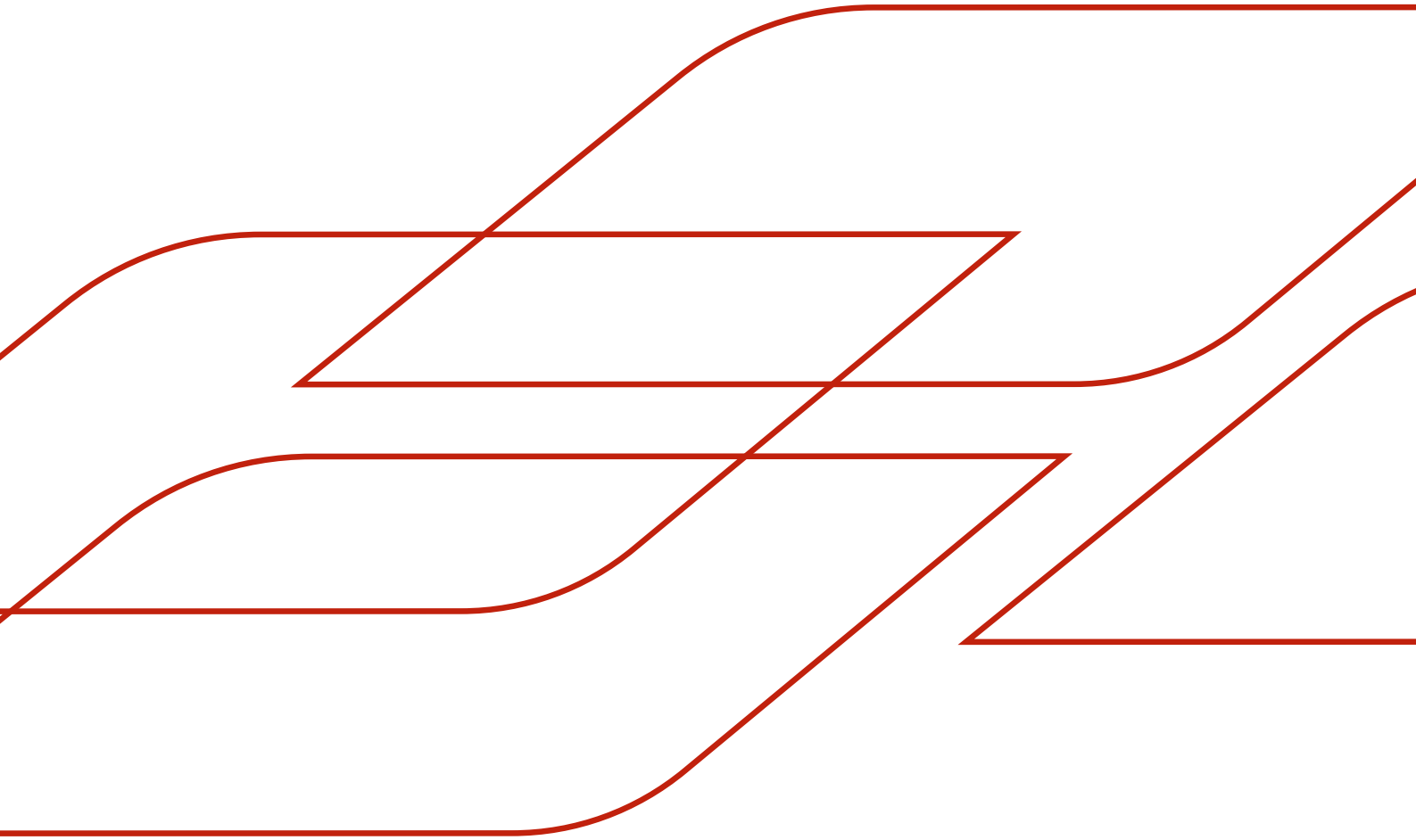
OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE GENERALI, Z MYŚLĄ O ŻYCIU PLUS

Obowiązujące od 23 lipca 2026 roku



generali.pl

GENERALI

Spis treści

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

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

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na życie Generali, z myślą o życiu PLUS
(kod GPR_OWU_07.2026) dalej „OWU"
z uwzględnieniem definicji z OWU
(Skorowidz)

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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE GENERALI, Z MYŚLĄ O ŻYCIU PLUS

(KOD GPR_OWU_07.2026)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

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

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

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

Zawarcie Umowy

§ 5

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

§ 6

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

§ 7

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

§ 8

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

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

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 9

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej Składki, a wygasa we wcześniejszej z następujących dat:
1) w dniu rozwiązania Umowy, o którym mowa w § 11 albo
2) w dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy.

Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy

§ 10

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

§ 11

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia Umowy w każdym czasie poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia w tym względzie.
2. Umowa ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach i odpowiednio wskazanej dacie:
   1) śmierci Ubezpieczonego – z upływem dnia, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego;
   2) wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczającego – z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy;
   3) nieopłacenia przez Ubezpieczającego Składki – w terminie i na zasadach określonych w § 16 ust. 2 – z upływem dnia, w którym upływa wyznaczony termin dodatkowy;
   4) rozwiązania ostatniej Umowy dodatkowej posiadanej w ramach Umowy – z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4;
   5) wpływu oświadczenia Ubezpieczającego o nieprzedłużaniu Umowy na kolejny Rok polisy – z upływem Roku polisy, na który Umowa została zawarta;
   6) dostarczenia Ubezpieczającemu oświadczenia Towarzystwa o nieprzedłużaniu Umowy na kolejny Rok polisy – z upływem Roku polisy, na który Umowa została zawarta.
3. W przypadku wypowiedzenia Umowy przed upływem Roku polisy, na który została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku zawarcia Umów dodatkowych w wariancie pakietowym, najpóźniej na 30 dni przed Rocznicą polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 69 lat, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy wraz z pakietem Umów dodatkowych. W takiej sytuacji zapłacenie Składki w wysokości wskazanej w propozycji Towarzystwa jest równoznaczne z akceptacją tej propozycji i kontynuacją Umowy na warunkach i w zakresie zaproponowanym przez Towarzystwo. Zapisy § 6 ust. 4 i 5 nie będą miały zastosowania.

Suma ubezpieczenia

§ 12

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

Składka

§ 13

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

§ 14

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

§ 15

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może poinformować Ubezpieczającego o nowej wysokości Składki, ustalonej zgodnie z § 14 ust. 3, jaka będzie obowiązywała w kolejnym Roku polisy.

2. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za kolejny Rok polisy w wysokości zaproponowanej przez Towarzystwo jest równoznaczne z akceptacją przez niego nowej wysokości Składki.
3. W sytuacji gdy Ubezpieczający nie opłaci Składki za kolejny Rok polisy w wysokości zaproponowanej przez Towarzystwo, zastosowanie mają zapisy § 16 ust 2 i 3.

Skutki nieopłacenia pierwszej i kolejnej Składki

§ 16

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

Zmiana częstotliwości opłacania Składek

§ 17

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

Indeksacja

§ 18

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

   skutkujące zmianą w Rocznicę polisy, to jest to równoznaczne z rezygnacją z proponowanej przez Towarzystwo indeksacji. W takim przypadku złożenie zawiadomienia o rezygnacji z indeksacji, o którym mowa w ust. 7, nie jest wymagane.
9. W sytuacji, gdy Ubezpieczający złoży wniosek o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej skutkujący zmianą w Rocznicę polisy, to jest to równoznaczne z rezygnacją z proponowanej przez Towarzystwo indeksacji. W takim przypadku złożenie zawiadomienia o rezygnacji z indeksacji, o którym mowa w ust. 7, nie jest wymagane.
10. Rezygnacja z indeksacji w danym Roku polisy nie pozbawia Ubezpieczającego prawa do indeksacji w kolejnych latach obowiązywania Umowy.

Wskazanie osób Uposażonych

§ 19

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

3) rodzice – w częściach równych;
4) rodzeństwo – w częściach równych;
5) pozostałe osoby będące spadkobiercami ustawowymi Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy właściwej dla ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz Skarbu Państwa – w częściach równych.

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

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 20

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

   W takich przypadkach termin, wskazany w ust. 2, liczony jest odpowiednio od daty zawarcia Umowy dodatkowej albo od dnia podwyższenia Sumy Ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy

§ 21

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

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 22

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

Wypłata świadczeń

§ 23

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

Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

§ 24

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki w wysokości i terminach określonych w Dokumencie ubezpieczenia lub innych pismach, w których Towarzystwo potwierdziło zmianę jej wysokości.
2. W razie zawarcia Umowy na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego), Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Ubezpieczonemu, na piśmie lub jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę na innym trwałym nośniku:
   1) warunków Umowy, w tym treści OWU wraz z załącznikami, oraz Skorowidzem będących podstawą do zawarcia Umowy;

2) informacji o zmianie warunków Umowy, zmianie prawa właściwego dla Umowy wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy;
3) informacji o zmianie Sumy ubezpieczenia.

