opieki zdrowotnej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu. Ubezpieczony zobowiązany jest przedstawić Ubezpieczycielowi listę tych zakładów opieki zdrowotnej.

Okres ochrony

§ 11

1. Z zastrzeżeniem § 12, ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w okresie ubezpieczenia. Okres ubezpieczenia wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa dotyczy wyłącznie zdarzeń, które miały miejsce w okresie ubezpieczenia.

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

§ 12

1. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka śmierci Ubezpieczonego oraz wszystkich ryzyk objętych ochroną, o których mowa w § 7 ust. 5, w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem, w którym Umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu, zgodnie z postanowieniami § 5 ust. 1.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyk obejmowanych ochroną w ramach klauzul, o których mowa w § 7 ust. 5, w stosunku do Ubezpieczonego wygasa również w dniu wskazanym w treści poszczególnych ryzyk (klauzul).

Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej

§ 13

1. W stosunku do ryzyka śmierci Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia, które powstały wskutek:
 - 1) próby samobójczej lub popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego (w okresie pierwszych dwóch lat od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia), usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 2) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 3) w związku ze skażeniem radioaktywnym bądź katastrofą nuklearną.
2. W stosunku do innych ryzyk (klauzul), w tym śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła podczas udzielania tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia powstałe na skutek okoliczności wskazanych w ust. 1 oraz za zdarzenia powstałe wskutek:
 - 1) zdarzeń spowodowanych umyślnie;
 - 2) poddania się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu;
 - 3) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bądź statku powietrznego lub wodnego bez wymaganych zezwoleń lub uprawnień;
 - 4) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 5) chorób zawodowych lub tropikalnych;
 - 6) zatrucia alkoholem, pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza;
 - 7) chorób wynikających ze spożywania lub używania substancji wskazanych w pkt 6 (np. marskość wątroby);
 - 8) zawodowego uprawiania przez Ubezpieczonego, który jest zarejestrowany w związku sportowym lub klubie sportowym, jakichkolwiek dyscyplin sportu, w tym udziału w zawodach, wyścigach, występach i treningach sportowych;
 - 9) uprawiania przez Ubezpieczonego następujących sportów (również w formie amatorskiej): wspinaczki, speleologii, sportów lotniczych, sportów motorowych i motorowodnych, sportów walki związanych z używaniem jakiegokolwiek rodzaju broni, skoków na gumowej linie, skoków do wody, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, narciarstwa ekstremalnego (skialpinizm, zjazdy ekstremalne, freestyle),

snowboardingu ekstremalnego (freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje snowboardowe), spływów sportowych (rafting, canyoning, hydrospeed, kajakerstwo górskie), parkour, buggy kiting, jazda ekstremalna na motocyklu, kolarstwo ekstremalne (tzw. freeride), off-road i rajdy przeprawowe;

- 10) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
- 11) nieszczęśliwego wypadku, zawału serca lub udaru mózgu, który miał miejsce przed zawarciem Umowy ubezpieczenia.
3. W przypadku Umowy ubezpieczenia stanowiącej zabezpieczenie umów zadłużeniowych, jeżeli Umowa ubezpieczenia została zawarta na kredytową sumę ubezpieczenia niższą niż wysokość sumy ubezpieczenia określona zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 3 pkt 1-3, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie proporcjonalnie zmniejszone na zasadach określonych w § 8 ust. 6.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela może ulec wyłączeniu lub ograniczeniu w przypadku uchybienia przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego obowiązkom wskazanym w § 4 ust. 7 i 8, na zasadach tam wskazanych.
5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest ograniczona bądź wyłączona w okresie karencji, na zasadach wskazanych w § 14.
6. W przypadku udzielania przez Ubezpieczyciela tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest ograniczony na zasadach wskazanych w § 10 ust. 4.
7. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienie fizyczne i moralne oraz strat materialnych związanych z wypadkiem z tytułu utraty, uszkodzenia lub zniszczenia rzeczy osobistych i wszelkiego mienia.
8. Ubezpieczyciel nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia naraziłaby ubezpieczyciela na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do umowy ubezpieczenia, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron umowy ubezpieczenia, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać wypłacone świadczenie.

Karencja

§ 14

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z zastosowaniem okresów karencji.
 2. Okresy karencji dla ryzyk dodatkowych wskazane są w treści poszczególnych klauzul.
 3. Karencja w zakresie ryzyk (klauzul dodatkowych) nie ma zastosowania, jeśli:
 - 1) bezpośrednio przed zawarciem Umowy ubezpieczenia Ubezpieczony był objęty ochroną w ramach innej Umowy ubezpieczenia zawartej z Ubezpieczycielem na podstawie niniejszych OWU;
 - 2) Umowa ubezpieczenia, o której mowa w pkt 1, trwała co najmniej tak długo, jak okres karencji wskazany w treści poszczególnych klauzul dodatkowych;
 - 3) Umowa ubezpieczenia, o której mowa w pkt 1, uległa rozwiązaniu, a okres pomiędzy rozwiązaniem tej Umowy ubezpieczenia a zawarciem nowej Umowy ubezpieczenia nie przekracza 15 dni.
- Karencja ulega zniesieniu tylko w odniesieniu do tych ryzyk (klauzul) oraz w zakresie takich sum ubezpieczenia, na jakie ochrona ubezpieczeniowa była udzielana w ramach poprzedniej Umowy ubezpieczenia.

