

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ŻYCIE KREDYTOBIORCÓW PLUS

Obowiązujące od 28 listopada 2024 roku

Spis treści

3	OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA ŻYCIE KREDYTOBIORCÓW PLUS
3	Postanowienia ogólne
3	Definicje
4	Przedmiot Umowy głównej
4	Zakres ubezpieczenia
4	Zawarcie Umowy głównej
5	Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa
6	Ochrona ubezpieczeniowa
6	Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej
6	Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego
7	Suma ubezpieczenia z tytułu dożycia
7	Składka za Umowę główną
8	Zmiana częstotliwości opłacania składek
8	Skutki podania nieprawdziwych informacji
8	Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności
8	Uposażony
9	Świadczenie główne
9	Świadczenie z tytułu dożycia do końca okresu ubezpieczenia
9	Wypłata Świadczenia głównego
10	Wypłata świadczenia z tytułu dożycia do końca okresu ubezpieczenia
10	Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego
10	Obowiązki Ubezpieczyciela
11	Reklamacje
11	Śmierć Ubezpieczającego
11	Postanowienia końcowe
12	Wejście w życie
13	Ogólne warunki klauzuli dodatkowej ZK9 na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku
16	Ogólne warunki klauzuli dodatkowej ZK10 na wypadek Czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy lub Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu
19	Ogólne warunki klauzuli dodatkowej ZK1 na wypadek Trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku
23	Ogólne warunki klauzuli dodatkowej ZK2 na wypadek Trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie Choroby
27	Ogólne warunki klauzuli dodatkowej ZK7 na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku przy pracy rolniczej
30	Ogólne warunki klauzuli dodatkowej ZK8 na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie Choroby zakaźnej w rolnictwie

Wykaz istotnych informacji zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia
 Życie Kredytobiorców Plus
 (kod: ŻKRED/OWU/24/11) dalej „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	§ 3; § 4; § 8 ust. 5 i 6; § 19 ust. 1 i 3; § 20	§ 8 ust. 7 i 8; § 16; § 17; § 19 ust. 2 i 4; § 20 ust. 2

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA
 ŻYCIE KREDYTOBIORCÓW PLUS**

Postanowienia ogólne

§ 1

- Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia, zwane dalej „OWU”, mają zastosowanie do Umowy głównej zawieranej pomiędzy Ubezpieczającym a Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna jako Ubezpieczycielem.
- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy głównej udzielana jest w oparciu o postanowienia niniejszych OWU. W przypadku, gdy ochrona ubezpieczeniowa rozszerzona jest o Klauzule dodatkowe, do ochrony ubezpieczeniowej mają zastosowanie także postanowienia Ogólnych warunków klauzul dodatkowych, stanowiące integralną część OWU.
- Za zgodą stron, do Umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU lub w Ogólnych warunkach klauzul dodatkowych.

Definicje

§ 2

Terminom użytym w Umowie głównej nadaje się następujące znaczenia:

- Aktualne zobowiązanie** – kwota kapitału pozostałego do spłaty na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, będące podstawą do ustalenia wysokości należnego Świadczenia głównego (w przypadku Umowy głównej zawieranej na Kredytową sumę ubezpieczenia) bądź świadczenia przypadającego Uposażonemu Kredytodawcy (w przypadku Umowy głównej zawieranej na Stałą sumę ubezpieczenia);
- Dokument ubezpieczenia** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem oraz warunki tej umowy (polisa), a także każdy inny dokument potwierdzający zmianę warunków Umowy ubezpieczenia;
- Klauzula dodatkowa** – klauzula zawarta na podstawie Ogólnych warunków klauzuli dodatkowej rozszerzająca zakres ochrony ubezpieczeniowej Umowy głównej;
- Kredytobiorca** – Ubezpieczony będący stroną Umowy zadłużeniowej zawartej z Kredytodawcą. Kredytobiorca, w rozumieniu niniejszych OWU, to w szczególności Kredytobiorca na podstawie umowy kredytowej, leasingobiorca (korzystający) w przypadku umowy leasingu oraz pożyczkobiorca na podstawie umowy pożyczki;
- Kredytodawca** – przedsiębiorca w rozumieniu ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny, który w zakresie swojej działalności gospodarczej lub zawodowej zawiera z Kredytobiorcą Umowę zadłużeniową. Kredytodawca, w rozumieniu niniejszych OWU, to w szczególności bank, spółdzielcza kasa oszczędnościowo-rozliczeniowa, fundusz leasingowy (w przypadku umowy leasingu), przedsiębiorca udzielający pożyczek (w przypadku umowy pożyczki) oraz przedsiębiorca sprzedający usługi/produkty z ratalnym sposobem zapłaty;
- Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagłe;
- Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
- Rocznica polisy** – każda rocznica dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, przy czym jeżeli Rocznicą polisy przypada 29 lutego, a w danym roku nie ma takiego dnia, za Rocznicę polisy uznaje się ostatni dzień lutego w danym roku kalendarzowym;

- 9) **Rok polisy** – roczny okres między kolejnymi Rocznicami polisy. Pierwszy Rok polisy rozpoczyna się w dniu początku okresu ubezpieczenia, a kończy z upływem dnia poprzedzającego najbliższą Rocznicę polisy;
- 10) **Suma ubezpieczenia** – kwota, określona w Dokumentie ubezpieczenia, stanowiąca wysokość zobowiązania Ubezpieczyciela w przypadku śmierci Ubezpieczonego, zmieniająca się w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w zależności od wysokości Aktualnego zobowiązania;
- 11) **Suma ubezpieczenia z tytułu dożycia** – kwota wypłacana w przypadku dożycia przez Ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia dłuższego niż 12 miesięcy;
- 12) **Świadczenie główne** – świadczenie z tytułu Umowy głównej wypłacane przez Ubezpieczyciela w przypadku śmierci Ubezpieczonego;
- 13) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawiera Umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacania składek;
- 14) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia;
- 15) **Ubezpieczyciel** – Ubezpieczycielem jest Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Senatorskiej 18;
- 16) **Umowa główna** – umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU;
- 17) **Umowa ubezpieczenia** – Umowa główna wraz z Klauzulami dodatkowymi, o które został rozszerzony zakres ubezpieczenia;
- 18) **Umowa zadłużeniowa** – umowa zawarta pomiędzy Kredytobiorcą a Kredytodawcą, na podstawie której Kredytodawca obliguje się do udostępnienia środków finansowych Kredytobiorcy, a Kredytobiorca do spłaty zadłużenia zgodnie z warunkami tej umowy. Pojęcie Umowy zadłużeniowej obejmuje zarówno kredyt konsumencki, hipoteczny, limit zadłużenia w rachunku, zadłużenie na karcie kredytowej, jak i wszelkiego rodzaju kredyty i pożyczki bez względu na sposób spłaty zadłużenia (cykliczny lub na koniec okresu obowiązywania Umowy zadłużeniowej), a także umowę leasingu;
- 19) **Uposażony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, tj. Uposażony Główny, Uposażony Kredytodawca lub Uposażony Zastępczy;
- 20) **Uposażony Główny** – osoba wskazana przez Ubezpieczającego, a w przypadku zawarcia Umowy głównej na cudzy rachunek, przez Ubezpieczającego za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego;
- 21) **Uposażony Kredytodawca** – Kredytodawca uprawniony do otrzymania świadczenia z tytułu Umowy głównej w kwocie Aktualnego zobowiązania, na zasadzie pierwszeństwa przed pozostałymi Uposażonymi;
- 22) **Uposażony Zastępczy** – osoba wskazana przez Ubezpieczającego, a w przypadku zawarcia Umowy głównej na cudzy rachunek, przez Ubezpieczającego za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, jeżeli wskazanie jedyne Uposażonego Głównego stało się bezskuteczne
- 23) **Uprawniony** – Ubezpieczony, Uposażony, a w przypadku gdy nie został on wskazany lub został wskazany bezskutecznie, osoba wskazana w § 18 ust. 2 pkt 7, uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia;
- 24) **Wniosek** – formularz Ubezpieczyciela, na którym Ubezpieczający składa ofertę zawarcia Umowy ubezpieczenia;
- 25) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – sytuacja, której wystąpienie powoduje odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

Przedmiot Umowy głównej

§ 3

Przedmiotem Umowy głównej jest życie Ubezpieczonego.

Zakres ubezpieczenia

§ 4

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) śmierć Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej;
 - 2) dożycie przez Ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia trwającego dłużej niż 12 miesięcy.
2. Za zgodą Ubezpieczyciela, na wniosek Ubezpieczającego, zakres ochrony może zostać rozszerzony o Klauzule dodatkowe, będące w ofercie Ubezpieczyciela, na podstawie i warunkach określonych w Ogólnych warunkach klauzul dodatkowych.

Zawarcie Umowy głównej

§ 5

1. Umowa główna zawierana jest na czas określony, wskazany przez Ubezpieczającego we Wniosku (okres ubezpieczenia).
2. Minimalna długość okresu ubezpieczenia wynosi 1 miesiąc.
3. Umowa główna zawierana jest w formie indywidualnej. Oznacza to, że w ramach jednej Umowy głównej ochroną ubezpieczeniową może być objęty jeden Ubezpieczony.
4. Umowa główna jest zawierana przez Kredytobiorcę, w celu zabezpieczenia Kredytodawcy i Kredytobiorcy, na wypadek zajścia zdarzeń objętych zakresem ochrony ubezpieczeniowej, przy czym:
 - 1) gdy Kredytobiorcą jest osoba fizyczna – Ubezpieczonym może zostać wyłącznie Kredytobiorca;
 - 2) gdy Kredytobiorcą jest spółka prawa handlowego bądź inna jednostka organizacyjna (posiadająca lub nieposiadająca osobowości prawnej) prowadząca działalność gospodarczą – Ubezpieczonym może zostać osoba fizyczna pozostająca w stałym stosunku prawnym z Kredytobiorcą (umowa o pracę, powołanie, umowa o stałej współpracy), tj. wspólnik lub partner spółki osobowej prawa handlowego, prezes lub członek zarządu, pełnomocnik zarządu, prokurent, dyrektor zarządzający, dyrektor finansowy oraz główny księgowy.
5. Umowa główna może zostać zawarta jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 18 lat i nie ukończył wieku obliczanego jako różnica pomiędzy wiekiem 85 lat a okresem, na jaki została zawarta Umowa zadłużeniowa.
6. Umowa główna może zostać zawarta przez Ubezpieczającego na rachunek własny bądź na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego).

§ 6

1. Umowę główną zawiera się na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku.
2. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy głównej na cudzy rachunek również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytał we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy głównej.