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

Prawa i obowiązki Towarzystwa

§ 25

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

Reklamacje

§ 26

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

3) gdy reklamacja została złożona przez Klienta na piśmie w postaci papierowej, odpowiedź jest udzielana również na piśmie w postaci papierowej, chyba że Klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;
4) gdy reklamacja została złożona przez Klienta ustnie, odpowiedź jest udzielana w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem Klienta.

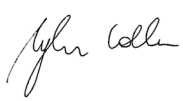
6. W przypadku reklamacji składanych przez osoby prawne lub spółki nieposiadające osobowości prawnej, odpowiedź jest udzielana w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta. Do reklamacji, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, postanowienia niniejszego paragrafu stosuje się odpowiednio, z wyłączeniem ust. 5 i 8.
7. Spór między Klientem a Towarzystwem może być zakończony w drodze:
   1) pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między Klientami a podmiotami rynku finansowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, przed Rzecznikiem Finansowym (www.rf.gov.pl);
   2) mediacji przed Sądem Polubownym działającym przy Komisji Nadzoru Finansowego (https://www.knf.gov.pl/dla_rynku/sad_polubowny_przy_KNF).
8. Skargi mogą być składane przez inne podmioty, niż wymienione w ust. 1 lub gdy ich przedmiotem są nieprawidłowości nie dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo. Skargi powinny zawierać przynajmniej dane umożliwiające identyfikację składającego skargę oraz zgłaszane nieprawidłowości. Skargi są rozpatrywane w terminie 30 dni od ich otrzymania przez Towarzystwo. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi i udzielenie odpowiedzi w powyższym terminie, Towarzystwo może przedłużyć termin rozpatrzenia skargi do 60 dni. Towarzystwo informuje zainteresowanego o sposobie załatwienia skargi niezwłocznie po jej rozpatrzeniu, na piśmie w formie papierowej lub w inny sposób uzgodniony z tą osobą. Do skarg składanych zgodnie z niniejszym ustępem postanowienia niniejszego paragrafu stosuje się odpowiednio, z wyłączeniem ust. 3 i 5.
9. Niezależnie od powyższego Klient może składać skargi na działalność Towarzystwa do uprawnionych organów, np. Komisji Nadzoru Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną klientów podmiotów rynku finansowego. Skargi na działalność Towarzystwa do Komisji Nadzoru Finansowego składać mogą także pozostałe podmioty, wskazane w ust. 1.
10. Podmioty określone w ust. 1, mogą składać zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych i agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające, wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń (zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej), w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową, w sposób ustalony przez te podmioty rynku finansowego.

Postanowienia końcowe

§ 27

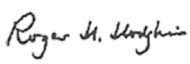
1. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Za zgodą stron Umowy mogą zostać wprowadzone do niej postanowienia dodatkowe lub odmienne od OWU.
3. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia dotyczące Umowy składane są przez Towarzystwo pisemnie albo w innej formie uzgodnionej z Ubezpieczającym.
4. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia dotyczące Umowy składane są przez Ubezpieczającego pisemnie albo w innej formie uzgodnionej z Towarzystwem, z wyłączeniem Reklamacji, o których mowa w § 26.
5. Strony Umowy są zobowiązane do informowania się o każdej zmianie danych teleadresowych wykorzystywanych do kontaktu pomiędzy stronami.
6. Towarzystwo udostępnia Ubezpieczającemu Konto Klienta na stronie generali.pl. Warunkiem korzystania z Konta Klienta jest akceptacja regulaminu, który dostępny jest m.in. na stronie generali.pl w trakcie procesu rejestracji oraz po zalogowaniu się do Konta Klienta. Regulamin udostępniony jest nieodpłatnie w formie umożliwiającej jego pozyskanie, odtwarzanie, utrwalanie i drukowanie.
7. Opodatkowanie świadczeń Towarzystwa w przypadku osób fizycznych regulują przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych, a w przypadku osób prawnych oraz innych podatników podatku dochodowego od osób prawnych – przepisy ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych są wolne od podatku dochodowego, z wyjątkiem dochodu z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia w przypadku ubezpieczeń związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Kwoty otrzymane przez osoby prawne oraz innych podatników podatku dochodowego od osób prawnych z tytułu ubezpieczeń na życie stanowią ich przychód, brany pod uwagę przy obliczaniu dochodu podlegającego opodatkowaniu podatkiem dochodowym.
8. Powództwa o roszczenie z Umowy mogą zostać wytoczone albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy, a także przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy.
9. Językiem obowiązującym w relacjach stron jest język polski.
10. Towarzystwo publikuje sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń na stronie generali.pl.
11. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.
12. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 23 lipca 2026 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek śmierci Ubezpieczonego (kod GPR_TRM_07.2026) dalej „OWUD"
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