Uposażony

§ 15

1. Uprawnionymi do świadczeń wypłacanych na wypadek śmierci Ubezpieczonego są Uposażeni.
2. W przypadku ryzyk (klauzul dodatkowych) niezwiązanych ze śmiercią Ubezpieczonego Uprawniony do świadczenia wskazany jest każdorazowo w treści danej klauzuli.
3. Z zastrzeżeniem ust. 5, zasady wypłaty świadczeń na rzecz poszczególnych Uposażonych są następujące:
 - 1) świadczenie jest wypłacane w całości Uposażonemu Głównemu;
 - 2) możliwe jest wyznaczenie więcej niż jednego Uposażonego Głównego ze wskazaniem proporcji, w jakiej nastąpić ma wypłata świadczenia na rzecz poszczególnych Uposażonych Głównych;
 - 3) w przypadku gdy wyznaczono więcej niż jednego Uposażonego Głównego, ale nie określono proporcji, w jakiej nastąpić ma wypłata świadczenia na rzecz poszczególnych Uposażonych Głównych, świadczenie przypada w równych częściach na rzecz każdego z Uposażonych Głównych;
 - 4) w przypadku gdy na dzień śmierci Ubezpieczonego wyznaczenie jednego z Uposażonych Głównych okazało się bezskuteczne lub Uposażony ten został odwołany bez wskazania, jaki ma być udział pozostałych Uposażonych Głównych w kwocie świadczenia, udział tego Uposażonego Głównego w kwocie świadczenia dolicza się proporcjonalnie do udziałów pozostałych Uposażonych Głównych;
 - 5) w przypadku gdy na dzień śmierci Ubezpieczonego wskazanie jednego Uposażonego Głównego albo wszystkich Uposażonych Głównych (jeśli wyznaczono więcej niż jednego) stało się bezskuteczne, prawo do świadczenia nabywa Uposażony Zastępczy;
 - 6) możliwe jest wyznaczenie więcej niż jednego Uposażonego Zastępczego. W takim przypadku mają zastosowanie odpowiednie postanowienia pkt 2-4;
 - 7) w przypadku gdy na dzień śmierci Ubezpieczonego nie został wskazany żaden Uposażony Główny ani Uposażony Zastępczy lub wskazanie Uposażonego Głównego oraz Uposażonego Zastępczego okazało się bezskuteczne, świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
 - a) małżonek;
 - b) dzieci – w częściach równych;
 - c) rodzice – w częściach równych;
 - d) rodzeństwo – w częściach równych;
 - e) pozostałe osoby będące spadkobiercami ustawowymi Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy właściwej dla ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz Skarbu Państwa – w częściach równych;
 - 8) świadczenie może być wypłacone członkowi rodziny wymienionemu w dalszej kolejności wyłącznie wtedy, gdy żadna z osób wskazanych w podpunktach poprzedzających nie jest uprawniona do otrzymania świadczenia z powodu okoliczności wskazanych w pkt 8;

- 9) wskazanie Uposażonego Głównego lub Uposażonego Zastępczego jest bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed Ubezpieczonym (dotyczy Uposażonych będących osobami fizycznymi) albo przestał istnieć przed śmiercią Ubezpiezonego (dotyczy Uposażonych innych niż osoby fizyczne), albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. Uważa się, że Uposażony nie dożył śmierci Ubezpiezonego także, gdy zmarł jednocześnie z nim.
4. Uposażonego wyznacza Ubezpieczający. Ubezpieczający ma prawo do dokonania zmiany Uposażonego lub odwołania Uposażonego w każdym czasie, informując o tym Ubezpieczyciela. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek do wyznaczenia i zmiany Uposażonego niezbędna jest zgoda Ubezpiezonego.
5. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia jako zabezpieczenia umowy zadłużeniowej, Ubezpieczający może wyznaczyć Uposażonego Kredytodawcę. W takim przypadku świadczenie na wypadek śmierci Ubezpiezonego (za wyjątkiem świadczeń wypłacanych w ramach ryzyk dodatkowych) wypłacane jest w pierwszym rzędzie Uposażonemu Kredytodawcy, który ma pierwszeństwo przed innymi Uposażonymi. Uposażony Kredytodawca będzie uprawniony do otrzymania kwoty odpowiadającej sumie aktualnego zobowiązania w ramach umowy zadłużeniowej na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Jeżeli zawarto Umowę ubezpieczenia na stałą sumę ubezpieczenia, pozostała część świadczenia wypłacanego na wypadek śmierci Ubezpiezonego (to jest różnica pomiędzy wysokością stałej sumy ubezpieczenia a kwotą aktualnego zobowiązania, o ile taka różnica występuje) przypada pozostałym Uposażonym, według zasad określonych w ust. 3.
6. W przypadku, gdy wyznaczono nowego Uposażonego Głównego obok dotychczasowego lub dotychczasowych Uposażonych Głównych, a jednocześnie nie wskazano na nowo procentowych udziałów wszystkich Uposażonych Głównych w prawie do świadczenia, zastosowanie mają następujące zasady:
 - 1) jeżeli w ogóle nie wskazano procentowego udziału nowego Uposażonego Głównego w prawie do świadczenia, uznaje się, że temu Uposażonemu przypada udział proporcjonalny do ilości wszystkich Uposażonych Głównych, a udziały pozostałych Uposażonych Głównych ulegają odpowiedniemu proporcjonalnemu obniżeniu;
 - 2) jeżeli wskazano procentowy udział nowego Uposażonego Głównego w prawie do świadczenia, nie wskazano na nowo procentowego udziału pozostałych Uposażonych Głównych, a suma łącznych udziałów wszystkich Uposażonych Głównych przekracza 100%, uznaje się, że nowemu Uposażonemu Głównemu przypada udział odpowiadający wskazanemu procentowi, natomiast udziały pozostałych Uposażonych Głównych ulegają odpowiedniemu proporcjonalnemu obniżeniu.
7. W przypadku wyznaczenia innego Uposażonego w miejsce Uposażonego Kredytodawcy, Uposażony ten nie jest traktowany jak Uposażony Kredytodawca i staje się Uposażonym Głównym lub jednym z Uposażonych Głównych. W takiej sytuacji zastosowanie mają postanowienia ust. 6.
8. W przypadku odwołania Uposażonego Kredytodawcy lub wyznaczenia innego Uposażonego w jego miejsce, Ubezpieczyciel poinformuje o tym niezwłocznie Uposażonego Kredytodawcę, na co Ubezpieczający – zawierając Umowę ubezpieczenia jako zabezpieczenie umowy zadłużeniowej – wyraża nieodwołalną zgodę. W przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, wyrażenie przez Ubezpiezonego zgody na zawarcie Umowy na jego rachunek oznacza automatycznie wyrażenie zgody na powyższe.

