

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE GENERALI, Z MYŚLĄ O ŻYCIU PLUS DLA KLIENTÓW BANKÓW SPÓŁDZIELCZYCH

Obowiązujące od 22 stycznia 2026 roku

Spis treści

Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie Generali, z myślą o życiu PLUS

- 5 Wykaz istotnych informacji zawartych w OWU (Skorowidz)
- 5 Postanowienia ogólne
- 5 Definicje
- 6 Przedmiot i zakres ubezpieczenia
- 6 Zawarcie Umowy
- 7 Ochrona ubezpieczeniowa
- 7 Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy
- 7 Suma ubezpieczenia
- 7 Składka
- 8 Skutki nieopłacenia pierwszej i kolejnej Składki
- 8 Zmiana częstotliwości opłacania Składek
- 8 Indeksacja
- 8 Wskazanie osób Uposażonych
- 9 Skutki podania nieprawdziwych informacji
- 9 Świadczenie z tytułu Umowy
- 9 Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności
- 9 Wypłata świadczeń
- 9 Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego
- 10 Prawa i obowiązki Towarzystwa
- 10 Reklamacje
- 11 Postanowienia końcowe

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na życie Generali, z myślą o życiu PLUS
dla Klientów Banków Spółdzielczych
(kod GPR_BA_OWU_01.2026) dalej „OWU”
z uwzględnieniem definicji z OWU
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWU	§ 4 ust. 1; § 21	§ 20; § 22

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
GENERALI, Z MYŚLĄ O ŻYCIU PLUS
DLA KLIENTÓW BANKÓW SPÓŁDZIELCZYCH
(KOD GPR_BA_OWU_01.2026)**

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie Generali, z myślą o życiu PLUS (zwane dalej „OWU”) stanowią podstawę zawarcia umowy ubezpieczenia (zwanej dalej „Umową”).
2. Przez Umowę Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Senatorskiej 18, zwana dalej „Towarzystwem”, zobowiązuje się spełnić określone w OWU świadczenie w razie zajścia przewidzianego w Umowie zdarzenia ubezpieczeniowego, a Ubezpieczający zobowiązuje się do opłacania Składek.

Definicje

§ 2

1. Użyte w Umowie, OWU oraz Dokumentie ubezpieczenia wymienione poniżej terminy oznaczają:
 - 1) **Dokument ubezpieczenia** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem oraz warunki tej Umowy (polisa), a także każdy inny dokument potwierdzający zmianę warunków Umowy;
 - 2) **Miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego obowiązywania Umowy (przy czym jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu kalendarzowym – w ostatnim dniu takiego miesiąca) i kończący się z upływem dnia poprzedzającego najbliższy Miesiąc polisy;
 - 3) **Rocznica polisy** – wskazana w Dokumencie ubezpieczenia każda rocznica dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, przy czym jeżeli Rocznicą polisy przypada w dniu 29 lutego, a w danym roku nie ma takiego dnia, za Rocznicę polisy uznaje się ostatni dzień lutego w danym roku kalendarzowym;
 - 4) **Rok polisy** – roczny okres między kolejnymi Rocznicami polisy, pierwszy Rok polisy rozpoczyna się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, a kończy z upływem dnia poprzedzającego najbliższą Rocznicę polisy;
 - 5) **Składka** – łączna kwota składki należnej od Ubezpieczającego na podstawie zawartej Umowy oraz Składki (Składek) za Umowy dodatkowe, płatna w całym okresie obowiązywania Umowy, której wysokość i częstotliwość płatności określona jest w Dokumencie ubezpieczenia;
 - 6) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 7) **Suma ubezpieczenia** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, stanowiąca wysokość zobowiązania Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy;

- 8) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumentcie ubezpieczenia, stanowiąca wysokość zobowiązania Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 9) **Ubezpieczający** – podmiot zawierający Umowę z Towarzystwem, zobowiązany do opłacania Składek;
 - 10) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
 - 11) **Umowa dodatkowa** – umowa zawarta na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, rozszerzająca zakres ochrony ubezpieczeniowej Umowy;
 - 12) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczającego za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, w przypadku zawarcia Umowy na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego), uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego;
 - 13) **Uposażony zastępczy** – osoba wskazana przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczającego za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, w przypadku zawarcia Umowy na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego), uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego, jeżeli wskazanie jedyne Uposażonego stało się bezskuteczne;
 - 14) **Uprawiony** – Uposażony lub Uposażony zastępczy, a w przypadku gdy nie został on wskazany lub został wskazany bezskutecznie, osoba wskazana w § 19 ust. 6;
 - 15) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy do daty, w której Wiek jest obliczany;
 - 16) **Wniosek o zawarcie umowy** – formularz Towarzystwa, na którym Ubezpieczający składa ofertę zawarcia Umowy (zwany dalej „Wnioskiem”);
 - 17) **Wskaźnik indeksacji** – wskaźnik, o jaki Ubezpieczający ma prawo podwyższyć Sumy ubezpieczenia z tytułu Umów dodatkowych oraz składki za Umowy dodatkowe, ustalany przez Towarzystwo na podstawie wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych publikowanego przez Główny Urząd Statystyczny.
2. Definicje określone w ust. 1 należy rozumieć także w odpowiednim przypadku i liczbie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

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

Zawarcie Umowy

§ 5

Przed zawarciem Umowy Towarzystwo doręcza Ubezpieczającemu warunki Umowy, w tym treść OWU wraz z załącznikami oraz Skorowidzem. Jeżeli Towarzystwo posługuje się wzorcami umowy w postaci elektronicznej, doręcza wymienione w zdaniu poprzedzającym dokumenty w taki sposób, aby Ubezpieczający mógł je przechowywać i odtwarzać w zwykłym toku czynności.

§ 6

1. Umowa zawierana jest na okres jednego Roku polisy. Umowa ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny Rok polisy na warunkach określonych w OWU, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem Roku polisy, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy.
2. Umowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 81 roku życia.
3. Umowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy.
5. W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i 4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.

§ 7

1. Na podstawie dostarczonych informacji, określonych we Wniosku, Towarzystwo ma prawo:
 - 1) zawrzeć Umowę na warunkach określonych we Wniosku albo
 - 2) zaproponować zawarcie Umowy na warunkach odmiennych od określonych we Wniosku albo
 - 3) odmówić zawarcia Umowy.
2. Towarzystwo jest zobowiązane do podjęcia decyzji, o której mowa w ust. 1, nie później niż w terminie 60 dni od dnia otrzymania Wniosku.

§ 8

1. Umowę uważa się za zawartą z chwilą zaakceptowania przez Towarzystwo Wniosku. Towarzystwo wskazuje datę zawarcia Umowy w Dokumentcie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie Umowy pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem oraz warunki tej Umowy.
2. Jeżeli w odpowiedzi na złożony Wniosek Towarzystwo doręcza Ubezpieczającemu Dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego we Wniosku oferty, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie, wyznaczając mu 14-dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu.

3. W przypadku braku sprzeciwu, Umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią Dokumentu ubezpieczenia, następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego na złożenie sprzeciwu.
4. Jeżeli Towarzystwo odmówi zawarcia Umowy, poinformuje o tym Ubezpieczającego, podając przyczyny odmowy oraz zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 14 dni od dnia podjęcia decyzji o odmowie zawarcia Umowy.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 9

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej Składki, a wygasa we wcześniejszej z następujących dat:

- 1) w dniu rozwiązania Umowy, o którym mowa w § 11 albo
- 2) w dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy.

Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy

§ 10

1. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu, w tym za pośrednictwem infolinii Towarzystwa, w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy.
2. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy, termin 30 dni, o którym mowa w ust. 1, biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
3. Odstąpienie od Umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku odstąpienia od Umowy Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu Składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminie 7 dni od dnia otrzymania oświadczenia o odstąpieniu.