3. W celu oceny ryzyka na wniosek Ubezpieczyciela 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 Ubezpieczycielem. Koszty tych badań ponosi Ubezpieczyciel.
4. Jeżeli Wniosek zostanie wypełniony w sposób nieprawidłowy, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia braków we wskazanym terminie.
5. Jeżeli Ubezpieczający nie uzupełni Wniosku lub nie wypełni nowego w terminie, o którym mowa w ust. 4, Umowa główna nie zostanie zawarta, a składka pobrana przez Ubezpieczyciela zostanie w całości zwrócona Ubezpieczającemu.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę główną przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 1 i 2, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.

§ 7

1. Umowę główną uważa się za zawartą z chwilą wystawienia przez Ubezpieczyciela Dokumentu ubezpieczenia, a w razie wątpliwości z chwilą doręczenia Ubezpieczającemu tego dokumentu.
2. W Dokumencie ubezpieczenia wskazany jest również rodzaj Umowy zadłużeniowej.
3. Na podstawie dostarczonych informacji Ubezpieczyciel ma prawo odmówić zawarcia Umowy głównej lub zawrzeć ją na warunkach odmiennych od określonych we Wniosku.
4. Jeżeli w odpowiedzi na złożony Wniosek Ubezpieczyciel doręcza Ubezpieczającemu Dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego we Wniosku oferty, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie, wyznaczając mu 14-dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu.
5. W przypadku braku sprzeciwu, Umowa główna dochodzi do skutku zgodnie z treścią Dokumentu ubezpieczenia, następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego na złożenie sprzeciwu.
6. Jeżeli Ubezpieczyciel odmówi zawarcia Umowy głównej, poinformuje o tym Ubezpieczającego podając przyczyny odmowy oraz zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę.

Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa

§ 8

1. W okresie rozpatrywania Wniosku Ubezpieczyciel udziela, nie dłużej niż przez 60 dni, osobie wskazanej we Wniosku jako Ubezpieczony ochrony tymczasowej na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
2. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się następnego dnia po złożeniu Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego kompletnego i prawidłowo wypełnionego Wniosku, jednak nie wcześniej niż dzień po zapłaceniu składki jednorazowej albo pierwszej składki regularnej.
3. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem:
 - 1) poprzedzającym dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, ale nie później niż z upływem 60 dni od daty złożenia Wniosku;
 - 2) upływu 60 dni od daty złożenia Wniosku, jeżeli jednocześnie nie rozpoczęła się ochrona ubezpieczeniowa;
 - 3) doręczenia Ubezpieczającemu decyzji Ubezpieczyciela o odmowie zawarcia Umowy głównej;
 - 4) otrzymania przez Ubezpieczyciela sprzeciwu dotyczącego zawarcia Umowy głównej na warunkach odmiennych od określonych we Wniosku;
 - 5) otrzymania przez Ubezpieczyciela oświadczenia Ubezpieczającego o rezygnacji z zawarcia Umowy głównej;
 - 6) śmierci Ubezpieczonego,
 w zależności od tego, które ze zdarzeń nastąpi wcześniej.
4. W przypadku rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej wpłaconą składkę zalicza się na poczet składki jednorazowej albo pierwszej składki regularnej.
5. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w czasie udzielania tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciel wypłaci Uprawnionemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, jednak nie wyższej niż 30 000 zł (trzydzieści tysięcy złotych). Suma ubezpieczenia, o której mowa w poprzednim zdaniu, stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu wszystkich Wniosków dotyczących Ubezpieczonego, złożonych w trakcie udzielania ochrony tymczasowej.
6. Świadczenie, o którym mowa w ust. 5, zostanie wypłacone pod warunkiem, że:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek, wskutek którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, miał miejsce podczas udzielania tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła podczas udzielania tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonego a jego śmiercią.
7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, wskutek którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, był konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 4) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do

wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, narciarstwo/snowboard poza wyznaczonymi trasami (off-road skiing, heliskiing, freeride), kaskaderstwo, jazdę na quadach, pokonywanie przeszkód w przestrzeni miejskiej (parkour, free-running, rooftopping), kolarstwo ekstremalne (freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping) oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych.

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

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 9

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy głównej rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanych w Dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia. Jeśli nie wskazano godziny, przyjmuje się, że ochrona rozpoczęła się od godz. 00:00 wskazanego dnia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest 24 godziny na dobę na terenie całego świata.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy głównej wygasa z dniem rozwiązania Umowy głównej, wskazanym w § 11 ust. 2.

Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej

§ 10

1. Jeżeli Umowa główna jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy głównej w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni – od dnia zawarcia Umowy głównej.
2. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy głównej Ubezpieczyciel nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy głównej, 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 głównej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku odstąpienia od Umowy głównej Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminie 7 dni od dnia otrzymania oświadczenia o odstąpieniu.

§ 11

1. Umowa główna może zostać wypowiedziana przez Ubezpieczającego w każdym czasie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia liczonego od dnia doręczenia wypowiedzenia Ubezpieczycielowi.
2. Umowa główna ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach i odpowiednio wskazanej dacie:
 - 1) odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy głównej – z dniem odstąpienia;
 - 2) wypowiedzenia Umowy głównej – z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia;
 - 3) śmierci Ubezpieczonego – z dniem śmierci Ubezpieczonego;
 - 4) nieopłacenia przez Ubezpieczającego składki – w dniu wskazanym w wezwaniu do zapłaty, zgodnie z § 14 ust. 9;
 - 5) upływu okresu ubezpieczenia – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia;
 - 6) ukończenia przez Ubezpieczonego 85 roku życia – w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 85 rok życia;
 - 7) wygaśnięcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, jeśli Ubezpieczyciel jednocześnie nie potwierdził rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z postanowieniami § 9 ust. 1 – z dniem wygaśnięcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej;
 - 8) w przypadku Umowy głównej zawartej na Kredytową sumę ubezpieczenia, gdy wygasną roszczenia Kredytodawcy wobec Kredytobiorcy z tytułu Umowy zadłużeniowej, której dotyczy ochrona ubezpieczeniowa – z dniem wygaśnięcia tych roszczeń;
 - 9) śmierci Ubezpieczającego w przypadku Umowy głównej zawartej na cudzy rachunek, jeżeli Ubezpieczony za zgodą Ubezpieczyciela nie wstąpił w prawa i obowiązki Ubezpieczającego, zgodnie z postanowieniami § 26 ust. 1 i 2 – z dniem śmierci Ubezpieczającego.
3. W przypadku rozwiązania Umowy głównej, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, przypadający od dnia rozwiązania Umowy głównej. Zwrot składki nie przysługuje w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego

§ 12

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego ustalana jest w następujący sposób:
 - 1) w przypadku Umowy zadłużeniowej w postaci wszelkiego rodzaju pożyczek lub kredytów z obowiązkiem spłaty kapitału na koniec okresu obowiązywania Umowy zadłużeniowej – wysokość Sumy ubezpieczenia powinna odpowiadać kwocie kapitału pozostałego do spłaty;
 - 2) w przypadku Umowy zadłużeniowej związanej z limitem zadłużenia w rachunku lub w ramach karty kredytowej – wysokość Sumy ubezpieczenia powinna odpowiadać kwocie maksymalnego limitu zadłużenia;
 - 3) w przypadku Umowy zadłużeniowej, w ramach której spłata kapitału następuje ratalnie (malejąca kwota Aktualnego zobowiązania w trakcie trwania Umowy zadłużeniowej) – wysokość Sumy ubezpieczenia powinna odpowiadać kwocie obliczanej na podstawie początkowego harmonogramu spłaty zadłużenia wynikającego z Umowy zadłużeniowej i obejmować sumę rat kapitałowych pozostających do spłaty zgodnie z tym harmonogramem.
2. Jeżeli Umowa główna stanowi zabezpieczenie Umowy zadłużeniowej, w ramach której spłata kapitału następuje ratalnie (malejąca kwota Aktualnego zobowiązania w trakcie trwania Umowy zadłużeniowej), Suma ubezpieczenia ma charakter zmienny (malejący) w okresie obowiązywania Umowy głównej. W takiej sytuacji Suma ubezpieczenia jest w danym momencie równa aktualnej kwocie zadłużenia obliczanej na podstawie początkowego harmonogramu spłaty zadłużenia wynikającego z Umowy zadłużeniowej i obejmuje sumę rat kapitałowych

- pozostających do spłaty w danym momencie zgodnie z tym harmonogramem oraz jedną zaległą ratę odsetkową – jeśli taka występuje, z zastrzeżeniem ust. 4.
3. Wysokość Sumy ubezpieczenia na dzień zawarcia Umowy głównej ustalana jest na podstawie kwot, o których mowa w ust. 1, aktualnych na dzień zawarcia Umowy głównej (bez względu na moment zawarcia Umowy zadłużeniowej). Przy ustalaniu wysokości Sumy ubezpieczenia nie uwzględnia się żadnych zaległych rat kapitałowych bądź odsetkowych, jakichkolwiek odsetek dodatkowych związanych z zaległościami w spłacie, kar umownych, dodatkowych opłat manipulacyjnych ani kosztów związanych z zawarciem czy obsługą Umowy zadłużeniowej.
 4. Ubezpieczający wskazuje we Wniosku procentowemu udziałowi Ubezpieczonego w Aktualnym zobowiązaniu. W takim przypadku Suma ubezpieczenia, ustalona zgodnie z ust. 3, odpowiada procentowemu udziałowi Ubezpieczonego w Aktualnym zobowiązaniu.
 5. Wysokość Sumy ubezpieczenia aktualna na dzień zawarcia Umowy głównej określona jest w Dokumencie ubezpieczenia.
 6. W przypadku gdy Umowa zadłużeniowa, w związku z zabezpieczeniem której zawierana jest Umowa główna, obejmuje zadłużenie w walucie obcej, podstawą do obliczenia Sumy ubezpieczenia/Aktualnego zobowiązania są kwoty w złotych polskich obliczone według kursu sprzedaży danej waluty, ogłoszonego w pierwszej tabeli kursów Kredytodawcy, obowiązującego na dzień ustalania Sumy ubezpieczenia bądź na dzień śmierci Ubezpieczonego. W przypadku gdy Kredytodawca nie opracowuje tabeli kursów, stosuje się średni kurs wyceny danej waluty dokonany na mocy prawa przez powołaną do tego instytucję państwową.
 7. Jeżeli Umowa główna zawarta jest na okres dłuższy niż 12 miesięcy, a składka opłacana jest z częstotliwością inną niż jednorazowa, na wniosek Ubezpieczającego, złożony w terminie przynajmniej 30 dni przed Rocznicą polisy, Ubezpieczyciel:
 - 1) obniży Sumę ubezpieczenia do kwoty nie niższej niż wysokość Aktualnego zobowiązania w ramach Umowy zadłużeniowej liczona na dzień, w którym przypada Rocznica polisy, i tylko w sytuacji, gdy Aktualne zobowiązanie jest niższe niż wynikałoby to z aktualnego harmonogramu spłaty zadłużenia zgodnego z Umową zadłużeniową, z zastrzeżeniem ust. 8.
 - 2) podwyższy Sumę ubezpieczenia do kwoty nie wyższej niż wysokość Aktualnego zobowiązania liczona na dzień, w którym przypada Rocznica polisy i tylko w sytuacji, gdy Aktualne zobowiązanie jest wyższe niż wynikałoby to z aktualnego harmonogramu spłaty zadłużenia zgodnego z Umową zadłużeniową. Suma ubezpieczenia nie może zostać podwyższona o więcej niż 20% aktualnej Sumy ubezpieczenia.
 8. Możliwość obniżenia Sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 7 pkt 1, w odniesieniu do Umowy głównej zawieranej w związku z zabezpieczeniem Umowy zadłużeniowej związanej z limitem zadłużenia w rachunku lub w ramach karty kredytowej, ma zastosowanie tylko w przypadku obniżenia przez Kredytodawcę maksymalnego dopuszczalnego limitu zadłużenia.
 9. Do wniosku o zmianę Sumy ubezpieczenia, Ubezpieczający załącza aktualny na dzień Rocznicy polisy harmonogram spłaty zadłużenia.
 10. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Ubezpieczyciela, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Ubezpieczycielem. Koszty tych badań pokrywa Ubezpieczyciel.
 11. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 10, Ubezpieczyciel może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia, o czym poinformuje Ubezpieczającego.
 12. Obniżenie bądź podwyższenie Sumy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 7, odpowiednio obniża lub podwyższa składkę za okres po dokonaniu obniżenia lub podwyższenia Sumy ubezpieczenia. Nowa wysokość składki obliczona jest zgodnie z § 14 ust. 2 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia z tytułu dożycia