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

Postępowanie w razie zdarzenia

§ 16

1. W razie powstania zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową lub wystąpienia czynnika (nieszczęśliwego wypadku lub choroby), które może prowadzić do zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uprawniony albo Uposażony jest obowiązany:
 - 1) starać się o zapobieżenie powstaniu zdarzenia lub złagodzenie skutków powstałego zdarzenia przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
 - 2) złożyć wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 3) umożliwić Ubezpieczycielowi zasięgnięcie informacji o okolicznościach lub przyczynach zdarzenia, w szczególności u lekarzy, którzy sprawowali lub nadal sprawują opiekę nad Ubezpieczonym po wystąpieniu zdarzenia;
 - 4) poddać się, na zlecenie Ubezpieczyciela, badaniom lekarskim mającym ustalić istnienie i stopień trwałego uszkodzenia ciała lub trwałego rozstroju zdrowia, a w razie konieczności, poddania się w tym celu obserwacji lekarskiej;
 - 5) jeżeli toczy się postępowanie przygotowawcze lub karne, którego wynik ma wpływ na odpowiedzialność Ubezpieczyciela, dostarczyć Ubezpieczycielowi żądane informacje o rozstrzygnięciach zapadłych w tym postępowaniu w ciągu 7 dni od uzyskania informacji o nich, jeżeli prowadzone postępowanie ma związek ze zdarzeniem;
 - 6) dostarczyć kopie dokumentacji lekarskiej i innych żądanych przez Ubezpieczyciela dokumentów uzasadniających wysokość roszczenia.
2. W przypadku śmierci Ubezpiezonego niezbędnymi do wypłaty świadczenia dokumentami są:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopia odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpiezonego;
 - 3) kopia statystycznej karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci.
3. W razie śmierci Ubezpiezonego obowiązek dostarczenia dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń spoczywa na osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia.
4. Ubezpieczyciel może uzależnić wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia dodatkowych dokumentów niezbędnych do dokonania oceny zasadności zgłoszonego roszczenia oraz wysokości roszczenia. Ubezpieczyciel nie może jednak uzależnić wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia dokumentów, jeżeli na podstawie obowiązujących przepisów prawa dokumenty te mogą być uzyskane przez Ubezpieczyciela we własnym zakresie.
5. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia jako zabezpieczenia umowy zadłużeniowej, dla wypłaty świadczenia głównego lub świadczenia dodatkowego, niezbędne jest dostarczenie kopii umowy zadłużeniowej wraz z początkowym harmonogramem spłaty zadłużenia (o ile umowa zadłużeniowa przewiduje taki harmonogram) oraz dokumentów potwierdzających wysokość zobowiązania aktualnego na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Ustalenie i wypłata świadczenia ubezpieczeniowego

§ 17

- Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli zdarzenie zostało zgłoszone do Ubezpieczyciela, a Ubezpieczający ani Ubezpieczony nie są osobami występującymi z tym zgłoszeniem, a także informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.
- Jeżeli Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, w terminach określonych w § 18, zawiadamia osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
- Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
- Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego na badania celem określenia stanu zdrowia Ubezpieczonego. Koszt badań oraz powołania komisji pokrywa Ubezpieczyciel. Ubezpieczyciel może również dokonać oceny stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej.
- Ubezpieczyciel udostępni Uprawnionym informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wysokości świadczenia. Osoby te mają prawo wglądu do akt szkodowych i sporządzania na swój koszt odpisów lub kopii dokumentów akt szkodowych. Ubezpieczyciel zapewni sposób udostępniania akt szkodowych niepowodujący nadmiernego utrudnienia dla tych osób.
- Świadczenie wypłaca się w polskich złotych niezależnie od miejsca zdarzenia.

Termin wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

§ 18

- Ubezpieczyciel zobowiązany jest wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 dni kalendarzowych od dnia zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w powyższym terminie, świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie wskazanym w ust. 1.

Forma świadczenia ubezpieczeniowego

§ 19

Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest w formie przelewu w polskich złotych na podany we wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego numer rachunku bankowego lub innej formie ustalonej z Ubezpieczycielem.

ZASADY SKŁADANIA REKLAMACJI

§ 20

- 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 ubezpieczenia (zwany w tym paragrafie „Klient”) może składać w każdym czasie zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, 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.
- Reklamacje mogą być składane:
 - w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela, **ul. Senatorska 18**, 00-082 Warszawa, lub jednostce obsługującej Klientów, albo przesyłane przesyłką pocztową;
 - ustnie – telefonicznie pod numerem **+48 913 913 913** albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w miejscu, o którym mowa w pkt 1 powyżej.
- Reklamacja powinna zawierać dane Klienta umożliwiające jego identyfikację, numer polisy oraz zastrzeżenia zgłaszane przez Klienta.
- Ubezpieczyciel rozpatruje Reklamację niezwłocznie po jej otrzymaniu. Odpowiedź na Reklamację jest udzielana bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od chwili otrzymania Reklamacji, chyba że mają miejsce szczególnie skomplikowane okoliczności, uniemożliwiające rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w tym terminie. W takim przypadku Ubezpieczyciel 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.
- 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.
- Spór między Klientem a Ubezpieczycielem może być zakończony w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między Klientami a podmiotami rynku finansowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, przed Rzecznikiem Finansowym (www.rf.gov.pl).
- 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 Ubezpieczyciela 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 Ubezpieczyciela, najpóźniej w terminie 14 dni od wyjaśnienia okoliczności niezbędnych do ich załatwienia. Ubezpieczyciel 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.
- Niezależnie od powyższego Klient może składać skargi i zażalenia na działalność Ubezpieczyciela do uprawnionych organów, np. Komisji Nadzoru Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną Klientów podmiotów rynku finansowego.
- Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE (rozporządzenie w sprawie ODR w sporach konsumenckich), istnieje możliwość pozasądowego rozstrzygania sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających

z internetowych umów sprzedaży lub umów o świadczenie usług zawieranych między konsumentami mieszkającymi w Unii Europejskiej a przedsiębiorcami mającymi siedzibę w Unii Europejskiej. Rozstrzyganie ww. sporów odbywa się za pośrednictwem platformy ODR dostępnej pod następującym adresem: <https://webgate.ec.europa.eu/odr/main/?event=main.home.show&lng=PL>.

10. 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

Oświadczenia

§ 21

1. W sprawach związanych z Umową ubezpieczenia Ubezpieczony składa oświadczenia bezpośrednio lub za pośrednictwem Ubezpieczającego.
2. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia dotyczące Umowy ubezpieczenia składane są przez Ubezpieczyciela pisemnie albo w innej formie uzgodnionej z Ubezpieczającym.
3. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia dotyczące Umowy ubezpieczenia składane są przez Ubezpieczającego pisemnie albo w innej formie uzgodnionej z Ubezpieczycielem, z wyłączeniem Reklamacji, o których mowa w § 20.
4. Wszelkie zmiany w danych dotyczących Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonych powinny być niezwłocznie zgłaszane Ubezpieczycielowi.
5. Ubezpieczyciel publikuje sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń na stronie generali.pl.

Przepisy prawa mające zastosowanie do Umowy ubezpieczenia

§ 22

1. W sprawach nieuregulowanych Umową ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe opodatkowane są na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego, w szczególności ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych i ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.
3. 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.

§ 23

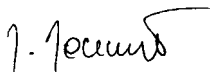
1. W przypadku gdy:
 - 1) wyznaczono Uposażonego Kredytodawcę lub
 - 2) Ubezpieczony dokonał cesji praw do świadczeń przysługujących mu z Umowy ubezpieczenia na Uposażonego Kredytodawcę lub na inny podmiot (Cesjonariusza) a Uposażony Kredytodawca lub Cesjonariusz rezygnuje z dochodzenia roszczeń z Umowy ubezpieczenia, roszczeń tych mogą dochodzić Ubezpieczony, spadkobiercy Ubezpieczonego bądź inne osoby, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku, określonym w ust. 1, Ubezpieczyciel będzie traktował Ubezpieczonego, spadkobierców Ubezpieczonego bądź inne osoby jako Uprawnionych zamiast Uposażonego Kredytodawcy bądź Cesjonariusza pod warunkiem przedstawienia Ubezpieczycielowi potwierdzenia dokonania przez Uposażonego Kredytodawcę bądź Cesjonariusza czynności prawnej, na podstawie której Uposażony Kredytodawca bądź Cesjonariusz zrzeka się lub przelewa swoje roszczenia z Umowy ubezpieczenia na rzecz Ubezpieczonego, spadkobierców Ubezpieczonego bądź innych osób.

Wejście w życie

§ 24

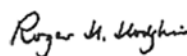
Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałami Zarządu Ubezpieczyciela i obowiązują od 23 listopada 2023 roku.

Jakub Jacewicz



Członek Zarządu
Generali T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



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

KLAUZULE

KLAUZULA ZK1

TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ UBEZPIECZONEGO DO PRACY W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§ 1

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku wystąpienia trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli trwała i całkowita niezdolność do jakiegokolwiek pracy Ubezpieczonego nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy są:
 - 1) kopia orzeczenia wydanego przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika na okres nie krótszy niż 5 lat albo
 - 2) kopie wydanych po sobie orzeczeń ustalających całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwane okresy nie krótsze niż 1 rok, jeśli okres niezdolności do pracy liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy wyniesie łącznie co najmniej 5 lat. Jednak w takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela istnieje pod warunkiem, że data w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy przypada po rozpoczęciu okresu ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie trwałej i całkowitej niezdolności do pracy.
3. W przypadku, gdy nie jest możliwe wykazanie się przez Ubezpieczonego orzeczeniem organu emerytalno-rentowego, spełniającego kryteria co do długości okresu całkowitej niezdolności do pracy, wskazane w ust. 2 pkt 1 i 2, ze względu na zbyt krótki okres pozostały do osiągnięcia przez Ubezpieczonego ustawowego wieku emerytalnego, Ubezpieczyciel dokonuje oceny, czy zachodzi trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy na podstawie przedstawionej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej oraz orzeczenia lub następujących po sobie orzeczeń wydanych przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika stwierdzającego zajście całkowitej niezdolności do pracy, na okres lub okresy nie krótsze niż 1 rok.
Warunkiem stwierdzenia, że przewidywany okres całkowitej niezdolności do pracy wyniesie łącznie nieprzerwany okres dłuższy niż 5 lat, jest przedstawienie przez Ubezpieczonego orzeczenia lub orzeczeń, o których mowa w zdaniu poprzednim, oraz ustalenie, że zgodnie z wiedzą medyczną brak jest pozytywnych rokowań dotyczących odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do pracy zarobkowej w tym okresie.
4. Ubezpieczyciel dokonuje oceny zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 2 i 3, lub opinii wskazanego przez Ubezpieczyciela lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Ubezpieczycielem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywa Ubezpieczyciel.
5. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, o ile ustalony w tym orzeczeniu okres trwałej i całkowitej niezdolności do pracy wynosi co najmniej 5 lat. Jednak jeśli trwała i całkowita niezdolność do pracy ustalono na podstawie wydanych po sobie orzeczeń ustalających całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwane okresy nie krótsze niż 1 rok, za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wydania orzeczenia, z którego wynika, że łączny okres całkowitej niezdolności do pracy, liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy, wyniesie co najmniej 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. W sytuacji, o której mowa w ust. 3, za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu lub w pierwszym z wydanych po sobie orzeczeń ustalających całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwane okresy nie krótsze niż 1 rok.