§ 11

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia Umowy w każdym czasie poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia w tym względzie.
2. Umowa ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach i odpowiednio wskazanej dacie:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego – z upływem dnia, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego;
 - 2) wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczającego – z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy;
 - 3) nieopłacenia przez Ubezpieczającego Składki – w terminie i na zasadach określonych w § 16 ust. 2 – z upływem dnia, w którym upływa wyznaczony termin dodatkowy;
 - 4) rozwiązania ostatniej Umowy dodatkowej posiadanej w ramach Umowy – z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4;
 - 5) wpływu oświadczenia Ubezpieczającego o nieprzedłużaniu Umowy na kolejny Rok polisy – z upływem Roku polisy, na który Umowa została zawarta.
3. W przypadku wypowiedzenia Umowy przed upływem Roku polisy, na który została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku zawarcia Umów dodatkowych w wariantcie pakietowym, najpóźniej na 30 dni przed Rocznicą polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy wraz z pakietem Umów dodatkowych. W takiej sytuacji zapłacenie Składki w wysokości wskazanej w propozycji Towarzystwa jest równoznaczne z akceptacją tej propozycji i kontynuacją Umowy na warunkach i w zakresie zaproponowanym przez Towarzystwo. Zapisy § 6 ust. 4 i 5 nie będą miały zastosowania.

Suma ubezpieczenia

§ 12

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy wynosi 100 zł i jest niezmienna w trakcie trwania Roku polisy i kolejno następujących po sobie Latach polisy.

Składka

§ 13

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia pierwszej Składki nie później niż w terminie 60 dni od dnia podpisania Wniosku.
2. Kolejne Składki mogą być opłacane z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną lub miesięczną i płatne są najpóźniej do pierwszego dnia okresu, za który są należne (data wymagalności Składki).
3. Pierwsza i każda kolejna Składka wpłacana jest na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo we Wniosku oraz Dokumencie ubezpieczenia.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany rachunku bankowego przeznaczonego do wpłat Składek, o czym poinformuje Ubezpieczającego.

§ 14

1. Wysokość Składki oraz jej częstotliwość i sposób opłacania określone są we Wniosku oraz potwierdzone w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka płatna jest przez cały okres trwania Umowy.
3. Składkę z tytułu Umowy Towarzystwo ustala w zależności od Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy oraz Wzrostu Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka.

§ 15

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może poinformować Ubezpieczającego o nowej wysokości Składki, ustalonej zgodnie z § 14 ust. 3, jaka będzie obowiązywała w kolejnym Roku polisy.
2. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za kolejny Rok polisy w wysokości zaproponowanej przez Towarzystwo jest równoznaczne z akceptacją przez niego nowej wysokości Składki.

3. W sytuacji gdy Ubezpieczający nie opłaci Składki za kolejny Rok polisy w wysokości zaproponowanej przez Towarzystwo, zastosowanie mają zapisy § 16 ust 2 i 3.

Skutki nieopłacenia pierwszej i kolejnej Składki

§ 16

1. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci pierwszej Składki w terminie, o którym mowa w § 13 ust. 1, Umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego.
2. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci kolejnej Składki w terminie i wysokości określonych w Dokumencie ubezpieczenia, Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o zaległości oraz wezwie go do zapłaty Składki w dodatkowym 10-dniowym terminie od dnia otrzymania wezwania. Towarzystwo poinformuje również o skutkach nieopłacenia Składki w tym terminie.
3. Skutkiem nieopłacenia Składki jest rozwiązanie Umowy oraz zawartych Umów dodatkowych i wygaśnięcie ochrony.

Zmiana częstotliwości opłacania Składek

§ 17

1. Ubezpieczający ma prawo do zmiany częstotliwości opłacania Składek w całym okresie obowiązywania Umowy.
2. Towarzystwo dokona zmian częstotliwości opłacania Składek na wniosek Ubezpieczającego pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 30 dni przed dniem, w którym zmiana jest możliwa do dokonania.

Indeksacja

§ 18

1. Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sum ubezpieczenia z tytułu Umów dodatkowych o Wskaźnik indeksacji określony przez Towarzystwo.
2. Minimalny Wskaźnik indeksacji wynosi 3%.
3. W przypadku gdy Towarzystwo przygotowuje propozycję indeksacji, o której mowa w ust. 1, przekazuje ją Ubezpieczającemu najpóźniej na 30 dni przed Rocznicą polisy.
4. Propozycja indeksacji nie jest przygotowywana:
 - 1) dla Umów dodatkowych, dla których zapisy ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego wyłączają możliwość indeksacji;
 - 2) w przypadku przejęcia przez Towarzystwo opłacania Składek, na podstawie Umowy dodatkowej przejęcia opłacania składek na wypadek Niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej;
 - 3) po ukończeniu przez Ubezpieczonego 71 roku życia.
5. Ubezpieczający może:
 - 1) skorzystać z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji Sum ubezpieczenia z tytułu Umów dodatkowych albo
 - 2) zrezygnować z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji Sum ubezpieczenia z tytułu Umów dodatkowych.
6. Indeksacja Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje podwyższenie Składki za Umowę dodatkową o dodatkową kwotę, obliczaną zgodnie z zasadami określonymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego. Dodatkowa kwota, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, obliczana jest za tę część Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o jaką Suma Ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej została podwyższona w wyniku indeksacji.
7. W przypadku rezygnacji z indeksacji Ubezpieczający ma obowiązek poinformować o tym Towarzystwo najpóźniej do 7 dnia przed Rocznicą polisy. Brak zawiadomienia o rezygnacji z indeksacji traktowany jest jako wyrażenie na nią zgody, z wyłączeniem przypadków, o których mowa w ust. 8 i 9.
8. W sytuacji, gdy Ubezpieczający przed otrzymaniem propozycji indeksacji złoży wniosek o:
 - 1) zawarcie lub wypowiedzenie Umowy dodatkowej lub
 - 2) zmianę częstotliwości opłacania Składek,
 skutkujące zmianą w Rocznicę polisy, to jest to równoznaczne z rezygnacją z proponowanej przez Towarzystwo indeksacji. W takim przypadku złożenie zawiadomienia o rezygnacji z indeksacji, o którym mowa w ust. 7, nie jest wymagane.
9. W sytuacji, gdy Ubezpieczający złoży wniosek o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej skutkujący zmianą w Rocznicę polisy, to jest to równoznaczne z rezygnacją z proponowanej przez Towarzystwo indeksacji. W takim przypadku złożenie zawiadomienia o rezygnacji z indeksacji, o którym mowa w ust. 7, nie jest wymagane.
10. Rezygnacja z indeksacji w danym Roku polisy nie pozbawia Ubezpieczającego prawa do indeksacji w kolejnych latach obowiązywania Umowy.

Wskazanie osób Uposażonych

§ 19

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

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

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 20

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w § 6 ust. 3 i 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 6 ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.
3. Zapisy ust. 1 i 2 mają zastosowanie również w przypadku:
 - 1) rozszerzenia zakresu Umowy o Umowy dodatkowe;
 - 2) podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą suma ubezpieczenia została podwyższona.W takich przypadkach termin, wskazany w ust. 2, liczony jest odpowiednio od daty zawarcia Umowy dodatkowej albo od dnia podwyższenia Sumy Ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy

§ 21

W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Uprawnionemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 22

Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzebraniem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Umowy, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

Wypłata świadczeń

§ 23

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 3) kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 4) kopię statystycznej karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci;
 - 5) w przypadku, o którym mowa w § 19 ust. 6, dokument potwierdzający bycie członkiem rodziny, a stosownym wykazaniem takiego stanu będą w szczególności: kopia aktu małżeństwa, kopia aktu urodzenia, kopia prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku, kopia notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
5. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4.

Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

§ 24

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki w wysokości i terminach określonych w Dokumentcie ubezpieczenia lub innych pismach, w których Towarzystwo potwierdziło zmianę jej wysokości.
2. W razie zawarcia Umowy na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego), Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Ubezpieczonemu, na piśmie lub jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę na innym trwałym nośniku:
 - 1) warunków Umowy, w tym treści OWU wraz z załącznikami, oraz Skorowidzem będących podstawą do zawarcia Umowy;
 - 2) informacji o zmianie warunków Umowy, zmianie prawa właściwego dla Umowy wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy;

- 3) informacji o zmianie Sumy ubezpieczenia.
3. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 1, powinny być przekazane Ubezpieczonemu przed zawarciem Umowy.
4. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 2, powinny być przekazywane Ubezpieczonemu przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy lub prawa właściwego dla Umowy.
5. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 3, powinny być przekazywane Ubezpieczonemu niezwłocznie po ich przekazaniu Ubezpieczającemu przez Towarzystwo.
6. Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia Towarzystwa o zmianach danych osobowych i teleadresowych Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego i Uposażonego zastępczego.
7. Ubezpieczony może żądać od Towarzystwa udzielenia mu informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.