§ 13

Suma ubezpieczenia z tytułu dożycia wynosi 8% wszystkich składek za Umowę ubezpieczenia, należnych i opłaconych w całym okresie ubezpieczenia dłuższym niż 12 miesięcy.

Składka za Umowę główną

§ 14

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki z tytułu udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
2. Składka za Umowę główną obliczana jest za cały okres ubezpieczenia na podstawie taryfy składek obowiązującej u Ubezpieczyciela w dniu zawarcia Umowy głównej, w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składek, wieku, zawodu i stanu zdrowia Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka oraz ograniczenia, o którym mowa w § 19 ust. 2.
3. Wysokość i częstotliwość opłacania składki za Umowę główną określona jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Składka za Umowę główną opłacana jest jednorazowo, z góry, za okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel może dopuszczać możliwość opłacania należnej składki w formie składki regularnej z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną lub miesięczną.
6. Niezapłacenie składki jednorazowej albo pierwszej składki regularnej oznacza brak rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, chyba że Ubezpieczyciel wyznaczył termin jej płatności przypadający w okresie udzielania ochrony.
7. Następne składki regularne powinny być opłacane najpóźniej w terminach określonych w Dokumencie ubezpieczenia.
8. Wpłacone kwoty pieniężne zaliczane są w pierwszej kolejności na poczet składki najwcześniejszej wymaganej.
9. W przypadku niezapłacenia kolejnej składki regularnej, a jeśli Ubezpieczyciel wyznaczył termin płatności składki przypadający w okresie udzielania ochrony, również w przypadku nieopłacenia składki jednorazowej albo pierwszej składki regularnej, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do jej opłacania wskazując dodatkowy, przynajmniej 7-dniowy termin. W przypadku nieopłacenia zaległej składki w dodatkowym terminie Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem wskazanym przez Ubezpieczyciela jako ostateczny termin jej opłacenia.

Zmiana częstotliwości opłacania składek

§ 15

1. W przypadku składek opłacanych regularnie Ubezpieczający ma prawo do zmiany częstotliwości opłacania składek w Rocznicę polisy.
2. Ubezpieczyciel dokona zmian częstotliwości opłacania składek na wniosek Ubezpieczającego pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 30 dni przed Rocznicą polisy.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 16

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Ubezpieczyciela okoliczności, o których mowa w § 6 ust. 1 i 2, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 6 ust. 1 i 2 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 głównej, Ubezpieczyciel nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy głównej podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 17

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za śmierć Ubezpieczonego, która nastąpiła wskutek:
 - 1) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie pierwszych 2 lat od daty zawarcia Umowy głównej;
 - 2) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 3) okoliczności, o których mowa w § 16.
2. Ubezpieczyciel nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci Świadczenia głównego w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata tego świadczenia naraziłaby Ubezpieczyciela na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Umowy głównej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy głównej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać wypłacone świadczenie.

Uposażony

§ 18

1. Uprawnionymi do wypłaty Świadczenia głównego są Uposażeni.
2. Z zastrzeżeniem ust. 4, zasady wypłaty Świadczenia głównego na rzecz poszczególnych Uposażonych są następujące:
 - 1) świadczenie jest wypłacane w całości Uposażonemu Głównemu;
 - 2) możliwe jest wyznaczenie więcej niż jednego Uposażonego Głównego ze wskazaniem proporcji, w jakiej nastąpić ma wypłata świadczenia na rzecz poszczególnych Uposażonych Głównych;
 - 3) w przypadku gdy wyznaczono więcej niż jednego Uposażonego Głównego, ale nie określono proporcji, w jakiej nastąpić ma wypłata świadczenia na rzecz poszczególnych Uposażonych Głównych, świadczenie przypada w równych częściach każdemu z Uposażonych Głównych;
 - 4) w przypadku gdy na dzień śmierci Ubezpieczonego wyznaczenie jednego z Uposażonych Głównych okazało się bezskuteczne lub Uposażony ten został odwołany bez wskazania, jaki ma być udział pozostałych Uposażonych Głównych w kwocie świadczenia, udział tego Uposażonego Głównego w kwocie świadczenia dolicza się proporcjonalnie do udziałów pozostałych Uposażonych Głównych;
 - 5) w przypadku gdy na dzień śmierci Ubezpieczonego wskazanie jednego Uposażonego Głównego albo wszystkich Uposażonych Głównych (jeśli wyznaczono więcej niż jednego) stało się bezskuteczne, prawo do świadczenia nabywa Uposażony Zastępczy;
 - 6) możliwe jest wyznaczenie więcej niż jednego Uposażonego Zastępczego. W takim przypadku mają zastosowanie odpowiednie postanowienia pkt 2-4;
 - 7) w przypadku gdy na dzień śmierci Ubezpieczonego nie został wskazany żaden Uposażony Główny ani żaden Uposażony Zastępczy lub wskazanie Uposażonego Głównego oraz Uposażonego Zastępczego okazało się bezskuteczne, świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
 - a) małżonek;
 - b) dzieci – w częściach równych;
 - c) rodzice – w częściach równych;
 - d) rodzeństwo – w częściach równych;
 - e) pozostałe osoby będące spadkobiercami ustawowymi Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy właściwej dla ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz Skarbu Państwa – w częściach równych;
 - 8) Świadczenie główne może zostać wypłacone członkowi rodziny wymienionemu w dalszej kolejności wyłącznie wtedy, gdy żadna z osób wskazanych w podpunktach poprzedzających nie jest uprawniona do otrzymania świadczenia z powodu okoliczności wskazanych w pkt 9;
 - 9) wskazanie Uposażonego Głównego lub Uposażonego Zastępczego jest bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed Ubezpieczonym (dotyczy Uposażonych będących osobami fizycznymi) albo przestał istnieć przed śmiercią Ubezpieczonego (dotyczy Uposażonych innych niż osoby fizyczne), albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. Uważa się, że Uposażony nie dożył śmierci Ubezpieczonego także, gdy zmarł jednocześnie z nim.
3. Uposażonego wyznacza Ubezpieczający. Ubezpieczający ma prawo do dokonania zmiany Uposażonego lub odwołania Uposażonego w każdym czasie, informując o tym Ubezpieczyciela. W przypadku zawarcia Umowy głównej na cudzy rachunek, do wyznaczenia i zmiany Uposażonego niezbędna jest zgoda Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający lub Ubezpieczający za zgodą Ubezpieczonego (w przypadku Umowy głównej zawartej na cudzy rachunek) może wyznaczyć Uposażonego Kredytodawcę. W takim przypadku Świadczenie główne wypłacane jest w pierwszej kolejności Uposażonemu Kredytodawcy, który ma pierwszeństwo przed innymi Uposażonymi. Uposażony Kredytodawca będzie uprawniony do otrzymania kwoty Aktualnego zobowiązania liczonego na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
5. W przypadku, gdy wyznaczono nowego Uposażonego Głównego bez jednoczesnego odwołania dotychczasowego lub dotychczasowych Uposażonych Głównych, oraz nie wskazano na nowo procentowych udziałów wszystkich Uposażonych Głównych w prawie do świadczenia, zastosowanie mają następujące zasady:
 - 1) jeżeli w ogóle nie wskazano procentowego udziału nowego Uposażonego Głównego w prawie do świadczenia, uznaje się, że temu Uposażonemu przypada udział proporcjonalny do ilości wszystkich Uposażonych Głównych, a udziały pozostałych Uposażonych Głównych ulegają odpowiedniemu proporcjonalnemu obniżeniu;

- 2) jeżeli wskazano procentowy udział nowego Uposażonego Głównego w prawie do świadczenia, nie wskazano na nowo procentowego udziału pozostałych Uposażonych Głównych, a suma łącznych udziałów wszystkich Uposażonych Głównych przekracza 100%, uznaje się, że nowemu Uposażonemu Głównemu przypada udział odpowiadający wskazanemu procentowi, natomiast udziały pozostałych Uposażonych Głównych ulegają odpowiedniemu proporcjonalnemu obniżeniu.
6. W przypadku wyznaczenia innego Uposażonego w miejsce Uposażonego Kredytodawcy, Uposażony ten nie jest traktowany jak Uposażony Kredytodawca i staje się Uposażonym Głównym lub jednym z Uposażonych Głównych. W takiej sytuacji zastosowanie mają postanowienia ust. 5.
7. W przypadku odwołania Uposażonego Kredytodawcy lub wyznaczenia innego Uposażonego w jego miejsce, Ubezpieczyciel poinformuje o tym niezwłocznie Uposażonego Kredytodawcę, na co Ubezpieczający, zawierając Umowę główną jako zabezpieczenie Umowy zadłużeniowej, wyraża nieodwołalną zgodę. W przypadku Umowy głównej zawartej na cudzy rachunek, wyrażenie przez Ubezpieczonego zgody na zawarcie Umowy głównej na jego rachunek oznacza automatycznie wyrażenie zgody na powyższe.
8. W przypadku gdy:
 - 1) wyznaczono Uposażonego Kredytodawcę lub
 - 2) Ubezpieczony dokonał cesji praw do świadczeń przysługujących mu z Umowy ubezpieczenia na Uposażonego Kredytodawcę lub na inny podmiot (Cesjonariusza) a Uposażony Kredytodawca lub Cesjonariusz rezygnuje z dochodzenia roszczeń z Umowy ubezpieczenia, roszczeń tych mogą dochodzić Ubezpieczony, spadkobiercy Ubezpieczonego bądź inne osoby, z zastrzeżeniem ust. 9.
9. W sytuacji, o której mowa w ust. 8, Ubezpieczyciel będzie traktował Ubezpieczonego, spadkobierców Ubezpieczonego bądź inne osoby jako Uprawnionych zamiast Uposażonego Kredytodawcy bądź Cesjonariusza, pod warunkiem przedstawienia Ubezpieczycielowi potwierdzenia dokonania przez Uposażonego Kredytodawcę bądź Cesjonariusza czynności prawnej, na podstawie której Uposażony Kredytodawca bądź Cesjonariusz zrzeka się lub przelewa swoje roszczenia z Umowy ubezpieczenia na rzecz Ubezpieczonego, spadkobierców Ubezpieczonego bądź innych osób.