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

§ 2

W przypadku wystąpienia trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie dodatkowe w wysokości określonego w dokumencie ubezpieczenia procentu świadczenia głównego, o którym mowa w § 7 ust. 2 OWU, jednak nie więcej niż kwotę wskazaną w dokumencie ubezpieczenia.

Wygąśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

§ 3

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa:

- 1) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 67 rok życia;
- 2) w przypadku wystąpienia trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku, za które Ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić świadczenie dodatkowe w ramach niniejszej klauzuli.

Zawiadomienie

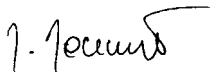
§ 4

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem zobowiązana jest złożyć:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) dokumenty wymienione w § 1 ust. 2;
 - 3) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzające zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia, Ubezpieczyciel może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu, dokumentów.

Wejście w życie**§ 5**

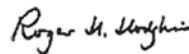
Postanowienia niniejszej klauzuli zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela i obowiązują od 23 listopada 2023 roku.

Jakub Jacewicz



Członek Zarządu
Generali T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



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

KLAUZULA ZK2**TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ UBEZPIECZONEGO DO PRACY W NASTĘPSTWIE CHOROBY****Zdarzenie ubezpieczeniowe****§ 1**

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku wystąpienia trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie choroby, która została zdiagnozowana w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem § 2 ust. 2, i nie była następstwem nieszczęśliwego wypadku.
2. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy są:
 - 1) kopia orzeczenia wydanego przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika na okres nie krótszy niż 5 lat albo
 - 2) kopie wydanych po sobie orzeczeń ustalających całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwane okresy nie krótsze niż 1 rok, jeśli okres niezdolności do pracy liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy wyniesie łącznie co najmniej 5 lat. Jednak w takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela istnieje pod warunkiem, że data w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy przypada po rozpoczęciu okresu ochrony;
 - 3) kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie trwałej i całkowitej niezdolności do pracy.
3. W przypadku, gdy nie jest możliwe wykazanie się przez Ubezpieczonego orzeczeniem organu emerytalno-rentowego, spełniającego kryteria, co do długości okresu całkowitej niezdolności do pracy, wskazane w ust. 2 pkt 1 i 2, ze względu na zbyt krótki okres pozostały do osiągnięcia przez Ubezpieczonego ustawowego wieku emerytalnego, Ubezpieczyciel dokonuje oceny, czy zachodzi trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy na podstawie przedstawionej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej oraz orzeczenia lub następujących po sobie orzeczeń wydanych przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika stwierdzającego zajście całkowitej niezdolności do pracy, na okres lub okresy nie krótsze niż 1 rok.
Warunkiem stwierdzenia, że przewidywany okres całkowitej niezdolności do pracy wyniesie łącznie nieprzerwany okres dłuższy niż 5 lat, jest przedstawienie przez Ubezpieczonego orzeczenia lub orzeczeń, o których mowa w zdaniu poprzednim oraz ustalenie, że zgodnie z wiedzą medyczną brak jest pozytywnych rokowań dotyczących odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do pracy zarobkowej w tym okresie.
4. Ubezpieczyciel dokonuje oceny zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 2 i 3, lub opinii wskazanego przez Ubezpieczyciela lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Ubezpieczycielem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywa Ubezpieczyciel.
5. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, o ile ustalony w tym orzeczeniu okres trwałej i całkowitej niezdolności do pracy wynosi co najmniej 5 lat. Jednak jeśli trwała i całkowita niezdolność do pracy ustalono na podstawie wydanych po sobie orzeczeń ustalających całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwane okresy nie krótsze niż 1 rok, za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wydania orzeczenia, z którego wynika, że łączny okres całkowitej niezdolności do pracy, liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy, wyniesie co najmniej 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. W sytuacji, o której mowa w ust. 3, za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu lub w pierwszym z wydanych po sobie orzeczeń ustalających całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwane okresy nie krótsze niż 1 rok.
7. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie choroby 90-dniową karencję, której okres rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego**§ 2**

1. W przypadku wystąpienia trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie choroby Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie dodatkowe w wysokości określonego w dokumencie ubezpieczenia procentu świadczenia głównego, o którym mowa w § 7 ust. 2 OWU, jednak nie więcej niż kwotę wskazaną w dokumencie ubezpieczenia.
2. W przypadkach wskazanych w § 14 ust. 3 OWU i przy spełnieniu wszystkich warunków w nim postawionych, dla umów ubezpieczenia zawieranych w związku z zabezpieczeniem umowy zadłużeniowej, nie ma zastosowania ograniczenie wskazane w § 1 ust. 1 dotyczące konieczności zdiagnozowania choroby będącej przyczyną wystąpienia niezdolności do pracy w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

§ 3

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie choroby wygasa:

- 1) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 67 rok życia;
- 2) w przypadku wystąpienia trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie choroby, za które Ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić świadczenie dodatkowe w ramach niniejszej klauzuli;

Zawiadomienie

§ 4

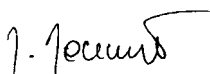
1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie choroby zobowiązana jest złożyć:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) dokumenty wymienione w § 1 ust. 2.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia, Ubezpieczyciel może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu, dokumentów.

Wejście w życie

§ 5

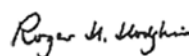
Postanowienia niniejszej klauzuli zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela i obowiązują od 23 listopada 2023 roku.