Prawa i obowiązki Towarzystwa

§ 25

Towarzystwo zobowiązane jest do:

- 1) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych Umową;
- 2) przekazywania Ubezpieczającemu informacji dotyczących zmian warunków Umowy lub zmiany prawa właściwego dla zawartej Umowy przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy;
- 3) informowania Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu Umowy, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania Umowy;
- 4) informowania Ubezpieczającego o zmianie Sumy ubezpieczenia;
- 5) informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego o zajściu zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną, jeżeli zdarzenie zostało zgłoszone do Towarzystwa, a Ubezpieczający ani Ubezpieczony nie są osobami występującymi z tym zgłoszeniem;
- 6) informowania osoby występującej z roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia zobowiązania Towarzystwa, jeżeli jest to niezbędne do prowadzenia dalszego postępowania;
- 7) informowania osoby występującej z roszczeniem o przyczynach niemożności jego zaspokojenia, w przypadku, gdy Towarzystwo nie wypłaci świadczenia w terminie określonym w § 23 ust. 4;
- 8) informowania osoby występującej z roszczeniem o przyczynie odmowy wypłaty świadczenia albo o przyczynie wypłaty świadczenia w innej wysokości niż określona w zgłoszeniu roszczenia wraz ze wskazaniem podstawy prawnej uzasadniającej całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
- 9) udostępniania Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz osobie występującej z roszczeniem informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia;
- 10) potwierdzania, na żądanie Ubezpieczającego oraz osoby występującej z roszczeniem, udostępnionych im informacji, a także sporządzania na ich koszt kopii dokumentów i potwierdzania ich za zgodność z oryginałem;
- 11) udzielania na wniosek Ubezpieczonego informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.

Reklamacje

§ 26

1. Będący osobą fizyczną Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy ubezpieczenia do otrzymania świadczenia oraz spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub w spełnieniu świadczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia (zwany w tym paragrafie „Klient”) może składać w każdym czasie reklamacje, których przedmiotem są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo. Reklamacje, obejmujące zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo mogą być również składane przez poszukującego ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego będących osobami prawnymi lub spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej.
2. Reklamacje mogą być składane przez klientów:
 - 1) na piśmie w postaci papierowej – osobiście w siedzibie Towarzystwa, ul. Senatorska 18, 00-082 Warszawa, lub w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej Klientów, albo przesyłane przesyłką pocztową, albo nadane w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej, albo
 - 2) na piśmie, w postaci elektronicznej – z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej za pomocą formularza dostępnego na www.generali.pl/reklamacja (formularz dostępny od 13 lutego 2026 roku), albo wysłane na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-48634-65343-GDUJD-13, albo
 - 3) ustnie – telefonicznie pod numerem +48 913 913 913 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie lub jednostce, o których mowa w pkt 1.
3. Reklamacja powinna zawierać dane Klienta umożliwiające jego identyfikację, numer polisy oraz zastrzeżenia zgłaszane przez Klienta.
4. Towarzystwo rozpatruje reklamację niezwłocznie po jej otrzymaniu. Odpowiedź na reklamację jest udzielana bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od chwili otrzymania reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w powyższym terminie, Towarzystwo poinformuje Klienta, który wystąpił z reklamacją o przyczynach opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Odpowiedź na reklamację Klienta jest udzielana na następujących zasadach:
 - 1) do 12 lutego 2026 roku włącznie – na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika. Na wniosek Klienta odpowiedź na reklamację może być dostarczona pocztą elektroniczną;
 - 2) od 13 lutego 2026 roku:
 - a) gdy reklamacja została złożona przez Klienta na piśmie w postaci elektronicznej z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej – formularza dostępnego na www.generali.pl/reklamacja, odpowiedź jest udzielana również na piśmie w postaci elektronicznej

- z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej wskazanego przez Klienta w formularzu, chyba że Klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej;
- b) gdy reklamacja została wysłana przez Klienta na adres do doręczeń elektronicznych, odpowiedź jest udzielana również na adres Klienta do doręczeń elektronicznych, chyba że Klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej;
 - c) gdy reklamacja została złożona przez Klienta na piśmie w postaci papierowej, odpowiedź jest udzielana również na piśmie w postaci papierowej, chyba że Klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;
 - d) gdy reklamacja została złożona przez Klienta ustnie, odpowiedź jest udzielana w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem Klienta.
6. W przypadku reklamacji składanych przez osoby prawne lub spółki nieposiadające osobowości prawnej, odpowiedź jest udzielana w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta. Do reklamacji, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, postanowienia niniejszego paragrafu stosuje się odpowiednio, z wyłączeniem ust. 5 i 8.
 7. Spór między Klientem a Towarzystwem może być zakończony w drodze:
 - 1) pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między Klientami a podmiotami rynku finansowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, przed Rzecznikiem Finansowym (www.rf.gov.pl);
 - 2) mediacji przed Sądem Polubownym działającym przy Komisji Nadzoru Finansowego (https://www.knf.gov.pl/dla_ryнку/sad_polubowny_przy_KNF).
 8. Skargi mogą być składane przez inne podmioty niż wymienione w ust. 1 lub gdy ich przedmiotem są nieprawidłowości nie dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo. Skargi powinny zawierać przynajmniej dane umożliwiające identyfikację składającego skargę oraz zgłaszane nieprawidłowości. Skargi są rozpatrywane w terminie 30 dni od ich otrzymania przez Towarzystwo. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi i udzielenie odpowiedzi w powyższym terminie, Towarzystwo może przedłużyć termin rozpatrzenia skargi do 60 dni. Towarzystwo informuje zainteresowanego o sposobie załatwienia skargi niezwłocznie po jej rozpatrzeniu, na piśmie w formie papierowej lub w inny sposób uzgodniony z tą osobą. Do skarg składanych zgodnie z niniejszym ustępem postanowienia niniejszego paragrafu stosuje się odpowiednio, z wyłączeniem ust. 3 i 5.
 9. Niezależnie od powyższego Klient może składać skargi na działalność Towarzystwa do uprawnionych organów, np. Komisji Nadzoru Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną Klientów podmiotów rynku finansowego. Skargi na działalność Towarzystwa do Komisji Nadzoru Finansowego mogą składać także pozostałe podmioty, wskazane w ust. 1.
 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

§ 27

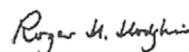
1. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Za zgodą stron Umowy mogą zostać wprowadzone do niej postanowienia dodatkowe lub odmienne od OWU.
3. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia dotyczące Umowy składane są przez Towarzystwo pisemnie albo w innej formie uzgodnionej z Ubezpieczającym.
4. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia dotyczące Umowy składane są przez Ubezpieczającego pisemnie albo w innej formie uzgodnionej z Towarzystwem, z wyłączeniem Reklamacji, o których mowa w § 26.
5. Strony Umowy są zobowiązane do informowania się o każdej zmianie danych teleadresowych wykorzystywanych do kontaktu pomiędzy stronami.
6. Towarzystwo udostępni Ubezpieczającemu Konto Klienta na stronie generali.pl. Warunkiem korzystania z Konta Klienta jest akceptacja Regulaminu świadczenia usług drogą elektroniczną, który dostępny jest m.in. na stronie generali.pl w trakcie procesu rejestracji oraz po zalogowaniu się do Konta Klienta. Regulamin udostępniony jest nieodpłatnie w formie umożliwiającej jego pozyskanie, odtwarzanie, utrwalanie i drukowanie.
7. Opodatkowanie świadczeń Towarzystwa w przypadku osób fizycznych regulują przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych, a w przypadku osób prawnych oraz innych podatników podatku dochodowego od osób prawnych – przepisy ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych są wolne od podatku dochodowego, z wyjątkiem dochodu z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia w przypadku ubezpieczeń związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Kwoty otrzymane przez osoby prawne oraz innych podatników podatku dochodowego od osób prawnych z tytułu ubezpieczeń na życie stanowią ich przychód, brany pod uwagę przy obliczaniu dochodu podlegającego opodatkowaniu podatkiem dochodowym.
8. Powództwa o roszczenie z Umowy mogą zostać wytoczone albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy, a także przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczającego lub Uprawnionego z Umowy.
9. Językiem obowiązującym w relacjach stron jest język polski.
10. Towarzystwo publikuje sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń na stronie generali.pl.
11. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.
12. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 22 stycznia 2026 roku.