(KOD GPR_TRM_07.2026)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

1) **Płatnica polisy** – data wymagalności Składki za Umowę dodatkową, przypadająca na pierwszy dzień okresu, za który jest należna;
2) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
3) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego, która wystąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

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

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

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

2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
   1) rozwiązania Umowy;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 100 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie indywidualnym;
   3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 69 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie pakietowym, chyba, że Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy, o której mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy";
   4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

§ 8

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

§ 9

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
   1) podwyższenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 2;
   2) obniżenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej nie jest możliwe po ukończeniu przez Ubezpieczonego 75 roku życia.
3. Towarzystwo dokona zmiany, o której mowa w ust. 1, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
4. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
5. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
6. Na podstawie informacji, o których mowa w ust. 5, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.

§ 10

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od Rocznicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

Składka za Umowę dodatkową

§ 11

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Indeksacja

§ 12

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

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 13

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego była konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie 2 lat od daty zawarcia Umowy dodatkowej;
   3) okoliczności, o których mowa w OWU w części „Skutki podania nieprawdziwych informacji".

2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, termin, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, będzie liczony od daty jej podwyższenia, ale tylko dla kwoty, o którą Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej została podwyższona.
3. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Umowy dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 14

W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Uprawnionemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu śmierci Ubezpieczonego.

Wypłata świadczenia

§ 15

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

Postanowienia końcowe

§ 16

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 23 lipca 2026 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
(kod GPR_ADB_07.2026) dalej „OWUD"
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

(KOD GPR_ADB_07.2026)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
2) **Płatnica polisy** – data wymagalności Składki za Umowę dodatkową, przypadająca na pierwszy dzień okresu, za który jest należna;
3) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
4) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
5) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

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

2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
   1) ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie indywidualnym albo
   2) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie pakietowym, albo
   3) ukończył 60 lat i nie ukończył 81 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie pakietowym 60+.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

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

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
   1) rozwiązania Umowy;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie indywidualnym;
   3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 69 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie pakietowym, chyba, że Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy, o której mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy";
   4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

§ 8

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

§ 9

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
   1) podwyższenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   2) obniżenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy.
2. Towarzystwo dokona zmiany, o której mowa w ust. 1, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
3. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o rodzaju wykonywanego zawodu.
5. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 4, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.

§ 10

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

Składka za Umowę dodatkową

§ 11

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz częstotliwości opłacania Składek, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Indeksacja

§ 12

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

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 13

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, był konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
   3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
   4) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
   5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
   6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, narciarstwo/snowboard poza wyznaczonymi trasami (off-road skiing, heliskiing, freeride), kaskaderstwo, jazdę na quadach, pokonywanie przeszkód w przestrzeni miejskiej (parkour, free-running, rooftopping), kolarstwo ekstremalne (freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping) oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
   8) okoliczności, o których mowa w OWU w części „Skutki podania nieprawdziwych informacji".
2. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Umowy dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 14

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

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

Wypłata świadczenia

§ 15

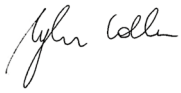
1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
   4) kopię statystycznej karty zgonu lub innej dokumentacji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

Postanowienia końcowe

§ 16

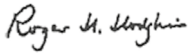
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 23 lipca 2026 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego
(kod GPR_ATDBE_07.2026) dalej „OWUD"
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

(KOD GPR_ATDBE_07.2026)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku komunikacyjnego.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
   1) ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie indywidualnym albo
   2) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie pakietowym, albo
   3) ukończył 60 lat i nie ukończył 81 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie pakietowym 60+.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

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

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
   1) rozwiązania Umowy;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie indywidualnym;
   3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 69 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie pakietowym, chyba, że Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy, o której mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy";
   4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

§ 8

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

§ 9

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
   1) podwyższenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   2) obniżenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy.
2. Towarzystwo dokona zmiany, o której mowa w ust. 1, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
3. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o rodzaju wykonywanego zawodu.
5. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 4, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.