Świadczenie główne

§ 19

1. Z tytułu śmierci Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonemu Świadczenie główne w wysokości Aktualnego zobowiązania, ale nie więcej niż Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Po ukończeniu przez Ubezpieczonego 70 roku życia dla Umowy głównej zawieranej na Sumę ubezpieczenia wynoszącą maksymalnie 100 000 zł lub 75 roku życia dla Umowy głównej zawieranej na Sumę ubezpieczenia wynoszącą co najmniej 100 001 zł, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nie była następstwem Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości Aktualnego zobowiązania, ale nie więcej niż 10% Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego i nie więcej niż 5 000 zł (pięć tysięcy złotych).
3. Po ukończeniu przez Ubezpieczonego 70 roku życia dla Umowy głównej zawieranej na Sumę ubezpieczenia wynoszącą maksymalnie 100 000 zł lub 75 roku życia dla Umowy głównej zawieranej na Sumę ubezpieczenia wynoszącą co najmniej 100 001 zł, jeżeli śmierć Ubezpieczonego była następstwem Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości ustalonej zgodnie z ust. 1.
4. Świadczenie główne nie obejmuje zaległych rat kapitałowych bądź odsetkowych (poza jedną zaległą ratą odsetkową, jeśli zaległość w jej spłacie nie jest dłuższa niż 30 dni przed zajściem Zdarzenia ubezpieczeniowego), odsetek dodatkowych związanych z zaległościami w spłacie, kar umownych, dodatkowych opłat manipulacyjnych ani kosztów związanych z zawarciem czy obsługą Umowy zadłużeniowej.

Świadczenie z tytułu dożycia do końca okresu ubezpieczenia

§ 20

1. Z tytułu dożycia przez Ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu dożycia, określonej w § 13, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone po zakończeniu okresu ubezpieczenia Umowy głównej, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) okres ubezpieczenia Umowy głównej trwał dłużej niż 12 miesięcy;
 - 2) Umowa główna nie została rozwiązana przed upływem okresu ubezpieczenia, na jaki została zawarta;
 - 3) Ubezpieczający opłacił wszystkie składki za Umowę ubezpieczenia należne w całym okresie ubezpieczenia.

Wypłata Świadczenia głównego

§ 21

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę Świadczenia głównego zobowiązana jest złożyć:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 3) kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 4) kopię statystycznej karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci;
 - 5) kopię Umowy zadłużeniowej wraz z początkowym harmonogramem spłaty zadłużenia (o ile Umowa zadłużeniowa przewiduje taki harmonogram) oraz dokumentów potwierdzających wysokość Aktualnego zobowiązania;
 - 6) w przypadku, o którym mowa w § 18 ust. 2 pkt 7, 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 Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia, Ubezpieczyciel 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. Ubezpieczyciel zobowiązany jest wypłacić Świadczenie główne w terminie 30 dni kalendarzowych licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.
5. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości Świadczenia głównego okazało się niemożliwe w powyższym terminie, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej

staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel zobowiązany jest wypłacić w terminie wskazanym w ust. 4.

Wypłata świadczenia z tytułu dożycia do końca okresu ubezpieczenia

§ 22

1. Ubezpieczony otrzyma świadczenie z tytułu dożycia do końca okresu ubezpieczenia, po spełnieniu warunków określonych w § 20 ust. 2.
2. Świadczenie z tytułu dożycia do końca okresu ubezpieczenia zostanie wypłacone na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego we Wniosku lub w innych oświadczeniach złożonych przez niego po zawarciu Umowy głównej.

Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

§ 23

1. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązkiem Ubezpieczającego jest:
 - 1) doręczenie Ubezpieczonemu OWU wraz z Ogólnymi warunkami klauzul dodatkowych. Obowiązek ten powinien zostać wykonany przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na zawarcie Umowy ubezpieczenia lub przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na finansowanie składki, jeżeli Ubezpieczający ustalił z Ubezpieczonym, że składka ma być finansowana przez Ubezpieczonego. Jeśli Ubezpieczony zgłosi Ubezpieczycielowi takie żądanie, dokumenty te zostaną przekazane Ubezpieczonemu również bezpośrednio przez Ubezpieczyciela, co jednak nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku wskazanego w zdaniu poprzednim;
 - 2) przekazywanie niezwłocznie Ubezpieczonemu skierowanej do niego korespondencji związanej z Umową ubezpieczenia, otrzymanej od Ubezpieczyciela. Korespondencję uważa się za przekazaną Ubezpieczonemu z dniem przekazania przez Ubezpieczającego;
 - 3) przekazywanie Ubezpieczycielowi korespondencji kierowanej przez Ubezpieczonego do Ubezpieczyciela. Oświadczenia bądź korespondencję Ubezpieczonego uważa się za przekazane Ubezpieczycielowi z dniem ich otrzymania przez Ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczyciela odpowiedzialność za szkodę poniesioną przez Ubezpieczyciela na skutek uchybienia przez Ubezpieczającego obowiązkom, wskazanym w ust. 1 pkt 1, jeśli na skutek tego uchybienia Ubezpieczyciel był zmuszony do wypłaty Świadczenia głównego lub Świadczenia dodatkowego wyższego niż świadczenie, które zostałoby wypłacone, gdyby takie uchybienie nie miało miejsca.
3. Jeżeli w trakcie trwania okresu ubezpieczenia Ubezpieczony przestanie spełniać warunki objęcia ochroną ubezpieczeniową określone w § 5 ust. 4 pkt 2, Ubezpieczający zobowiązany jest poinformować o tym fakcie Ubezpieczyciela lub Kredytodawcę.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia Ubezpieczyciela o zmianach danych osobowych i teleadresowych Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonych.

Obowiązki Ubezpieczyciela

§ 24

Ubezpieczyciel zobowiązany jest do:

- 1) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych Umową ubezpieczenia;
- 2) przekazywania Ubezpieczającemu informacji dotyczących zmiany prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia;
- 3) informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego o zajściu Zdarzeń ubezpieczeniowych, jeżeli zdarzenie zostało zgłoszone do Ubezpieczyciela, a Ubezpieczający ani Ubezpieczony nie są osobami występującymi z tym zgłoszeniem;
- 4) informowania osoby występującej z roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia zobowiązania Ubezpieczyciela, jeżeli jest to niezbędne do prowadzenia dalszego postępowania;
- 5) informowania osoby występującej z roszczeniem o przyczynach niemożności jego zaspokojenia, w przypadku, gdy Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia w terminie określonym w § 21 ust. 4;
- 6) 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;
- 7) udostępniania Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz osobie występującej z roszczeniem informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia;
- 8) 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;
- 9) udzielania na wniosek Ubezpieczonego informacji o postanowieniach zawartej Umowy ubezpieczenia oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.

Reklamacje

§ 25

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 zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, w tym skargi i zażalenia (zwane dalej „Reklamacje”). Reklamacje mogą być składane również przez poszukującego ochrony ubezpieczeniowej lub zleceniodawcę gwarancji ubezpieczeniowej, jak również Ubezpieczających lub Ubezpieczonych, w tym będących osobami prawnymi lub spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej.
2. Reklamacje mogą być składane:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela, **ul. Senatorska 18, 00-082 Warszawa**, lub jednostce obsługującej Klientów, albo przesyłane przesyłką pocztową, albo wysłane za pośrednictwem usługi e-Doręczenia na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-48634-65343-GDUJD-13;
 - 2) ustnie – telefonicznie pod numerem **+48 913 913 913** albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w miejscu, o którym mowa w ppkt 1 powyżej.

3. Reklamacja powinna zawierać dane Klienta umożliwiające jego identyfikację, numer polisy oraz zastrzeżenia zgłaszane przez Klienta.
4. Ubezpieczyciel rozpatruje Reklamację niezwłocznie po jej otrzymaniu. Odpowiedź na Reklamację jest udzielana bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od chwili otrzymania Reklamacji, chyba że mają miejsce szczególnie skomplikowane okoliczności, uniemożliwiające rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w tym terminie. W takim przypadku Ubezpieczyciel poinformuje Klienta, który złożył Reklamację o przyczynach opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
5. Odpowiedź na Reklamację jest udzielana w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika. Na wniosek Klienta odpowiedź na Reklamację może być dostarczona pocztą elektroniczną.
6. Spór między Klientem a Ubezpieczycielem może być zakończony w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między Klientami a podmiotami rynku finansowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, przed Rzecznikiem Finansowym (www.rf.gov.pl).
7. Skargi i zażalenia składane przez inne podmioty, niż wymienione w ust. 1 lub w innej formie, niż określona w ust. 2, dotyczące działania lub zaniechania Ubezpieczyciela związanego z zawarciem lub wykonaniem Umowy ubezpieczenia, powinny zawierać dane i informacje, o których mowa w ust. 3. Skargi i zażalenia, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, są rozpatrywane w terminie 30 dni od ich otrzymania przez Ubezpieczyciela, najpóźniej w terminie 14 dni od wyjaśnienia okoliczności niezbędnych do ich załatwienia. Ubezpieczyciel informuje zainteresowanego o sposobie załatwienia skargi lub zażalenia niezwłocznie po ich rozpatrzeniu, w sposób uzgodniony z tą osobą. Do skarg i zażaleń składanych zgodnie z niniejszym ustępem nie mają zastosowania postanowienia ust. 4 i 5.
8. Niezależnie od powyższego Klient może składać skargi i zażalenia na działalność Ubezpieczyciela do uprawnionych organów, np. Komisji Nadzoru Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną Klientów podmiotów rynku finansowego.
9. Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygnięcia sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE (rozporządzenie w sprawie ODR w sporach konsumenckich), istnieje możliwość pozasądowego rozstrzygnięcia sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z internetowych umów sprzedaży lub umów o świadczenie usług zawieranych między konsumentami mieszkającymi w Unii Europejskiej a przedsiębiorcami mającymi siedzibę w Unii Europejskiej. Rozstrzygnięcie ww. sporów odbywa się za pośrednictwem platformy ODR dostępnej pod następującym adresem: <https://webgate.ec.europa.eu/odr/main/?event=main.home.show&lng=PL>.
10. Podmioty określone w ust. 1, mogą składać zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych i agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające, wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń (zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej), w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową, w sposób ustalony przez te podmioty rynku finansowego.