Jakub Jacewicz



Członek Zarządu
Generali T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



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

KLAUZULA ZK3

POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO

Definicje

§ 1

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia, przy czym poniższe definicje mają zastosowanie jedynie do niniejszej klauzuli i zmieniają znaczenia poszczególnych terminów nadanych im w OWU bądź innych klauzulach.

- 1) **ciężkie oparzenie** – uszkodzenie tkanek czynnikami termicznymi, elektrycznymi lub chemicznymi powodujące oparzenia trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała. Jako kryterium pomiaru przyjmuje się tabelę powierzchni ciała Lunda i Browdera;
- 2) **łagodny nowotwór mózgu** – wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub, w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwały ubytek neurologiczny;
- 3) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka.
Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - a. rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
 - b. rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
 - c. wszelkie nowotwory skóry, z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
 - d. rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
 - e. wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
- 4) **operacja pomostowania naczyń wieńcowych** – operacja chirurgiczna przy otwartej klatce piersiowej, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczępienie pomostu omijającego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
- 5) **przeszczep narządów** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych kompletnych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na oficjalną listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów: serce, płuca, wątroba, nerki lub trzustka. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy narządów innych niż wymienione powyżej, części narządów, tkanek lub komórek;
- 6) **przewłękła niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek (niewydolność nerek), wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewłękłej dializoterapii;
- 7) **schyłkowa niewydolność wątroby** – schyłkowa postać choroby (marskości) wątroby powodująca co najmniej jeden z poniższych objawów:

- a. wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
 - b. trwała żółtaczką,
 - c. żylaki przełyku,
 - d. encefalopatia wrotna.
- Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki chorób wątroby powstałych na skutek nadużywania alkoholu lub leków;
- 8) **wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu** – rozległa martwica wątroby spowodowana infekcją wirusową, prowadząca do gwałtownego rozwoju niewydolności wątroby. Rozpoznanie musi być oparte na potwierdzeniu infekcji wirusem zapalenia wątroby i występowaniu wszystkich następujących kryteriów:
- a. szybko postępujące zmniejszenie wątroby obserwowane w USG,
 - b. szybko wzrastająca aktywność transaminaz,
 - c. szybko narastająca żółtaczką,
 - d. martwica obejmująca całe zraziki wątrobowe (w przypadku przeprowadzenia biopsji wątroby).
- Samo zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B lub bezobjawowe nosicielstwo nie są objęte ochroną ubezpieczeniową. Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są także przypadki przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby, niewydolności wątroby spowodowanej działaniem toksyn albo nadużywaniem alkoholu lub leków;
- 9) **utrata kończyn** – całkowita fizyczna utrata dwóch lub więcej kończyn spowodowana urazem. Definicja obejmuje także utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp oraz utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy;
- 10) **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;
- 11) **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;
- 12) **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.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§ 2

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego, w trakcie udzielania ochrony ubezpieczeniowej poważnego zachorowania. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela istnieje pod warunkiem, że dane poważne zachorowanie zostało zdiagnozowane po raz pierwszy w życiu Ubezpieczonego oraz, że choroba, która była bezpośrednią i główną przyczyną wystąpienia danego poważnego zachorowania, została zdiagnozowana w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 4.
2. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko poważnego zachorowania Ubezpieczonego 90-dniową karencję, której okres rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Przez poważne zachorowanie objęte ochroną ubezpieczeniową rozumie się wyłącznie poważne zachorowania zdefiniowane w § 1 oraz wystąpienie zawału serca bądź udaru mózgu (zgodnie z definicjami zawartymi w § 2 OWU).
4. W przypadkach wskazanych w § 14 ust. 3 OWU i przy spełnieniu wszystkich warunków w nim postawionych, dla umów ubezpieczenia zawieranych w związku z zabezpieczeniem umowy zadłużeniowej, nie ma zastosowania ograniczenie wskazane w ust. 1 dotyczące konieczności zdiagnozowania choroby będącej bezpośrednią i główną przyczyną wystąpienia danego poważnego zachorowania w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

§ 3

W przypadku wystąpienia poważnego zachorowania Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie dodatkowe w wysokości określonego w dokumencie ubezpieczenia procentu świadczenia głównego, o którym mowa w § 7 ust. 2 OWU, jednak nie więcej niż kwotę wskazaną w dokumencie ubezpieczenia.

Wyłączenia i ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej

§ 4

W odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego, z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 60 rok życia, ochrona ubezpieczeniowa zostaje ograniczona do przypadków wystąpienia następujących rodzajów poważnych zachorowań:

- 1) ciężkie oparzenie,
- 2) przeszczep narządów,
- 3) przewlekła niewydolność nerek,
- 4) wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu,
- 5) utrata kończyn,
- 6) utrata mowy,
- 7) utrata słuchu,
- 8) utrata wzroku.

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

§ 5

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego wygasa:

- 1) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 67 rok życia;
- 2) w przypadku wypłaty świadczenia w wysokości wskazanej w dokumencie ubezpieczenia.

Zawiadomienie

§ 6

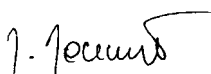
- Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć:
 - wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej rozpoznanie poważnego zachorowania.
- W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia, Ubezpieczyciel może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu, dokumentów.

Wejście w życie

§ 7

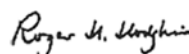
Postanowienia niniejszej klauzuli zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela i obowiązują od 23 listopada 2023 roku.