Agnieszka Callen



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

Roger Hodgkiss



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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego lub jego Dzieci Nowotworu
(kod GPR_BA_DDCV1_01.2026) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWU	§ 4; § 17 ust. 1-3	§ 13; § 14; § 15 ust. 1 i 4; § 16; § 17 ust. 2, 4 i 5

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
NA WYPADEK WYSTĄPIENIA U UBEZPIECZONEGO LUB JEGO DZIECI NOWOTWORU
(KOD GPR_BA_DDCV1_01.2026)

Postanowienia ogólne

§1

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

Definicje

§ 2

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

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

Definicja nie obejmuje:

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

Definicja nie obejmuje:

- a. nowotworów łagodnych;

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego oraz jego Dziecka.

§ 4

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

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 76 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie indywidualnym albo
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym, albo
 - 3) ukończył 60 lat i nie ukończył 81 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym 60+.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2 aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej wyłącznie w przypadku, gdy jest jednocześnie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej Assistance na wypadek Nowotworu.
3. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy głównej;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 85 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie indywidualnym albo w wariantcie pakietowym 60+;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym chyba, że Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy, o której mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy”. W takiej sytuacji Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 85 lat;

- 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
 - 6) rozwiązania Umowy dodatkowej Assistance na wypadek Nowotworu.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

§ 8

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualna na dzień zawarcia Umowy dodatkowej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia.

§ 9

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
 - 1) podwyższenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 2) obniżenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy.
2. Towarzystwo dokona zmiany, o której mowa w ust. 1, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
3. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
5. Na podstawie informacji, o których mowa w ust. 4, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.

§ 10

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1

Składka za Umowę dodatkową

§ 11

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wzrostu Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 15 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
4. W przypadku, o którym mowa w § 7 ust. 1 pkt 6, Składka zostanie pomniejszona o wysokość Składki za Umowę dodatkową.

Indeksacja

§ 12

Umowa dodatkowa podlega indeksacji na zasadach określonych w OWU w części „Indeksacja”.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 13

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia Nowotworu u Ubezpieczonego, jeżeli:

- 1) było ono konsekwencją choroby AIDS Ubezpieczonego;
- 2) Nowotwór został zdiagnozowany lub był leczony u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.

§ 14

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia Nowotworu u Dziecka, jeżeli:

- 1) Nowotwór był zdiagnozowany przed ukończeniem przez Dziecko 1 roku życia;
- 2) Nowotwór został zdiagnozowany lub był leczony u Dziecka przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
- 3) Nowotwór był konsekwencją choroby AIDS Dziecka;
- 4) Ubezpieczony wiedział o Nowotworze Dziecka przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.

§ 15

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

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

§ 16

Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Umowy dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać wypłacone świadczenie.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 17

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

Wypłata świadczenia

§ 18

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

Postanowienia końcowe

§ 19

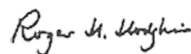
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 22 stycznia 2026 roku.

Agnieszka Callen



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

Roger Hodgkiss



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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
Assistance na wypadek Nowotworu
(kod GPR_BA_ASTC_01.2026) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWU	§ 4; § 5 ust. 4	§ 5 ust. 2, tabela nr 1 i ust. 3; § 11; § 12 ust. 4

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
ASSISTANCE NA WYPADEK NOWOTWORU
(KOD GPR_BA_ASTC_01.2026)**

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

- 1) **Centrum Pomocy Generali** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe czynne przez całą dobę, 365 dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej w zakresie usług pomocy medycznej (medycznego assistance) oraz niezwłocznie organizuje wykonanie wymaganej usługi (zwane dalej „Centrum Pomocy”). Numer telefonu Centrum Pomocy wskazany jest w Dokumencie ubezpieczenia;
- 2) **Dziecko** – dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przez niego Przysposobione, które w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie przekroczyło 21 roku życia;
- 3) **Hospitalizacja** – leczenie w Szpitalu trwające nieprzerwanie co najmniej 2 doby, licząc od momentu przyjęcia do Szpitala;
- 4) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi dokumentami, do udzielania świadczeń medycznych, niebędąca członkiem najbliższej rodziny Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
- 5) **Lekarz konsultant** – osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza, zgodnie z prawem obowiązującym w kraju wykonywania przez niego zawodu lekarza, wskazana przez konsultanta Centrum Pomocy w celu sporządzenia drugiej opinii medycznej;
- 6) **Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy** – histologicznie łagodny guz nowotworowy mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych powodujący uszkodzenie tkanek, spełniający wszystkie poniższe warunki:
 - a. wymaga usunięcia chirurgicznego, a w przypadku jego nieoperacyjności powoduje trwałe ubytki neurologiczne, istniejące stale przez co najmniej 3 miesiące (atakami padaczkowe nie są uważane za trwałe ubytki neurologiczne w rozumieniu niniejszych OWUD);
 - b. jego istnienie zostało potwierdzone przez neurologa lub neurochirurga na podstawie stosownych badań obrazowych (magnetyczny rezonans jądrowy lub tomografia komputerowa).

Definicja nie obejmuje:

- a. torbieli;
- b. ziarniniaków;
- c. malformacji naczyniowych;
- d. krwiaków;
- e. ropni;
- f. guzów rdzenia kręgowego;

- g. guzów przysadki mózgowej mniejszych niż 10 mm;
- 7) **Miejsce zamieszkania** – wskazany przez Ubezpieczonego we wniosku o zawarcie Umowy adres zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 8) **Nowotwór** – Nowotwór złośliwy inwazyjny lub Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ), lub Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy;
- 9) **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie zdrowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania.
Definicja obejmuje także złośliwe nowotwory ośrodkowego układu nerwowego oraz krwi i narządów krwiotwórczych.
Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie Nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia poniższych trzech kryteriów:
- pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne;
 - posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem;
 - rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności.
- Definicja nie obejmuje:
- nowotworów łagodnych;
 - zróżnicowanych raków tarczycy i prostaty o stopniu zaawansowania mniejszym niż II zgodnie z klasyfikacją AJCC;
 - nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania większym niż IA zgodnie z klasyfikacją AJCC;
 - nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania mniejszym niż IB w klasyfikacji AJCC;
 - nowotworów rozpoznanych jedynie na podstawie płynnej biopsji (liquid biopsy);
- 10) **Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ)** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórek nowotworowych, nieprzekraczający błony podstawnej nabłonka, z którego się wywodzi i niepowodujący naciekania tkanek sąsiednich (stopień zaawansowania 0 zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC). Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Definicja obejmuje także zróżnicowane raki tarczycy o stopniu zaawansowania I, raki prostaty o stopniu zaawansowania I, czerniaka złośliwego o stopniu zaawansowania IA i nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania IA w klasyfikacji AJCC.
Definicja nie obejmuje:
- nowotworów łagodnych;
 - hiperkeratoz, dysplazji, stanów przedrakowych;
 - nowotworów skóry, innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania IA zgodnie z klasyfikacją AJCC;
- 11) **Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance** – Ubezpieczony oraz Dziecko Ubezpieczonego;
- 12) **Płatnica polisy** – data wymagalności Składki za Umowę dodatkową, przypadająca na pierwszy dzień okresu, za który jest należna;
- 13) **Przysposobienie** – powstanie takiego stosunku między przysposabiającym a przysposobionym jak między rodzicem a dzieckiem, tj. przysposobienie pełne nierozwiązywalne/całkowite potwierdzone aktem urodzenia Dziecka, w którym przysposabiający występuje w roli rodzica Dziecka;
- 14) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej Assistance na wypadek Nowotworu;
- 15) **Szpital** – działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej – na terenie krajów Unii Europejskiej lub krajów Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu – o ile wynika to z zakresu usług realizowanych na podstawie niniejszej Umowy dodatkowej. W rozumieniu niniejszej definicji Szpitalem nie jest dom opieki, hospicjum, ośrodek sanatoryjny, rehabilitacyjny lub wypoczynkowy ani jakkolwiek placówka, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
- 16) **Usługi medycznego assistance** – zorganizowanie przez Centrum Pomocy pomocy medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, o ile wynika to z zakresu usługi opisanego w OWUD, opieki nad ludźmi, a także świadczenie usług informacyjnych w związku z zachorowaniem przez Ubezpieczonego lub jego Dziecko na Nowotwór.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego oraz jego Dziecka.