Śmierć Ubezpieczającego

§ 26

1. Jeżeli Umowa ubezpieczenia została zawarta na cudzy rachunek, w przypadku śmierci Ubezpieczającego Ubezpieczony może wstąpić w prawa i obowiązki Ubezpieczającego. W tym celu konieczne jest złożenie przez niego wniosku do Ubezpieczyciela w ciągu 3 miesięcy od dnia śmierci Ubezpieczającego.
2. Jeżeli Ubezpieczony złoży wniosek, o którym mowa w ust. 1, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy ubezpieczenia zostaje zawieszona na okres od dnia śmierci Ubezpieczającego do dnia wyrażenia przez Ubezpieczyciela zgody na wstąpienie Ubezpieczonego w prawa i obowiązki Ubezpieczającego. Ubezpieczycielowi nie należy się składka za okres zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej.

Postanowienia końcowe

§ 27

1. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia dotyczące Umowy ubezpieczenia składane są przez Ubezpieczyciela pisemnie albo w innej formie uzgodnionej z Ubezpieczającym.
3. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia dotyczące Umowy ubezpieczenia składane są przez Ubezpieczającego pisemnie albo w innej formie uzgodnionej z Ubezpieczycielem, z wyłączeniem Reklamacji, o których mowa w § 25.
4. W sprawach związanych z Umową ubezpieczenia Ubezpieczony składa oświadczenia bezpośrednio lub za pośrednictwem Ubezpieczającego.
5. Strony Umowy ubezpieczenia są zobowiązane do informowania się o każdej zmianie danych teleadresowych wykorzystywanych do kontaktu pomiędzy stronami.
6. Opodatkowanie świadczeń Ubezpieczyciela 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.
7. Powództwa o roszczenie z Umowy ubezpieczenia mogą zostać wytoczone albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, a także przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczającego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
8. Językiem obowiązującym w relacjach stron jest język polski.
9. Ubezpieczyciel publikuje sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń na stronie generali.pl.
10. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.

Wejście w życie

§ 28

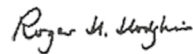
Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela i obowiązują od 28 listopada 2024 roku.

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 klauzuli dodatkowej ZK9
na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku
(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 Ogólnych warunkach klauzuli dodatkowej ZK9	§ 3; § 4; § 10	§ 9; § 10 ust. 2

**OGÓLNE WARUNKI KLAUZULI DODATKOWEJ ZK9
NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych warunków klauzuli dodatkowej ZK9 na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi warunkami postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

Definicje

§ 2

Terminy określone w § 2 OWU stosuje się odpowiednio także do niniejszych Ogólnych warunków klauzuli dodatkowej. Do terminów, o których mowa w zdaniu poprzedzającym dodaje się następujący dodatkowy termin:

- 1) **Świadczenie dodatkowe** – świadczenie wypłacane przez Ubezpieczyciela w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce podczas udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Zawarcie Klauzuli dodatkowej

§ 5

1. Klauzula dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy głównej.
2. Klauzula dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 18 lat i nie ukończył wieku obliczanego jako różnica pomiędzy wiekiem 85 lat a okresem, na jaki została zawarta Umowa zadłużeniowa.
3. Klauzula dodatkowa zawierana jest na taki sam okres ubezpieczenia jak Umowa główna.
4. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Klauzuli dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Klauzuli dodatkowej zaczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Klauzuli dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Klauzuli dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Klauzuli dodatkowej

§ 7

1. Klauzula dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy głównej;
 - 2) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 85 rok życia;
 - 3) wypowiedzenia Klauzuli dodatkowej;
 - 4) odstąpienia od Klauzuli dodatkowej.
2. Wypowiedzenie Klauzuli dodatkowej albo odstąpienie od Klauzuli dodatkowej jest równoznaczne odpowiednio z wypowiedzeniem albo odstąpieniem od Umowy głównej.
3. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Klauzuli dodatkowej.

Składka za Klauzulę dodatkową

§ 8

1. Składka za Klauzulę dodatkową obliczana jest za cały okres ubezpieczenia na podstawie taryfy składek obowiązującej u Ubezpieczyciela w dniu zawarcia Klauzuli dodatkowej, w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składek, wieku i zawodu Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka i wskazana jest w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Klauzulę dodatkową doliczana jest do składki za Umowę główną i opłacana jest z tą samą częstotliwością oraz w tych samych terminach.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 9

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu niniejszej Klauzuli dodatkowej, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, skutek którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, był konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 4) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, uświadania 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;
 - 8) okoliczności, o których mowa w § 16 OWU.
2. Ubezpieczyciel nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci Świadczenia dodatkowego w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata tego świadczenia naraziłaby Ubezpieczyciela na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Klauzuli dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy ubezpieczenia, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać wypłacone Świadczenie dodatkowe.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 10

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonemu Świadczenie dodatkowe w wysokości 50% Świadczenia głównego, jednak nie więcej niż 1 000 000 zł (jeden milion złotych).
2. Świadczenie dodatkowe zostanie wypłacone, jeżeli łącznie zostały spełnione poniższe warunki:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek, który spowodował śmierć Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Klauzuli dodatkowej;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Klauzuli dodatkowej;
 - 3) śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 210 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonego a jego śmiercią.

Wypłata świadczenia

§ 11

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę Świadczenia dodatkowego zobowiązana jest złożyć:
 - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia dodatkowego;
 - 2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 3) kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 4) kopię statystycznej karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci;
 - 5) kopię Umowy zadłużeniowej wraz z początkowym harmonogramem spłaty zadłużenia (o ile Umowa zadłużeniowa przewiduje taki harmonogram) oraz dokumentów potwierdzających wysokość Aktualnego zobowiązania;
 - 6) w przypadku, o którym mowa w § 18 ust. 2 pkt 7 OWU, 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;
 - 7) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia, Ubezpieczyciel 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. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Świadczenia dodatkowego w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.
5. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości Świadczenia dodatkowego okazało się niemożliwe w powyższym terminie, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel zobowiązany jest wypłacić w terminie wskazanym w ust. 4.

Wejście w życie

§ 12

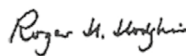
Niniejsze Ogólne warunki klauzuli dodatkowej ZK9 na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela i obowiązują od 28 listopada 2024 roku.

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 klauzuli dodatkowej ZK10
na wypadek Czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy
lub Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu
(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 Ogólnych warunkach klauzuli dodatkowej ZK10	§ 3; § 4; § 10 ust. 2; § 12 ust. 1	§ 10 ust 1; § 11; § 12 ust. 2

**OGÓLNE WARUNKI KLAUZULI DODATKOWEJ ZK10
NA WYPADEK CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI UBEZPIECZONEGO DO PRACY
LUB POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU**

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych warunków klauzuli dodatkowej ZK10 na wypadek Czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, z zachowaniem pozostałych niezmiennych niniejszymi warunkami postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Czasową niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.

Definicje

§ 2

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

- 1) **Czasowa niezdolność do pracy** – niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania osobiście pracy zarobkowej i uzyskiwania z niej przychodów, trwająca z powodu tej samej przyczyny nieprzerwanie przez co najmniej 10 dni kalendarzowych, potwierdzona zaświadczeniami lekarskimi o czasowej niezdolności do pracy, wystawionymi zgodnie z ustawą z dnia 25 czerwca 1999 roku o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, uprawniająca do pobierania zasiłku chorobowego lub wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy;
- 2) **Pobyt w szpitalu** – odbywający się na zlecenie lekarza pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, rozumianym jako zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń szpitalnych w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa, trwający nieprzerwanie co najmniej 3 dni dni kalendarzowe, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. Definicja obejmuje szpitale znajdujące się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz krajów Unii Europejskiej, a także krajów spoza Unii Europejskiej pod warunkiem dostarczenia dokumentacji medycznej przetłumaczonej na język angielski. Okres Pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala. Jeżeli w czasie Pobytu w szpitalu nastąpił zgon, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu. W rozumieniu niniejszej definicji Pobyt w szpitalu nie jest pobyt w:
 - a. placówkach leczenia odwykowego;
 - b. zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności: szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach, prewentiariach;
 - c. hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych;
- 3) **Suma ubezpieczenia z tytułu Klauzuli dodatkowej** – kwota będąca podstawą do ustalenia wysokości Świadczenia dodatkowego wypłacanego w przypadku wystąpienia Czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej lub Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu podczas udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 4) **Świadczenie dodatkowe** – świadczenie wypłacane przez Ubezpieczyciela w przypadku Czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- 1) Czasową niezdolność Ubezpieczonego do pracy, która wystąpiła podczas udzielania ochrony ubezpieczeniowej lub
- 2) Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Zawarcie Klauzuli dodatkowej

§ 5

1. Klauzula dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy głównej.
2. Klauzula dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 18 lat i nie ukończył wieku obliczanego jako różnica pomiędzy wiekiem 85 lat a okresem, na jaki została zawarta Umowa zadłużeniowa.
3. Klauzula dodatkowa zawierana jest na taki sam okres ubezpieczenia jak Umowa główna.
4. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Klauzuli dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Klauzuli dodatkowej zaczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Klauzuli dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Klauzuli dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Klauzuli dodatkowej

§ 7

1. Klauzula dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy głównej;
 - 2) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 85 rok życia;
 - 3) wypowiedzenia Klauzuli dodatkowej;
 - 4) odstąpienia od Klauzuli dodatkowej.
2. Wypowiedzenie Klauzuli dodatkowej albo odstąpienie od Klauzuli dodatkowej jest równoznaczne odpowiednio z wypowiedzeniem albo odstąpieniem od Umowy głównej.
3. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Klauzuli dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Klauzuli dodatkowej

§ 8

1. W przypadku, gdy składki za Umowę ubezpieczenia opłacane są przez Ubezpieczającego regularnie, wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Klauzuli dodatkowej jest równa sumie składek regularnych należnych w danym Roku polisy.
2. W przypadku, gdy składka za Umowę ubezpieczenia opłacana jest jednorazowo, wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Klauzuli dodatkowej jest równa ilorazowi wysokości składki jednorazowej i okresu ubezpieczenia (podanego w miesiącach) pomnożonemu przez 12.
3. W przypadku zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej, o której mowa w § 12 ust. 7 OWU, zmianie ulegnie również Suma ubezpieczenia z tytułu Klauzuli dodatkowej.