Jakub Jacewicz



Członek Zarządu
Generali T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



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

KLAUZULA ZK7

ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU PRZY PRACY ROLNICZEJ

Definicje

§ 1

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia, przy czym poniższe definicje mają zastosowanie jedynie do niniejszej klauzuli i zmieniają znaczenia poszczególnych terminów nadanych im w OWU bądź innych klauzulach:

- gospodarstwo rolne** – obszar użytków rolnych, gruntów pod stawami oraz sklasyfikowanych jako użytki rolne gruntów pod zabudowaniami, przekraczający łącznie powierzchnię 1 ha, jeżeli podlega on w całości lub części opodatkowaniu podatkiem rolnym, a także obszar takich użytków i gruntów, niezależnie od jego powierzchni, jeżeli jest prowadzona na nim produkcja rolna, stanowiąca dział specjalny w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych;
- wypadek przy pracy rolniczej** – nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił:
 - podczas wykonywania czynności związanych z prowadzeniem działalności rolniczej albo pozostających w związku z wykonywaniem tych czynności na terenie gospodarstwa rolnego, które Ubezpieczony prowadzi lub w którym stale pracuje, albo na terenie gospodarstwa rolnego bezpośrednio związanego z tym gospodarstwem rolnym lub
 - w drodze Ubezpieczonego z miejsca zamieszkania bezpośrednio do gospodarstwa rolnego albo w drodze powrotnej, lub
 - podczas wykonywania poza terenem gospodarstwa rolnego zwykłych czynności związanych z prowadzeniem działalności rolniczej lub w związku z wykonywaniem tych czynności, lub
 - w drodze do miejsca wykonywania czynności, o których mowa w punkcie c albo w drodze powrotnej.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§ 2

- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy rolniczej, jeśli śmierć nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w trakcie wykonywania czynności związanych z działalnością rolniczą w okresie 180 dni od daty zdarzenia.
- Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia, jeśli Ubezpieczony nie przestrzegał podstawowych zasad i przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa, co w sposób bezpośredni przyczyniło się do wystąpienia wypadku przy pracy rolniczej.
- Poza przypadkami wskazanymi w OWU, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności także w przypadku wykonywania przez Ubezpieczonego pracy rolniczej bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa.

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

§ 3

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonym świadczenie dodatkowe w wysokości określonego w dokumencie ubezpieczenia procentu świadczenia głównego, o którym mowa w § 7 ust. 2 OWU, jednak nie więcej niż kwotę wskazaną w dokumencie ubezpieczenia.

Zawiadomienie

§ 4

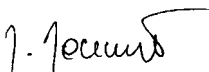
- Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć:
 - dokumenty wymienione w § 16 ust. 2 OWU;
 - kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście wypadku przy pracy rolniczej, jeżeli taki protokół był sporządzony.
- W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia, Ubezpieczyciel może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu, dokumentów.

Wejście w życie

§ 5

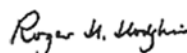
Postanowienia niniejszej klauzuli zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 23 listopada 2023 roku.

Jakub Jacewicz



Członek Zarządu
Generali T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



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

KLAUZULA ZK8

ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE CHOROBY ZAKAŻNEJ W ROLNICTWIE

Definicje

§ 1

Terminowi użytemu w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenie, przy czym poniższa definicja ma zastosowanie jedynie do niniejszej klauzuli:

- choroba zakaźna w rolnictwie** – choroba zakaźna, która powstała w związku z pracą w gospodarstwie rolnym i jest objęta wykazem chorób zawodowych zgodnie z aktualnymi przepisami prawa.

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§ 2

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpiła wskutek choroby zakaźnej w rolnictwie, zdiagnozowanej u Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

§ 3

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonym świadczenie dodatkowe w wysokości określonego w dokumencie ubezpieczenia procentu świadczenia głównego, o którym mowa w § 7 ust. 2 OWU, jednak nie więcej niż kwotę wskazaną w dokumencie ubezpieczenia.

Zawiadomienie

§ 4

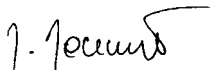
- Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć:
 - dokumenty wymienione w § 16 ust. 2 OWU;
 - kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej rozpoznanie choroby zakaźnej w rolnictwie w okresie ubezpieczenia.
- W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia, Ubezpieczyciel może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu, dokumentów.

Wejście w życie

§ 5

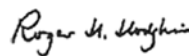
Postanowienia niniejszej klauzuli zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 23 listopada 2023 roku.

Jakub Jacewicz



Członek Zarządu
Generali T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



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

KLAUZULA ZK9

UTRATA PRACY

Zdarzenie ubezpieczeniowe

§ 1

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku rozwiązania z Ubezpieczonym stosunku pracy w rozumieniu przepisów prawa pracy, w wyniku którego Ubezpieczony zyskuje status bezrobotnego i uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa pracy.
2. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko utraty pracy 90-dniową karencję, której okres rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