§ 4

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

§ 5

- Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Usługi medycznego assistance, w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego lub jego Dziecka Nowotworu:
 - Konsultacja telefoniczna albo wideokonsultacja medyczna z Lekarzem.
 - Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji medycznej z Lekarzem.
 - Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance przysługuje konsultacja telefoniczna z Lekarzem albo wideokonsultacja medyczna z Lekarzem, zgodnie z wyborem Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance.
 - Przed konsultacją telefoniczną lub wideokonsultacją Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance może przesłać Lekarzowi drogą mailową albo w inny uzgodniony sposób, dokumentację medyczną dotyczącą stanu swojego zdrowia.
 - Lekarz, po przeprowadzonej konsultacji telefonicznej lub wideokonsultacji medycznej, może przesłać Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, drogą mailową albo w inny uzgodniony z nią sposób, recepty pełnopłatne lub skierowanie na zalecone podczas konsultacji badania.
 - Pomoc onkopsychologa.
 - Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty wizyty Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance u onkopsychologa.

- 3) Wizyta pielęgniarska po Hospitalizacji.
 - a. W przypadku gdy Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance, była hospitalizowana i zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza potrzebuje opieki pielęgniarskiej po zakończeniu Hospitalizacji, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty wizyty pielęgniarskiej po Hospitalizacji. Wizyta pielęgniarska obejmuje następujące czynności:
 - a) wykonywanie zabiegów leczniczych: ćwiczeń terapeutycznych, okładów, opatrunków, rehabilitacji oddechowej, zastrzyków, podawanie leków – zgodnie z zaleceniem Lekarza Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
 - b) wykonywanie czynności diagnostycznych: pomiaru ciśnienia i tętna – zgodnie z zaleceniem Lekarza Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance.
- 4) Pomoc domowa po Hospitalizacji.
 - a. W przypadku gdy Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance, była hospitalizowana i zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza potrzebuje pomocy w domu po zakończeniu Hospitalizacji, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty pomocy domowej w jej Miejscu zamieszkania.
 - b. Zakres świadczenia pomocy domowej po Hospitalizacji obejmuje następujące czynności:
 - a) utrzymanie czystości w domu: sprzątanie podłóg na sucho i na mokro, ścieranie kurzy z mebli i parapetów, odkurzanie dywanów lub wykładzin, czyszczenie ceramiki łazienkowej, czyszczenie wanny lub kabiny prysznicowej z ewentualnym brodzikiem, zmywanie naczyń, czyszczenie zlewu, czyszczenie płyty kuchennej;
 - b) przyrządzanie codziennych posiłków (również dla niepełnoletniego dziecka zamieszkującego razem z Ubezpieczonym lub osoby niesamodzielnej zamieszkującej razem z Ubezpieczonym, która ze względu na zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie przygotować posiłków);
 - c) robienie zakupów, niezbędnych do realizacji wyżej wymienionych czynności, w miejscach wskazanych przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance, o ile odległość do nich nie będzie większa niż 50 km od jej Miejsca zamieszkania; robienie zakupów nie obejmuje pokrycia kosztów tych zakupów;
 - d) podlewanie kwiatów;
 - e) wyrzucanie śmieci.
- 5) Transport medyczny.
 - a. W przypadku gdy powstanie konieczność przywiezienia Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance z jej Miejsca zamieszkania do szpitala lub innej placówki medycznej odpowiednio wyposażonej do udzielenia jej pomocy medycznej oraz transportu powrotnego Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance do jej Miejsca zamieszkania, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty takiego transportu medycznego.
 - b. Centrum Pomocy nie zorganizuje transportu medycznego, jeżeli z uwagi na zagrożenie życia lub zdrowia Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance konieczne będzie pilne wezwanie pogotowia ratunkowego. W takim przypadku Centrum Pomocy wyjaśni Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance przyczynę odmowy zorganizowania transportu medycznego oraz ustali z nią sposób zawiadomienia pogotowia ratunkowego.
 - c. Decyzję o wyborze czasu, celu i środka transportu podejmuje Centrum Pomocy po konsultacji z Lekarzem konsultantem, uwzględniając stan zdrowia Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, dostępne środki transportu oraz czas i cel transportu.
 - d. W celu umożliwienia spełnienia świadczenia transportu medycznego, Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance zobowiązana jest do zapewnienia Centrum Pomocy dostępu do wszelkich informacji pozwalających na ocenę stanu zdrowia.
- 6) Konsultacja dietetyka.
 - a. W przypadku gdy zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza istnieje konieczność konsultacji dietetyka, Centrum pomocy zorganizuje i pokryje koszty takiej konsultacji z dietetykiem w celu przekazania informacji o zasadach zdrowego żywienia i dietach (bezglutenowej, bogatobiałkowej, cukrzycowej, ubogobiałkowej, bogatobiałkowej, niskocholesterolowej, niskokalorycznej, redukcyjnej, wątrobowej, wrzodowej).
- 7) Dostarczenie leków.
 - a. W przypadku gdy powstanie konieczność dostarczenia leków, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia leków dla Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance do wskazanego przez nią miejsca.
 - b. Świadczenie dostarczenia leków nie obejmuje pokrycia kosztów tych leków.
- 8) Organizacja i dostawa sprzętu rehabilitacyjnego.
 - a. W przypadku, gdy zgodnie ze wskazaniami Lekarza, Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego, Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty dostarczenia Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance do jego Miejsca zamieszkania, sprzętu rehabilitacyjnego lub transportu tej osoby do miejsca zakupu w sytuacji, gdy niezbędne jest dopasowanie sprzętu rehabilitacyjnego przed zakupem.
 - b. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego.
- 9) Organizacja i dofinansowanie zakupu peruki lub protezy.
 - a. W przypadku, gdy zgodnie ze wskazaniami w skierowaniu lekarskim bądź wskazaniami Lekarza Centrum Pomocy, powstanie konieczność używania przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance peruki lub protezy, Centrum Pomocy zorganizuje i dofinansuje zakup zalecanej peruki lub protezy.
 - b. Świadczenie nie obejmuje pokrycia kosztu dostarczenia peruki lub protezy.
- 10) Organizacja i pokrycie kosztu procesu rehabilitacji.
 - a. Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty wizyt specjalisty fizjoterapeuty w Miejscu zamieszkania Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance lub zorganizuje jej transport do poradni rehabilitacyjnej wraz z pokryciem kosztów wizyt w poradni rehabilitacyjnej.
- 11) Opieka nad dziećmi/osobami starszymi w trakcie leczenia.
 - a. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty opieki nad dziećmi/osobami starszymi w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego w trakcie jego leczenia.