Składka za Klauzulę dodatkową

§ 9

1. Składka za Klauzulę dodatkową obliczana jest za cały okres ubezpieczenia na podstawie taryfy składek obowiązującej u Ubezpieczyciela w dniu zawarcia Klauzuli dodatkowej, w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składek, wieku, zawodu i stanu zdrowia Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności, o którym mowa w § 10 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka i wskazana jest w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Klauzulę dodatkową doliczana jest do składki za Umowę główną i opłacana jest z tą samą częstotliwością oraz w tych samych terminach.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 10

1. W okresie pierwszych 30 dni od daty zawarcia Klauzuli dodatkowej odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest ograniczona wyłącznie do Czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanych Nieszczęśliwym wypadkiem, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
 - 1) bezpośrednio przed zawarciem niniejszej Umowy ubezpieczenia Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Klauzuli dodatkowej na wypadek Czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w ramach innej Umowy ubezpieczenia zawartej z Ubezpieczycielem na podstawie OWU Życie Kredytobiorców Plus;
 - 2) Umowa ubezpieczenia, o której mowa w pkt 1, trwała co najmniej 30 dni;
 - 3) Umowa ubezpieczenia, o której mowa w pkt 1, uległa rozwiązaniu, a okres pomiędzy rozwiązaniem tej Umowy ubezpieczenia a zawarciem nowej Umowy ubezpieczenia nie przekracza 15 dni.

Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Klauzuli dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała dla tej klauzuli zawartej w ramach Umowy ubezpieczenia, o której mowa w pkt 1.

§ 11

Ubezpieczyciel nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci Świadczenia dodatkowego w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata tego świadczenia naraziłaby Ubezpieczyciela 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 Klauzuli dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron umowy ubezpieczenia, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać wypłacone Świadczenie dodatkowe.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 12

- Jeżeli podczas udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej Klauzuli dodatkowej wystąpi Czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie dodatkowe za Czasową niezdolność do pracy albo za Pobyt w szpitalu, w zależności od tego, które ze zdarzeń nastąpiło jako pierwsze w danym Roku polisy, w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia z tytułu Klauzuli dodatkowej.
- Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie dodatkowe za nie więcej niż jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe w Roku polisy.

Wypłata świadczenia

§ 13

- Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy zobowiązana jest złożyć:
 - wniosek o wypłatę świadczenia;
 - kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - kopię zaświadczenia lekarskiego/zaświadczeń lekarskich o Czasowej niezdolności do pracy (druk ZUS ZLA).
- Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu zobowiązana jest złożyć:
 - wniosek o wypłatę świadczenia;
 - kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wraz z określeniem przyczyny Pobytu w szpitalu;
 - kopię zaświadczenia o trwającej hospitalizacji wydanego przez lekarza prowadzącego, w przypadku gdy Pobyt w szpitalu się nie zakończył.
- W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 albo 2 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia, Ubezpieczyciel może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu, dokumentów.
- Dokumenty, o których mowa w ust. 1-3, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski, z zastrzeżeniem ust. 5.
- W przypadku gdy Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu miał miejsce w kraju spoza Unii Europejskiej dokumenty, o których mowa w ust. 2 pkt 3 i 4, powinny być przetłumaczone na język angielski.
- Koszty tłumaczenia, o którym mowa w ust. 4 i 5, ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę Świadczenia dodatkowego.
- Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Świadczenia dodatkowego w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości Świadczenia dodatkowego okazało się niemożliwe w powyższym terminie, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel zobowiązany jest wypłacić w terminie wskazanym w ust. 7.

Wejście w życie

§ 14

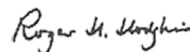
Niniejsze Ogólne warunki klauzuli dodatkowej ZK10 na wypadek Czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela i obowiązują od 28 listopada 2024 roku.

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 klauzuli dodatkowej ZK1
na wypadek Trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy
w następstwie Nieszczęśliwego wypadku
(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 Ogólnych warunkach klauzuli dodatkowej ZK1	§ 3; § 4; § 10	§ 9; § 10 ust. 2

**OGÓLNE WARUNKI KLAUZULI DODATKOWEJ ZK1
NA WYPADEK TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI UBEZPIECZONEGO DO PRACY
W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych warunków klauzuli dodatkowej ZK1 na wypadek Trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, z zachowaniem pozostałych niezmiennych niniejszymi warunkami postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Trwałą i całkowitą niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

Definicje

§ 2

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

- 1) **Świadczenie dodatkowe** – świadczenie wypłacane przez Ubezpieczyciela w przypadku Trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
- 2) **Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – za trwałą i całkowitą niezdolność do pracy przyjmuje się całkowitą utratę przez Ubezpieczonego zdolności do dalszego wykonywania jakiejkolwiek pracy zawodowej lub innej działalności zarobkowej na nieprzerwany okres co najmniej 5 lat;
- 3) **Zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej polegająca na regularnych treningach pod warunkiem, że spełnia przynajmniej dwa z poniższych warunków:
 - a. treningi odbywają się częściej niż 2 razy w tygodniu;
 - b. jest połączona z czerpaniem dochodu;
 - c. łączy się z udziałem w zawodach, igrzyskach, obozach kondycyjnych, imprezach sportowych organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy;
 - d. łączy się z przynależnością do klubów sportowych, związków i innych organizacji zrzeszających osoby uprawiające sport z wyłączeniem organizacji, które zrzeszają wyłącznie amatorów lub miłośników sportu.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie w okresie ubezpieczenia Trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Zawarcie Klauzuli dodatkowej

§ 5

1. Klauzula dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy głównej.
2. Klauzula dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 18 lat i nie ukończył 65 roku życia.
3. Klauzula dodatkowa zawierana jest na taki sam okres ubezpieczenia jak Umowa główna.
4. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Klauzuli dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Klauzuli dodatkowej zaczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Klauzuli dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Klauzuli dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Klauzuli dodatkowej

§ 7

1. Klauzula dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy głównej;
 - 2) wypłaty Świadczenia dodatkowego z tytułu wystąpienia Trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
 - 3) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 67 rok życia;
 - 4) wypowiedzenia Klauzuli dodatkowej;
 - 5) odstąpienia od Klauzuli dodatkowej.
2. Wypowiedzenie Klauzuli dodatkowej albo odstąpienie od Klauzuli dodatkowej jest równoznaczne odpowiednio z wypowiedzeniem albo odstąpieniem od Umowy głównej
3. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Klauzuli dodatkowej.

Składka za Klauzulę dodatkową

§ 8

1. Składka za Klauzulę dodatkową obliczana jest za cały okres ubezpieczenia na podstawie taryfy składek obowiązującej u Ubezpieczyciela w dniu zawarcia Klauzuli dodatkowej, w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składek, wieku i zawodu Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka i wskazana jest w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Klauzulę dodatkową doliczana jest do składki za Umowę główną i opłacana jest z tą samą częstotliwością oraz w tych samych terminach.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 9

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu niniejszej Klauzuli dodatkowej, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, skutek którego nastąpiła Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy, był konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 4) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 7) Zawodowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego lub uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, narciarstwo/snowboard poza wyznaczonymi trasami (off-road skiing, heliskiing, freeride), kaskaderstwo, jazdę na quadach, pokonywanie przeszkód w przestrzeni miejskiej (parkour, free-running, rooftopping), kolarstwo ekstremalne (freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping);
 - 8) okoliczności, o których mowa w § 16 OWU.
2. Ubezpieczyciel nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci Świadczenia dodatkowego w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata tego świadczenia naraziłaby Ubezpieczyciela 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 Klauzuli dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron umowy ubezpieczenia, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać wypłacone Świadczenie dodatkowe.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 10

1. W przypadku wystąpienia Trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie dodatkowe w wysokości 100% Świadczenia głównego, jednak nie więcej niż 500 000 zł (pięćset tysięcy złotych).
2. Świadczenie dodatkowe zostanie wypłacone, jeżeli łącznie zostaną spełnione poniższe warunki:
 - 1) Trwała i całkowita niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku wystąpiła w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Klauzuli dodatkowej;
 - 2) Nieszczęśliwy wypadek, który spowodował Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy, miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Klauzuli dodatkowej;
 - 3) Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku została orzeczona na okres nie krótszy niż 5 lat, z zastrzeżeniem § 11 ust. 2.

Wypłata świadczenia

§ 11

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę Świadczenia dodatkowego z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem zobowiązana jest złożyć:
 - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia dodatkowego;
 - 2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 3) kopię orzeczenia wydanego przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika na okres nie krótszy niż 5 lat albo kopię wydanych po sobie orzeczeń ustalających Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwane okresy nie krótsze niż 1 rok, potwierdzające, że okres niezdolności do pracy liczony od daty pierwszego orzeczenia wyniesie łącznie co najmniej 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 2;
 - 4) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy;
 - 5) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzające zajście Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony;
 - 6) kopię Umowy zadłużeniowej wraz z początkowym harmonogramem spłaty zadłużenia (o ile Umowa zadłużeniowa przewiduje taki harmonogram) oraz dokumentów potwierdzających wysokość Aktualnego zobowiązania.
2. W przypadku, gdy nie jest możliwe wykazanie się przez Ubezpieczonego orzeczeniem organu emerytalno-rentowego, spełniającego kryteria, co do długości okresu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, wskazanym w ust. 1 pkt 3, ze względu na zbyt krótki okres pozostały do osiągnięcia przez Ubezpieczonego ustawowego wieku emerytalnego, Ubezpieczyciel dokonuje oceny, czy zachodzi Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy na podstawie przedstawionej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej oraz orzeczenia lub następujących po sobie orzeczeń wydanych przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika stwierdzającego zajście Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, na okres lub okresy nie krótsze niż 1 rok. Warunkiem stwierdzenia, że przewidywany okres Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy wyniesie łącznie nieprzerwany okres dłuższy niż 5 lat, jest przedstawienie przez Ubezpieczonego orzeczenia lub orzeczeń, o których mowa w zdaniu poprzednim, oraz ustalenie, że zgodnie z wiedzą medyczną brak jest pozytywnych rokowań dotyczących odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do pracy zarobkowej w tym okresie.
3. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 i 2 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia, Ubezpieczyciel może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
4. Ubezpieczyciel dokonuje oceny zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1-3, lub opinii wskazanego przez Ubezpieczyciela lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Ubezpieczycielem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywa Ubezpieczyciel.
5. Dokumenty, o których mowa w ust. 1-3, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
6. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Świadczenia dodatkowego w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.
7. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości Świadczenia dodatkowego okazało się niemożliwe w powyższym terminie, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel zobowiązany jest wypłacić w terminie wskazanym w ust. 6.
8. Za dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek Trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, o ile ustalony w tym orzeczeniu okres Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy wynosi co najmniej 5 lat. Jednak jeśli Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy ustalono na podstawie wydanych po sobie orzeczeń ustalających Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwane okresy nie krótsze niż 1 rok, za dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wydania orzeczenia, z którego wynika, że łączny okres Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy, wyniesie co najmniej 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 9.
9. W sytuacji, o której mowa w ust. 2, za dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu lub w pierwszym z wydanych po sobie orzeczeń ustalających całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwane okresy nie krótsze niż 1 rok.