§ 2

1. W przypadku utraty pracy przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacania miesięcznego świadczenia dodatkowego na zasadach określonych w niniejszym paragrafie.
2. W przypadku umów ubezpieczenia zawartych na stałą sumę ubezpieczenia, Ubezpieczyciel będzie wypłacał Ubezpieczonemu miesięczne świadczenie dodatkowe w wysokości odpowiadającej 1/12 sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 1 250 zł miesięcznie.
3. W przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na kredytową sumę ubezpieczenia, Ubezpieczyciel będzie wypłacał Ubezpieczonemu miesięczne świadczenie dodatkowe na następujących zasadach.
 - 1) w przypadku Umowy ubezpieczenia stanowiącej zabezpieczenie umów zadłużeniowych w postaci wszelkiego rodzaju kredytów lub pożyczek z obowiązkiem spłaty kapitału na koniec okresu obowiązywania umowy zadłużeniowej – kwota miesięcznego świadczenia dodatkowego odpowiada wysokości raty odsetkowej należnej w dniu wymagalności danego miesięcznego świadczenia dodatkowego, zgodnie z początkowym harmonogramem spłaty zadłużenia wynikającym z umowy zadłużeniowej;
 - 2) w przypadku Umowy ubezpieczenia stanowiącej zabezpieczenie umów zadłużeniowych, w ramach których spłata kapitału następuje ratalnie (malejąca kwota aktualnego zobowiązania w trakcie trwania umowy zadłużeniowej) – kwota miesięcznego świadczenia dodatkowego odpowiada wysokości raty kapitałowo-odsetkowej należnej w dniu wymagalności danego miesięcznego świadczenia dodatkowego, zgodnie z początkowym harmonogramem spłaty zadłużenia, który wynika z umowy zadłużeniowej;
 - 3) w przypadku Umowy ubezpieczenia stanowiącej zabezpieczenie umów zadłużeniowych związanych z limitem zadłużeniowym w ramach rachunku bankowego lub w ramach karty kredytowej – kwota miesięcznego świadczenia dodatkowego odpowiada 1/20 wykorzystanego limitu zadłużenia aktualnego w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, jednak nie więcej niż 50% pierwotnego limitu zadłużenia (to jest limitu zadłużenia obowiązującego na dzień zawarcia umowy zadłużeniowej);
 - 4) w przypadku, gdy zadłużenie w ramach umowy zadłużeniowej spłacane jest z inną częstotliwością niż miesięczna – miesięczne świadczenie dodatkowe obliczane jest zgodnie z proporcją raty odsetkowej (dla świadczeń, o których mowa w ust. 3 pkt 1) lub kapitałowo-odsetkowej (dla świadczeń, o których mowa w ust. 3 pkt 2) za okres miesięczny.
4. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień, w którym nastąpiło spełnienie warunków zawartych w ust. 6. Pierwsze miesięczne świadczenie dodatkowe jest należne Ubezpieczonemu od dnia następnego po spełnieniu warunków zawartych w ust. 6. W przypadku Umowy ubezpieczenia stanowiącej zabezpieczenie umowy zadłużeniowej zawartej na okres ponad 12 miesięcy, miesięczne świadczenie dodatkowe jest należne Ubezpieczonemu po upływie 60 dni od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Kolejne miesięczne świadczenia dodatkowe wypłacane są w odstępach jednego miesiąca kalendarzowego. Wysokość każdego z miesięcznych świadczeń dodatkowych oblicza się przy uwzględnieniu reguł wynikających z ust. 3 na dzień wymagalności poszczególnych miesięcznych świadczeń dodatkowych. W przypadku zgłoszenia przez Ubezpieczonego wniosku o wypłatę miesięcznego świadczenia dodatkowego po dniu jego wymagalności, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu jednorazowo zaległe miesięczne świadczenia dodatkowe, których termin wymagalności przypadał przed dniem zgłoszenia wniosku o wypłatę świadczenia.
5. W okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu maksymalnie 12 miesięcznych świadczeń dodatkowych. Jednocześnie suma wypłaconych świadczeń miesięcznych nie może przekraczać kwoty 15 000 zł.
6. Warunkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela w ramach niniejszej klauzuli dodatkowej jest zarejestrowanie się przez Ubezpieczonego jako bezrobotnego i uzyskanie z tego tytułu prawa do zasiłku dla bezrobotnych.
7. W każdym przypadku miesięczne świadczenie dodatkowe przestaje być należne Ubezpieczonemu począwszy od:
 - 1) pierwszego dnia po dacie ponownego zatrudnienia,

- 2) ostatniego dnia miesiąca wypłaty zasiłku dla bezrobotnych,
 - 3) dnia ustania ochrony ubezpieczeniowej,
 - 4) dnia rozwiązania umowy zadłużeniowej, której zabezpieczenie stanowi Umowa ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za utratę pracy przez Ubezpieczonego:
- 1) przed upływem 90 dni od dnia początku ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) w wyniku rozwiązania stosunku pracy przez Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów prawa pracy,
 - 3) w wyniku rozwiązania stosunku pracy za porozumieniem stron w rozumieniu przepisów prawa pracy,
 - 4) w wyniku rozwiązania stosunku pracy przez pracodawcę bez wypowiedzenia w rozumieniu przepisów prawa pracy,
 - 5) w wyniku zakończenia stosunku pracy zawartego na czas określony z powodu upływu okresu, na który stosunek pracy miał obowiązywać, zgodnie z umową o pracę na czas określony, bądź innym dokumentem potwierdzającym nawiązanie stosunku pracy.
 - 6) w wyniku wypowiedzenia stosunku pracy dokonanego przez pracodawcę Ubezpieczonego przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej.

Zawiadomienie

§ 3

Podstawą do wypłaty świadczenia w razie utraty pracy jest złożenie:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
- 2) kopii świadectwa pracy lub wypowiedzenia warunków pracy i płacy;
- 3) kopii umowy o pracę;
- 4) kopii dokumentu potwierdzającego, że Ubezpieczony został zarejestrowany jako bezrobotny i posiada prawo do zasiłku.

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej w ramach klauzuli

§ 4

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka utraty pracy wygasa:

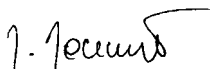
- 1) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 67 rok życia;
- 2) w przypadku otrzymania przez Ubezpieczonego 12 miesięcznych świadczeń dodatkowych w ramach niniejszej klauzuli;
- 3) w przypadku otrzymania przez Ubezpieczonego łącznego świadczenia dodatkowego (suma miesięcznych świadczeń dodatkowych) wynoszącego 15 000 zł w ramach niniejszej klauzuli.

Wejście w życie

§ 5

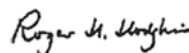
Postanowienia niniejszej klauzuli zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela i obowiązują od 23 listopada 2023 roku.

Jakub Jacewicz



Członek Zarządu
Generali T.U. S.A.

Roger Hodgkiss



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

Jak zgłosić szkodę?



WWW

**Formularze ON-LINE na
www.szkozyszycie.generali.pl**



List

**Generali Życie T.U. S.A.
albo Generali T.U. S.A. (w przypadku ryzyka utraty pracy)
ul. Senatorska 18, 00-082 Warszawa
z dopiskiem: Departament Likwidacji Szkód**