- 12) Druga krajowa opinia medyczna.
- W ramach drugiej krajowej opinii medycznej Centrum Pomocy zweryfikuje kompletność dokumentacji, zorganizuje Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance i pokryje koszty sporządzenia pisemnej opinii Lekarza konsultanta będącego specjalistą w danej dziedzinie, w celu weryfikacji postawionej diagnozy lub proponowanego toku leczenia.
 - Pisemna opinia, o której mowa w ppkt a, dotyczy diagnozy stanu zdrowia Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance oraz sposobu leczenia, na podstawie dostarczonej przez nią dokumentacji i zawiera:
 - opis historii choroby Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
 - opinię Lekarza konsultanta na temat postawionej diagnozy i dotychczasowego procesu leczenia;
 - propozycje dotyczące dalszego postępowania i leczenia dostępnego na rynku krajowym lub za granicą, zalecanego przez Lekarza konsultanta;
 - informacje o osiągnięciach i doświadczeniach zawodowych Lekarza konsultanta, który przygotował drugą krajową opinię medyczną.
 - W celu realizacji świadczenia konieczne jest przekazanie przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance do Centrum Pomocy pełnej i kompletnej dokumentacji zawierającej informacje o dotychczasowej diagnostyce oraz leczeniu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance. W przypadku nieprzekazania przez nią kompletnej dokumentacji medycznej, usługa drugiej krajowej opinii medycznej może nie zostać zrealizowana.
 - Świadczenie nie obejmuje kosztów zabiegów diagnostycznych lub terapeutycznych wykonanych w związku z przeprowadzeniem konsultacji.
- 13) Druga zagraniczna opinia medyczna.
- Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance przysługuje opinia Lekarza konsultanta praktykującego poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, będącego specjalistą w danej dziedzinie.
 - Opinia, o której mowa w ppkt a, uzyskiwana jest w sytuacji, gdy u Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance wystąpił Nowotwór, który został poddany diagnostyce i zaproponowano Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance plan leczenia.
 - Druga opinia lekarska ma na celu uzyskanie przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance następujących informacji:
 - czy proponowane leczenie jest zgodne z aktualną wiedzą lekarską w danej dziedzinie;
 - czy istnieją metody leczenia odpowiednie i zalecane w danym przypadku, a dostępne jedynie poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, wraz ze wskazaniem ośrodka stosującego tego typu leczenie. Świadczenie jest realizowane, w okresie do 25 dni roboczych od daty otrzymania kompletnej dokumentacji, przy koordynacji lekarza wybranego przez Centrum Pomocy na podstawie pełnej dokumentacji medycznej (zawierającej informacje o dotychczasowej diagnostyce oraz leczeniu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance zebranej i udostępnionej przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance).
- 14) Organizacja procesu leczenia.
- Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance przysługuje organizacja procesu leczenia mająca na celu wykonanie zaleceń drugiej opinii medycznej, o której mowa w pkt 12 i 13, obejmująca:
 - analizę przypadku;
 - koordynację i wsparcie podczas realizacji indywidualnego planu leczenia;
 - zakończenie indywidualnego planu leczenia.
- 15) Badania genetyczne dla Dzieci po zdiagnozowaniu Nowotworu u Ubezpieczonego.
- Centrum Pomocy zorganizuje i pokryje koszty diagnostyki, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza (badania genetyczne, morfologia, cytologia, PSA).
- 16) Infolinia medyczna – informacje o chorobach i hospicjach:
- Centrum Pomocy oferuje możliwość telefonicznej rozmowy z wykwalifikowanym personelem infolinii, który udzieli Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance ogólnej informacji na temat:
 - placówek hospicyjnych, w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance i rekomendowanych przez Lekarzy tej osoby;
 - zasad występowania o opiekę hospicyjną;
 - możliwości dofinansowania do zakupu protez, peruk i innych środków pomocniczych;
 - fundacji onkologicznych.
2. Usługi medycznego assistance udzielane są do wysokości limitów wskazanych w tabeli nr 1. Limity, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, liczone są odrębnie dla każdego Dziecka

tabela nr 1

Usługa medycznego assistance	Organizacja	Pokrycie kosztów	Limity Usług medycznego assistance obowiązujące w okresie ubezpieczenia i odnawialne, w przypadku przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia
Konsultacja telefoniczna albo wideokonsultacja medyczna z Lekarzem	✓	✓	2 konsultacje
Pomoc onkopsychologa	✓	✓	5 wizyt, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 1 000 zł
Wizyta pielęgniarska po Hospitalizacji	✓	✓	3 wizyty, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 300 zł
Pomoc domowa po Hospitalizacji	✓	✓	10 godzin (maksymalnie 4 godziny dziennie), do łącznej kwoty nieprzekraczającej 500 zł
Transport medyczny	✓	✓	2 razy do maksymalnie 350 km na każdy transport, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 1 000 zł
Konsultacja dietetyka	✓	✓	2 razy, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 500 zł

Dostarczenie leków	✓	✓	5 razy, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 500 zł
Organizacja i dostawa sprzętu rehabilitacyjnego	✓	✓	2 razy, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 500 zł
Organizacja i dofinansowanie zakupu peruki lub protezy	✓	✓	Do kwoty nieprzekraczającej 2 000 zł
Organizacja i pokrycie kosztu procesu rehabilitacji	✓	✓	10 dni zabiegowych, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 1 500 zł
Opieka nad dziećmi/osobami starszymi w trakcie leczenia	✓	✓	2 razy, do łącznej kwoty nieprzekraczającej 500 zł

Usługa medycznego assistance	Organizacja	Pokrycie kosztów	Limity Usług medycznego assistance nieulegające odnowieniu, w przypadku przedłużenia Umowy dodatkowej na kolejny okres ubezpieczenia
Druga krajowa opinia medyczna	✓	✓	1 raz do 5 000 zł łącznie dla krajowej i zagranicznej opinii medycznej
Druga zagraniczna opinia medyczna	✓	✓	1 raz
Organizacja procesu leczenia po Drugiej opinii medycznej	✓		1 raz
Badania genetyczne dla Dzieci po zdiagnozowaniu Nowotworu u Ubezpieczonego	✓	✓	1 raz
Nielimitowane Usługi medycznego assistance			
Infolinia medyczna			

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

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 6

- Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
- Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - ukończył 15 lat i nie ukończył 76 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie indywidualnym albo
 - ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym, albo
 - ukończył 60 lat i nie ukończył 81 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym 60+.
- Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2 aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
- Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

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

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 8

- Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - rozwiązania Umowy;
 - poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 85 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie indywidualnym albo w wariantcie pakietowym 60+;
 - poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym chyba, że Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy, o której mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy”. W takiej sytuacji Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 85 lat;
 - odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
 - rozwiązania Umowy dodatkowej na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego lub jego Dzieci Nowotworu.
- Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Składka za Umowę dodatkową

§ 9

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od częstotliwości opłacania Składek i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
4. W przypadku, o którym mowa w § 8 ust. 1 pkt 6, Składka zostanie pomniejszona o wysokość Składki za Umowę dodatkową.

Indeksacja

§ 10

Składka za Umowę dodatkową nie podlega indeksacji.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 11

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia lub brak możliwości wykonania świadczeń zaistniałe z przyczyn zewnętrznych niezależnych od Centrum Pomocy i mogących powodować brak dyspozycyjności usługodawców realizujących dane świadczenie.
2. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje kosztów usług powstałych z tytułu lub w następstwie:
 - 1) chorób przewlekłych Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, istniejących lub zdiagnozowanych przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 2) chorób, z którymi związana była hospitalizacja Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance w ciągu ostatnich sześciu miesięcy przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 3) helioterapii lub zabiegów zaleconych Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance ze wskazań estetycznych;
 - 4) chorób przenoszonych drogą płciową, chorób wenerycznych, AIDS, wirusa HIV pozytywnego;
 - 5) ciąży Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
 - 6) leczenia przez Lekarza będącego członkiem rodziny Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
 - 7) szczepień, a także leczenia dentystycznego Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
 - 8) wypadków Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance wynikających z zabiegów lub leczenia nieuznanego w sposób naukowy i medyczny;
 - 9) niestosowania się Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Pomocy.
3. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje leczenia oraz transportu w przypadku, gdy stan zdrowia Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance wymaga natychmiastowej interwencji pogotowia ratunkowego.
4. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wykona usługi w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo realizacja usługi naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Umowy dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać wykonana usługa.

Realizacja świadczenia

§ 12

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

Postanowienia końcowe

§ 13

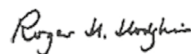
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 22 stycznia 2026 roku.