Wejście w życie

§ 12

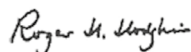
Niniejsze Ogólne warunki klauzuli dodatkowej ZK1 na wypadek Trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela i obowiązują od 28 listopada 2024 roku.

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 klauzuli dodatkowej ZK2
na wypadek Trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie Choroby
(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 Ogólnych warunkach klauzuli dodatkowej ZK2	§ 3; § 4; § 11 ust 2; § 12	§ 9; § 10 ust. 1; § 11 ust. 2

**OGÓLNE WARUNKI KLAUZULI DODATKOWEJ ZK2
NA WYPADEK TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI UBEZPIECZONEGO DO PRACY
W NASTĘPSTWIE CHOROBY**

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych warunków klauzuli dodatkowej ZK2 na wypadek Trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie Choroby, z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi warunkami postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Trwałą i całkowitą niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie Choroby.

Definicje

§ 2

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

- 1) **Choroba** – reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 2) **Karencja** – okres liczony od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Klauzuli dodatkowej, w którym w razie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu tej Klauzuli dodatkowej. Karencja podawana jest w dniach;
- 3) **Świadczenie dodatkowe** – świadczenie wypłacane przez Ubezpieczyciela w przypadku Trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie Choroby;
- 4) **Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – za trwałą i całkowitą niezdolność do pracy przyjmuje się całkowitą utratę przez Ubezpieczonego zdolności do dalszego wykonywania jakiegokolwiek pracy zawodowej lub innej działalności zarobkowej na nieprzerwany okres co najmniej 5 lat.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie w okresie ubezpieczenia Trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie Choroby.

Zawarcie Klauzuli dodatkowej

§ 5

1. Klauzula dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy głównej.
2. Klauzula dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 18 lat i nie ukończył 65 roku życia.
3. Klauzula dodatkowa zawierana jest na taki sam okres ubezpieczenia jak Umowa główna.
4. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Klauzuli dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Klauzuli dodatkowej zaczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Klauzuli dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Klauzuli dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Klauzuli dodatkowej

§ 7

1. Klauzula dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy głównej;
 - 2) wypłaty Świadczenia dodatkowego z tytułu wystąpienia Trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie Choroby;
 - 3) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 67 rok życia;
 - 4) wypowiedzenia Klauzuli dodatkowej;
 - 5) odstąpienia od Klauzuli dodatkowej.
2. Wypowiedzenie Klauzuli dodatkowej albo odstąpienie od Klauzuli dodatkowej jest równoznaczne odpowiednio z wypowiedzeniem albo odstąpieniem od Umowy głównej
3. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Klauzuli dodatkowej.

Składka za Klauzulę dodatkową

§ 8

1. Składka za Klauzulę dodatkową obliczana jest za cały okres ubezpieczenia na podstawie taryfy składek obowiązującej u Ubezpieczyciela w dniu zawarcia Klauzuli dodatkowej, w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składek, wieku, zawodu i stanu zdrowia Ubezpieczonego, z uwzględnieniem okresu Karencji oraz wyników oceny ryzyka i wskazana jest w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Klauzulę dodatkową doliczana jest do składki za Umowę główną i opłacana jest z tą samą częstotliwością oraz w tych samych terminach.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 9

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu niniejszej Klauzuli dodatkowej, jeżeli Choroba, skutek której nastąpiła Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy, była konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 4) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 5) 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;
 - 6) okoliczności, o których mowa w § 16 OWU.
2. Ubezpieczyciel nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci Świadczenia dodatkowego w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata tego świadczenia naraziłaby Ubezpieczyciela na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Klauzuli dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron umowy ubezpieczenia, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać wypłacone Świadczenie dodatkowe.

Karencja

§ 10

1. Z tytułu Klauzuli dodatkowej na wypadek Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie Choroby Ubezpieczyciel stosuje 90-dniową Karencję, której okres rozpoczyna się od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Klauzuli dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Karencja nie ma zastosowania, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) bezpośrednio przed zawarciem niniejszej Umowy ubezpieczenia Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Klauzuli dodatkowej na wypadek Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy wskutek Choroby w ramach innej Umowy ubezpieczenia zawartej z Ubezpieczycielem na podstawie OWU Życie Kredytobiorców albo Życie Kredytobiorców Plus;
 - 2) Umowa ubezpieczenia, o której mowa w pkt 1, trwała co najmniej tak długo, jak okres Karencji wskazany w ust. 1;
 - 3) Umowa ubezpieczenia, o której mowa w pkt 1, uległa rozwiązaniu, a okres pomiędzy rozwiązaniem tej Umowy ubezpieczenia a zawarciem nowej Umowy ubezpieczenia nie przekracza 15 dni.
 Karencja ulega zniesieniu tylko w odniesieniu do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Klauzuli dodatkowej, jaka obowiązywała dla tej klauzuli zawartej w ramach Umowy ubezpieczenia, o której mowa w pkt 1.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 11

1. W przypadku wystąpienia Trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie Choroby Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie dodatkowe w wysokości 100% Świadczenia głównego, jednak nie więcej niż 500 000 zł (pięćset tysięcy złotych).
2. Świadczenie dodatkowe zostanie wypłacone, jeżeli łącznie zostaną spełnione poniższe warunki:
 - 1) Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy wskutek Choroby wystąpiła w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Klauzuli dodatkowej;
 - 2) Choroba, która spowodowała Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy, została zdiagnozowana w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Klauzuli dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 3;
 - 3) Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku została orzeczona na okres nie krótszy niż 5 lat, z zastrzeżeniem § 12 ust. 2.
3. Świadczenie dodatkowe zostanie wypłacone nawet jeśli Choroba, która spowodowała Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy, została zdiagnozowana przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Klauzuli dodatkowej, jeżeli łącznie zostały spełnione poniższe warunki:
 - 1) bezpośrednio przed zawarciem niniejszej Umowy ubezpieczenia Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Klauzuli dodatkowej na wypadek Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy wskutek Choroby w ramach innej Umowy ubezpieczenia zawartej z Ubezpieczycielem na podstawie OWU Życie Kredytobiorców albo Życie Kredytobiorców Plus;
 - 2) Choroba, która spowodowała Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy, została zdiagnozowana podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia, o której mowa w pkt 1;
 - 3) Umowa ubezpieczenia, o której mowa w pkt 1, uległa rozwiązaniu, a okres pomiędzy rozwiązaniem tej Umowy ubezpieczenia a zawarciem nowej Umowy ubezpieczenia nie przekracza 15 dni.

Wypłata świadczenia

§ 12

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę Świadczenia dodatkowego zobowiązana jest złożyć:
 - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia dodatkowego;
 - 2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 3) kopię orzeczenia wydanego przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika na okres nie krótszy niż 5 lat albo kopię wydanych po sobie orzeczeń ustalających Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwane okresy nie krótsze niż 1 rok, potwierdzające, że okres niezdolności do pracy liczony od daty pierwszego orzeczenia wyniesie łącznie co najmniej 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 2;
 - 4) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy;
 - 5) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Choroby, która spowodowała Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy;
 - 6) kopię Umowy zadłużeniowej wraz z początkowym harmonogramem spłaty zadłużenia (o ile Umowa zadłużeniowa przewiduje taki harmonogram) oraz dokumentów potwierdzających wysokość Aktualnego zobowiązania.
2. W przypadku, gdy nie jest możliwe wykazanie się przez Ubezpieczonego orzeczeniem organu emerytalno-rentowego, spełniającego kryteria, co do długości okresu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, wskazane w ust. 1 pkt 3, ze względu na zbyt krótki okres pozostały do osiągnięcia przez Ubezpieczonego ustawowego wieku emerytalnego, Ubezpieczyciel dokonuje oceny, czy zachodzi Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy na podstawie przedstawionej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej oraz orzeczenia lub następujących po sobie orzeczeń wydanych przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika stwierdzającego zajęcie Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, na okres lub okresy nie krótsze niż 1 rok. Warunkiem stwierdzenia, że przewidywany okres całkowitej niezdolności do pracy wyniesie łącznie nieprzerwany okres dłuższy niż 5 lat, jest przedstawienie przez Ubezpieczonego orzeczenia lub orzeczeń, o których mowa w zdaniu poprzednim oraz ustalenie, że zgodnie z wiedzą medyczną brak jest pozytywnych rokowań dotyczących odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do pracy zarobkowej w tym okresie.
3. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 i 2 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia, Ubezpieczyciel może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu, dokumentów.
4. Ubezpieczyciel dokonuje oceny zasadności roszczenia na podstawie dokumentacji, o której mowa w ust. 1-3, lub opinii wskazanego przez Ubezpieczyciela lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Ubezpieczycielem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywa Ubezpieczyciel.
5. Dokumenty, o których mowa w ust. 1-3, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
6. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Świadczenia dodatkowego w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.

7. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości Świadczenia dodatkowego okazało się niemożliwe w powyższym terminie, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel zobowiązany jest wypłacić w terminie wskazanym w ust. 6.
8. Za dzień Zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek Trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, o ile ustalony w tym orzeczeniu okres Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy wynosi co najmniej 5 lat. Jednak jeśli Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy ustalono na podstawie wydanych po sobie orzeczeń ustalających całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwanie okresy nie krótsze niż 1 rok, za dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wydania orzeczenia, z którego wynika, że łączny okres całkowitej niezdolności do pracy, liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy, wyniesie co najmniej 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6.
9. W sytuacji, o której mowa w ust. 2, za dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu lub w pierwszym z wydanych po sobie orzeczeń ustalających całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwane okresy nie krótsze niż 1 rok.