Agnieszka Callen



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

Roger Hodgkiss



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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
dotyczącego Drugiej opinii medycznej dla Ubezpieczonego
(kod GPR_BA_BDV1_01.2026) dalej „OWUD”
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 5; § 12 ust. 2	§ 11; § 12 ust. 1

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO
DOTYCZĄCEGO DRUGIEJ OPINII MEDYCZNEJ DLA UBEZPIECZONEGO
(KOD GPR_BA_BDV1_01.2026)**

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego dotyczącego Drugiej opinii medycznej dla Ubezpieczonego (zwanymi dalej „OWUD”), z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Drugą opinię medyczną dla Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

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

- 1) **Centrum Pomocy Generali** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe czynne przez całą dobę, 365 dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej oraz koordynuje realizację świadczenia z tytułu Drugiej opinii medycznej. Numer telefonu Centrum Pomocy wskazany jest w Dokumencie ubezpieczenia;
- 2) **Choroba neuronu ruchowego** – choroba o nieznannej etiologii, charakteryzująca się postępującym zwyrodnieniem szlaków korowo-rdzeniowych, komórek przednich rdzenia i/lub neuronów opuszki. Definicja obejmuje następujące jednostki chorobowe:
 - a. rdzeniowy zanik mięśni (SMA);
 - b. postępujące porażenie opuszkowe (PBP);
 - c. stwardnienie zanikowe boczne (ALS);
 - d. pierwotne stwardnienie boczne (PLS).
 Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii, konieczne jest wykluczenie innych jednostek chorobowych dających podobne objawy;
- 3) **Ciężkie oparzenia** – uszkodzenie tkanek czynnikami termicznymi, elektrycznymi lub chemicznymi, powodujące oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała. Jako kryterium pomiaru przyjmuje się tabelę powierzchni ciała Lunda i Browdera;
- 4) **Druga opinia medyczna** – opinia dotycząca diagnozy, stanu zdrowia i leczenia Ubezpieczonego sporządzana przez Lekarza konsultanta, na podstawie dostarczonej dokumentacji medycznej;
- 5) **Europ Assistance** – Europ Assistance Sp. z o.o., która mieści się pod adresem: ul. Postępu 21c, 02-676 Warszawa, współpracująca z Towarzystwem w ramach Drugiej opinii medycznej;
- 6) **Lekarz konsultant** – lekarz uznany za wybitnego specjalistę w środowisku medycznym w danej specjalności. Wybór Lekarza konsultanta dla poszczególnych Ubezpieczonych będzie dokonywany przez Europ Assistance, z uwzględnieniem specyfiki choroby Ubezpieczonego;
- 7) **Lekarz uprawniony** – lekarz współpracujący z organizatorem usług objętych Drugą opinią medyczną;

- 8) **Niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do stosowania u Ubezpieczonego przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki;
- 9) **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie zdrowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia poniższych trzech kryteriów:
- pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne;
 - posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem;
 - rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności.
- Definicja nie obejmuje:
- nowotworów o typie carcinoma in situ (łącznie z dysplazją szyjki macicy CIN-1, CIN-2 i CIN-3) lub opisanych jako nowotwory przedinwazyjne/nieinwazyjne;
 - nowotworów skóry z wyjątkiem chłoniaka skóry oraz czerniaka złośliwego o stopniu zaawansowania większym niż IA w klasyfikacji TNM – zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC;
 - wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
- 10) **Operacja zastawek serca** – operacja na otwartym sercu, polegająca na przeszczepieniu, wszczepieniu lub naprawie jednej lub kilku zastawek serca. Definicja nie obejmuje zabiegów polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczyń krwionośnych oraz wymiany wszczepionej wcześniej zastawki. Zabieg musi wynikać ze wskazań klinicznych, potwierdzonych przez specjalistę w zakresie kardiologii, a uszkodzenie zastawek musi być potwierdzone badaniem naczyniowym lub echokardiograficznym;
- 11) **Ośrodek referencyjny** – ośrodek medyczny będący ze względu na profil swojej działalności, doświadczenie i wyniki leczenia punktem odniesienia w diagnostyce lub leczeniu danej jednostki chorobowej;
- 12) **Paraliż** – całkowita utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn, spełniająca kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovetta, spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu. Kończyna rozumiana jest jako anatomiczna całość: ramię, przedramię, dłoń w przypadku kończyny górnej i udo, podudzie, stopa w przypadku kończyny dolnej. Utrata funkcji musi być trwała, istnieć przez ponad 6 miesięcy od daty zdarzenia i być potwierdzona przez specjalistę w zakresie neurologii;
- 13) **Płatnica polisy** – data wymagalności Składki za Umowę dodatkową, przypadająca na pierwszy dzień okresu, za który jest należna;
- 14) **Przeszczepienie narządu** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z narządów: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub allogeniczny przeszczep szpiku kostnego. Definicja nie obejmuje przeszczepów narządów innych, niż wymienione powyżej, części narządów (z wyjątkiem przeszczepu fragmentu wątroby), przeszczepów tkanek lub komórek oraz przeszczepów narządów związanych z nadużywaniem alkoholu, leków lub innych substancji chemicznych;
- 15) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej Drugiej opinii medycznej dla Ubezpieczonego.
- 16) **Stwardnienie rozsiane** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) charakteryzująca się powstawaniem obszarów demielinizacji. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie aktualnych kryteriów diagnostycznych McDonald'a i potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Konieczne jest istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii najwcześniej po 6 miesiącach od daty wystąpienia zdarzenia) i jednoznaczne wykluczenie innej przyczyny stwierdzanych nieprawidłowości (np. choroby naczyniowe, zakażenia bakteryjne lub wirusowe);
- 17) **Śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin, oceniany na nie więcej niż 7 stopni w Skali Glasgow (Glasgow Coma Scale), powodujący powstanie trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Definicja nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej, a także wynikających z użycia leków, alkoholu i innych substancji odurzających;
- 18) **Udar mózgu** – nagle, ogniskowe uszkodzenie mózgu spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorem materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
- obecność nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;
 - obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w badaniach obrazowych (tomografii komputerowej lub jądrowym rezonansie magnetycznym);
 - istnienie trwałych deficytów neurologicznych potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie co najmniej 2 miesięcy od daty zdarzenia.
- Definicja nie obejmuje:
- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
 - zdarzeń skutkujących jedynie zmianami osobowości lub zaburzeniami pamięci;
 - objawów mózgowych spowodowanych migreną;
 - uszkodzenia mózgu spowodowanego zewnętrznym urazem lub niedotlenieniem;
 - chorób naczyniowych dotyczących oka, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;
- 19) **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;
- 20) **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;
- 21) **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;
- 22) **Zakażenie wirusem HIV**
- Zakażenie wirusem HIV związane z przetoczeniem krwi. Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że:
 - do zakażenia doszło w okresie ubezpieczenia, podczas przetaczania ze wskazań medycznych krwi lub preparatów krwiopochodnych;
 - Ubezpieczony nie był leczony z powodu hemofilii;

- c) do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy po przetoczeniu;
- d) obecność infekcji HIV została potwierdzona w autoryzowanym laboratorium;
- b. Zakażenie wirusem HIV związane z pracą zawodową. Zdiagnozowanie u Ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS pod warunkiem, że:
 - a) do zakażenia doszło w wyniku zakłucia się igłą w czasie wykonywania obowiązków zawodowych jako: lekarz/stomatolog, pielęgniarka, ratownik medyczny, strażak lub policjant;
 - b) wypadek, który mógł być przyczyną zakażenia zdarzył się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i został zgłoszony do Towarzystwa wraz z ujemnym wynikiem testu w kierunku HIV, wykonanym po wypadku;
 - c) do serokonwersji doszło w ciągu 6 miesięcy od wypadku;
 - d) obecność infekcji HIV została potwierdzona w autoryzowanym laboratorium.

Definicja nie obejmuje przypadków zakażenia, do których doszło w inny sposób, np. drogą kontaktów seksualnych lub dożylnego stosowania środków odurzających. Towarzystwo musi posiadać prawo dostępu do wyników badań krwi Ubezpieczonego i mieć prawo do zlecenia niezależnych badań kontrolnych.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje sporządzenie Drugiej opinii medycznej dla Ubezpieczonego, w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, o którym mowa w § 12 ust. 2.

§ 5

Zakres ubezpieczenia obejmuje sporządzenie Drugiej opinii medycznej, w ramach której Towarzystwo za pośrednictwem Europ Assistance zobowiązuje się do:

- a. udzielenia Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie Drugiej opinii medycznej, a w razie potrzeby zobowiązuje się do zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów. W przypadku chorób nowotworowych może być konieczne przeprowadzenie ponownego badania histopatologicznego, które, na wniosek Ubezpieczonego, zostanie zorganizowane przez Europ Assistance;
- b. przetłumaczenia, w razie potrzeby, zebranej dokumentacji medycznej na język angielski, a następnie sporządzenia z niej streszczenia;
- c. przesłania streszczenia do Lekarza konsultanta, specjalizującego się w danym schorzeniu;
- d. zapewnienia sporządzenia Drugiej opinii medycznej zawierającej: potwierdzenie bądź nową diagnozę, efektywny sposób leczenia, rokowania;
- e. przetłumaczenia Drugiej opinii medycznej na język polski oraz udostępnienia jej Ubezpieczonemu lub na wniosek Ubezpieczonego lekarzowi prowadzącemu, pod opieką którego on się znajduje;
- f. zorganizowania telekonsultacji, wideokonsultacji lub wizyty u Lekarza konsultanta, czyli:
 - a) zorganizowania telekonsultacji, wideokonsultacji albo wizyty u Lekarza konsultanta z Ośrodka referencyjnego, przygotowującego Drugą opinię medyczną, w celu omówienia z nim wątpliwości lub niejasności, a także odpowiedzi na dodatkowe pytania Ubezpieczonego dotyczące sporządzonej Drugiej opinii medycznej. Usługa realizowana jest w dni robocze w terminie ustalonym z Ubezpieczonym;
 - b) zorganizowania pomocy tłumacza, przy wykorzystaniu narzędzi porozumiewania się na odległość (telefon, e-mail, chat), w sytuacji, gdy Ubezpieczony wymaga wsparcia w zakresie tłumaczenia podczas telekonsultacji albo wideokonsultacji z Lekarzem konsultantem z Ośrodka referencyjnego lub w trakcie organizacji procesu leczenia. Tłumaczenia odbywają się w języku: angielskim, niemieckim, hiszpańskim lub francuskim. Usługa realizowana jest w dniu telekonsultacji albo wideokonsultacji;
- g. wskazania lekarzy kwalifikujących się do podjęcia procesu leczenia Ubezpieczonego, czyli:
 - a) wyszukania lekarza specjalizującego się w danym schorzeniu;
 - b) dostarczenia Ubezpieczonemu raportu zawierającego informacje o dostępności lekarza, sposobie, w jaki można umówić się na wizytę, dokumentacji medycznej potrzebnej na wizytę oraz zawierającego informacje o doświadczeniu lekarza. W raporcie zawarte są opisy maksymalnie trzech rekomendowanych lekarzy;
- h. zorganizowania procesu leczenia Ubezpieczonego za granicą, czyli:
 - a) zorganizowania oraz koordynacji terapii medycznej;
 - b) zorganizowania oraz koordynacji transportu Ubezpieczonego do miejsca gdzie przeprowadzane jest leczenie;
 - c) zorganizowania zakwaterowania Ubezpieczonego;
 - d) przedstawienia szacunkowego kosztu leczenia.

Prawo do usług określonych w pkt f, g oraz h przysługuje pod warunkiem, że wcześniej została sporządzona Druga opinia medyczna dla Ubezpieczonego.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 6

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
 - 1) ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie indywidualnym albo
 - 2) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariantcie pakietowym.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

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

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 8

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie indywidualnym;
 - 3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariantcie pakietowym, chyba, że Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy, o której mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy”;
 - 4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
 - 5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Składka za Umowę dodatkową

§ 9

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od częstotliwości opłacania Składek i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczona jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.

Indeksacja

§ 10

Składka za Umowę dodatkową nie podlega indeksacji.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 11

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe objęte ochroną ubezpieczeniową było konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 4) pozostawania przez Ubezpieczonego pojazdu pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, uśmierzania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, narciarstwo/snowboard poza wyznaczonymi trasami (off-road skiing, heliskiing, freeride), kaskaderstwo, jazdę na quadach, pokonywanie przeszkód w przestrzeni miejskiej (parkour, free-running, rooftopping), kolarstwo ekstremalne (freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping) oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Drugiej opinii medycznej, jeżeli choroba lub uszkodzenie ciała powodujące trwałą, krytyczną, nieodwracalną utratę zdrowia nastąpiły wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa, określonych w ust. 1, a ponadto jeśli powstały wskutek:
 - 1) poddania się leczeniu dentyścicznemu przez Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 2) operacji plastycznej lub kosmetycznej Ubezpieczonego z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) leczenia wszelkiego rodzaju uzależnień Ubezpieczonego;
 - 4) przypadków związanych z usuwaniem ciąży lub będących jego następstwem.

3. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie sporządzi Drugiej opinii medycznej w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo sporządzenie Drugiej opinii medycznej naraziłoby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzebraniem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Umowy dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać sporządzona Druga opinia medyczna.

Świadczenie z tytułu Drugiej opinii medycznej

§ 12

1. Świadczenie obejmuje proces organizowania usług określonych w § 5 pkt 1, natomiast nie obejmuje kosztów wizyt lekarskich i badań diagnostycznych zaleconych lub niezbędnych do sporządzenia Drugiej opinii medycznej. Nie obejmuje również kosztów terapii medycznej, transportu czy zakwaterowania.
2. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli u Ubezpieczonego rozpoznano chorobę lub uszkodzenie ciała powodujące trwałą, krytyczną, nieodwracalną utratę zdrowia tj:
 - 1) Chorobę neuronu ruchowego;
 - 2) Ciężkie oparzenia;
 - 3) Niewydolność nerek;
 - 4) Nowotwór złośliwy inwazyjny;
 - 5) Operacja zastawek serca;
 - 6) Paraliż;
 - 7) Przeszczepienie narządu;
 - 8) Stwardnienie rozsiane;
 - 9) Śpiączkę;
 - 10) Udar mózgu;
 - 11) Utratę mowy;
 - 12) Utratę słuchu;
 - 13) Utratę wzroku;
 - 14) Zakażenie wirusem HIV.
3. Zgłaszając się do Centrum Pomocy Generali zgłaszający powinien podać następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) adres zamieszkania;
 - 3) numer telefonu do kontaktu zwrotnego.
4. W przypadku potwierdzenia ochrony ubezpieczeniowej zgłaszający otrzyma przesyłkę zawierającą zestaw formularzy niezbędnych do spełnienia świadczenia.
5. Zgłaszający zobowiązany jest dostarczyć do Centrum Pomocy Generali pełną dokumentację medyczną dotyczącą przypadku medycznego, w związku z którym wnioskuje o sporządzenie Drugiej opinii medycznej dla Ubezpieczonego.
6. Centrum Pomocy Generali przesyła Drugą opinię medyczną w ciągu 17 dni roboczych liczonych od daty, w której spełniony został warunek określony w ust. 5.
7. W przypadku gdy sporządzenie Drugiej opinii medycznej nie może nastąpić w terminie, o którym mowa w ust. 6, Centrum Pomocy Generali sporządzi Drugą opinię medyczną w ciągu 14 dni roboczych od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, sporządzenie jej było możliwe.
8. Centrum Pomocy Generali organizuje telekonsultację, wideokonsultację albo wizytę u Lekarza konsultanta, o których mowa w § 5 pkt f, nie później niż 2 dni robocze od dnia otrzymania zgłoszenia o chęci skorzystania z tej usługi.

Postanowienia końcowe

§ 13

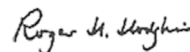
1. W sprawach nieregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 22 stycznia 2026 roku.

Agnieszka Callen



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

Roger Hodgkiss



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