Wejście w życie

§ 13

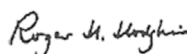
Niniejsze Ogólne warunki klauzuli dodatkowej ZK2 na wypadek Trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie Choroby zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela i obowiązują od 28 listopada 2024 roku.

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 klauzuli dodatkowej ZK7
na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku przy pracy rolniczej
(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 Ogólnych warunkach klauzuli dodatkowej ZK7	§ 3; § 4; § 10	§ 9; § 10 ust. 2

**OGÓLNE WARUNKI KLAUZULI DODATKOWEJ ZK7
NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU PRZY PRACY ROLNICZEJ**

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych warunków klauzuli dodatkowej ZK7 na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku przy pracy rolniczej, z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi warunkami postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o śmierć Ubezpieczonego w następstwie Wypadku przy pracy rolniczej.

Definicje

§ 2

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

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia w następstwie Wypadku przy pracy rolniczej, który miał miejsce podczas udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Zawarcie Klauzuli dodatkowej

§ 5

1. Klauzula dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy głównej albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Roczniczy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Klauzuli dodatkowej.
2. Klauzula dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 18 lat i nie ukończył wieku obliczanego jako różnica pomiędzy wiekiem 85 lat a okresem, na jaki została zawarta Umowa zażyczenia.
3. Klauzula dodatkowa zawierana jest na taki sam okres ubezpieczenia jak Umowa główna, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Jeżeli Klauzula dodatkowa zawierana jest w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej, jej okres ubezpieczenia wynosi tyle miesięcy lub lat, ile pozostało do końca okresu ubezpieczenia Umowy głównej.
5. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Klauzuli dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Klauzuli dodatkowej zaczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Klauzuli dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Klauzuli dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Klauzuli dodatkowej

§ 7

1. Klauzula dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy głównej;
 - 2) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 85 rok życia;
 - 3) wypowiedzenia Klauzuli dodatkowej.
 - 4) odstąpienia od Klauzuli dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Klauzuli dodatkowej.

Składka za Klauzulę dodatkową

§ 8

1. Składka za Klauzulę dodatkową obliczana jest za cały okres ubezpieczenia na podstawie taryfy składek obowiązującej u Ubezpieczyciela w dniu zawarcia Klauzuli dodatkowej, w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składek, wieku i zawodu Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka i wskazana jest w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Klauzulę dodatkową doliczana jest do składki za Umowę główną i opłacana jest z tą samą częstotliwością oraz w tych samych terminach.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 9

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu niniejszej Klauzuli dodatkowej, jeżeli Wypadek przy pracy rolniczej, wskutek którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, był konsekwencją:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 4) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 5) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 6) nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego podstawowych zasad i przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa, co w sposób bezpośredni przyczyniło się do wystąpienia wypadku przy pracy rolniczej;
 - 7) wykonywania przez Ubezpieczonego pracy rolniczej bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa;
 - 8) okoliczności, o których mowa w § 16 OWU.
2. Ubezpieczyciel nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci Świadczenia dodatkowego w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata tego świadczenia naraziłaby Ubezpieczyciela na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Klauzuli dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron umowy ubezpieczenia, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać wypłacone Świadczenie dodatkowe.

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 10

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku przy pracy rolniczej Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonemu Świadczenie dodatkowe w wysokości 10% Świadczenia głównego, jednak nie więcej niż 20 000 zł (dwadzieścia tysięcy złotych).

2. Świadczenie dodatkowe zostanie wypłacone, jeżeli łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
- 1) Wypadek przy pracy rolniczej, który spowodował śmierć Ubezpieczonego, miał miejsce w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Klauzuli dodatkowej;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku przy pracy rolniczej nastąpiła w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Klauzuli dodatkowej;
 - 3) Śmierć nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek Wypadku przy pracy rolniczej przed upływem 180 dni od daty zajścia tego wypadku.

Wypłata świadczenia

§ 11


1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę Świadczenia dodatkowego zobowiązana jest złożyć:
 - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia dodatkowego;
 - 2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 3) kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 4) kopię statystycznej karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci;
 - 5) kopię Umowy zadłużeniowej wraz z początkowym harmonogramem spłaty zadłużenia (o ile Umowa zadłużeniowa przewiduje taki harmonogram) oraz dokumentów potwierdzających wysokość Aktualnego zobowiązania;
 - 6) w przypadku, o którym mowa w § 18 ust. 2 pkt 7 OWU, 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;
 - 7) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Wypadku przy pracy rolniczej, jeżeli taki protokół był sporządzony.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia, Ubezpieczyciel może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu, dokumentów.
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. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Świadczenia dodatkowego w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.
5. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości Świadczenia dodatkowego okazało się niemożliwe w powyższym terminie, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel zobowiązany jest wypłacić w terminie wskazanym w ust. 4.

Wejście w życie

§ 12

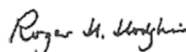
Niniejsze Ogólne warunki klauzuli dodatkowej ZK7 na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku przy pracy rolniczej zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela i obowiązują od 28 listopada 2024 roku.

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 klauzuli dodatkowej ZK8
na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie Choroby zakaźnej w rolnictwie
(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 Ogólnych warunkach klauzuli dodatkowej ZK8	§ 3; § 4; § 10	§ 9; § 10 ust. 2

**OGÓLNE WARUNKI KLAUZULI DODATKOWEJ ZK8
NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE CHOROBY ZAKAŻNEJ W ROLNICTWIE**

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych warunków klauzuli dodatkowej ZK8 na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie Choroby zakaźnej w rolnictwie, z zachowaniem pozostałych niezmienionych niniejszymi warunkami postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o śmierć Ubezpieczonego w następstwie Choroby zakaźnej w rolnictwie.

Definicje

§ 2

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

- 1) **Choroba zakaźna w rolnictwie** – choroba zakaźna, która powstała w związku z pracą w Gospodarstwie rolnym i jest objęta wykazem chorób zawodowych zgodnie z aktualnymi przepisami prawa;
- 2) **Gospodarstwo rolne** – obszar użytków rolnych, gruntów pod stawami oraz sklasyfikowanych jako użytki rolne gruntów pod zabudowaniami, przekraczający łącznie powierzchnię 1 ha, jeżeli podlega on w całości lub części opodatkowaniu podatkiem rolnym, a także obszar takich użytków i gruntów, niezależnie od jego powierzchni, jeżeli jest prowadzona na nim produkcja rolna, stanowiąca dział specjalny w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych;
- 3) **Świadczenie dodatkowe** – świadczenie wypłacane przez Ubezpieczyciela w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie Choroby zakaźnej w rolnictwie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia w następstwie Choroby zakaźnej w rolnictwie, która została zdiagnozowana podczas udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Zawarcie Klauzuli dodatkowej

§ 5

1. Klauzula dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy głównej albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Roczniczy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Klauzuli dodatkowej.

2. Klauzula dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 18 lat i nie ukończył wieku obliczanego jako różnica pomiędzy wiekiem 85 lat a okresem, na jaki została zawarta Umowa zadłużeniowa.
3. Klauzula dodatkowa zawierana jest na taki sam okres ubezpieczenia jak Umowa główna, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Jeżeli Klauzula dodatkowa zawierana jest w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej, jej okres ubezpieczenia wynosi tyle miesięcy lub lat, ile pozostało do końca okresu ubezpieczenia Umowy głównej.
5. Zasady zawarcia Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Klauzuli dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Klauzuli dodatkowej zaczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Klauzuli dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Klauzuli dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Klauzuli dodatkowej

§ 7

1. Klauzula dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy głównej;
 - 2) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 85 rok życia;
 - 3) wypowiedzenia Klauzuli dodatkowej.
 - 4) odstąpienia od Klauzuli dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy głównej i odstąpienia od Umowy głównej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Klauzuli dodatkowej.

Składka za Klauzulę dodatkową

§ 8

1. Składka za Klauzulę dodatkową obliczana jest za cały okres ubezpieczenia na podstawie taryfy składek obowiązującej u Ubezpieczyciela w dniu zawarcia Klauzuli dodatkowej, w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składek, wieku, zawodu i stanu zdrowia Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka i wskazana jest w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Klauzulę dodatkową doliczana jest do składki za Umowę główną i opłacana jest z tą samą częstotliwością oraz w tych samych terminach.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 9

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

Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 10

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie Choroby zakaźnej w rolnictwie Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonemu Świadczenie dodatkowe w wysokości 10% Świadczenia głównego, jednak nie więcej niż 20 000 zł (dwadzieścia tysięcy złotych).
2. Świadczenie dodatkowe zostanie wypłacone, jeżeli łącznie zostały spełnione poniższe warunki:
 - 1) Choroba zakaźna w rolnictwie została zdiagnozowana u Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Klauzuli dodatkowej;
 - 2) Śmierć Ubezpieczonego w następstwie Choroby zakaźnej w rolnictwie nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Klauzuli dodatkowej.

Wypłata świadczenia

§ 11

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę Świadczenia dodatkowego zobowiązana jest złożyć:
 - 1) wniosek o wypłatę Świadczenia dodatkowego;
 - 2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 3) kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 4) kopię statystycznej karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci;
 - 5) kopię Umowy zadłużeniowej wraz z początkowym harmonogramem spłaty zadłużenia (o ile Umowa zadłużeniowa przewiduje taki harmonogram) oraz dokumentów potwierdzających wysokość Aktualnego zobowiązania;
 - 6) w przypadku, o którym mowa w § 18 ust. 2 pkt 7 OWU, 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;
 - 7) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej rozpoznanie Choroby zakaźnej w rolnictwie w okresie ubezpieczenia.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia, Ubezpieczyciel może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu, dokumentów.

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. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Świadczenia dodatkowego w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.
5. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości Świadczenia dodatkowego okazało się niemożliwe w powyższym terminie, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel zobowiązany jest wypłacić w terminie wskazanym w ust. 4.

Wejście w życie

§ 12

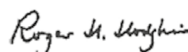
Niniejsze Ogólne warunki klauzuli dodatkowej ZK8 na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie Choroby zakaźnej w rolnictwie zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela i obowiązują od 28 listopada 2024 roku.

Agnieszka Callen



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

Roger Hodgkiss



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

Jak zgłosić szkodę:



Formularze na www.szkodyzycie.generali.pl



Generali Życie T.U. S.A.
ul. Senatorska 18, 00-082 Warszawa
z dopiskiem: Departament Likwidacji Szkód

Generali Życie T.U. S.A.
ul. Senatorska 18
00-082 Warszawa
generali.pl