§ 10

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

Składka za Umowę dodatkową

§ 11

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz częstotliwości opłacania Składek i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Indeksacja

§ 12

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

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 13

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Wypadek komunikacyjny, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, był konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
   3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
   4) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
   5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
   6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, narciarstwo/snowboard poza wyznaczonymi trasami (off-road skiing, heliskiing, 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 OWU w części „Skutki podania nieprawdziwych informacji".
2. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Umowy dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 14

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

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

Wypłata świadczenia

§ 15

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
   4) kopię statystycznej karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci;
   5) kopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście Wypadku komunikacyjnego, jeżeli taki protokół był sporządzony;
   6) w przypadku, gdy nie został wskazany żaden Uposażony ani Uposażony zastępczy lub wskazanie jedynego Uposażonego oraz Uposażonego zastępczego okazało się bezskuteczne – dokument potwierdzający bycie członkiem rodziny, a stosownym wykazaniem takiego stanu będą w szczególności: kopia aktu małżeństwa, kopia aktu urodzenia, kopia prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku, kopia notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszty tłumaczenia ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.

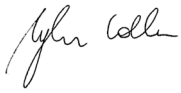
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
5. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4.

Postanowienia końcowe

§ 16

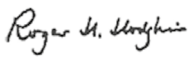
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 23 lipca 2026 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego
w wyniku Nieszczęśliwego wypadku - wariant I
(kod GPR_ADISB6_07.2026) dalej „OWUD"
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 14 ust. 1 i 3; Załącznik nr 1 do OWUD – Tabela uszczerbków na zdrowiu	§ 13; § 14 ust. 2, 3, 6-8

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU – WARIANT I

(KOD GPR_ADISB6_07.2026)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
2) **Płatnica polisy** – data wymagalności Składki za Umowę dodatkową, przypadająca na pierwszy dzień okresu, za który jest należna;
3) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
4) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – wariant I;
5) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
6) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej jego utracie lub upośledzeniu jego funkcji. Definicja obejmuje wyłącznie przypadki umieszczone w Tabeli uszczerbków na zdrowiu stanowiącej załącznik nr 1 do OWUD;

7) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu polegające na:
   a. regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach przynależności do klubów sportowych, stowarzyszeń sportowych, związków i organizacji sportowych lub
   b. udziale w zawodach sportowych, imprezach sportowych, obozach szkoleniowo-sportowych lub kondycyjnych.

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

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

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
   1) ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie indywidualnym albo
   2) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie pakietowym, albo
   3) ukończył 60 lat i nie ukończył 81 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie pakietowym 60+.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2 aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona Ubezpieczeniowa

§ 6

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

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
   1) rozwiązania Umowy;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie indywidualnym;
   3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 69 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie pakietowym, chyba, że Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy, o której mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy";
   4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

§ 8

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

§ 9

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
   1) podwyższenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   2) obniżenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy.
2. Towarzystwo dokona zmiany, o której mowa w ust. 1, na wniosek Ubezpieczającego ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
3. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o rodzaju wykonywanego zawodu.

5. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 4, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.

§ 10

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

Składka za Umowę dodatkową

§ 11

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz częstotliwości opłacania Składek, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczona jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Indeksacja

§ 12

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

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 13

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego nastąpił Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, był konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
   3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
   4) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
   5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
   6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   7) Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, narciarstwo/snowboard poza wyznaczonymi trasami (off-road skiing, heliskiing, freeride), kaskaderstwo, jazdę na quadach, pokonywanie przeszkód w przestrzeni miejskiej (parkour, free-running, rooftopping), kolarstwo ekstremalne (freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping);
   8) okoliczności, o których mowa w OWU w części „Skutki podania nieprawdziwych informacji".
2. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Umowy dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 14

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

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

4. Oceny stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w § 15 ust. 1 i 2, lub opinii wskazanego przez Towarzystwo lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez Towarzystwo.
5. Rodzaj wykonywanych przez Ubezpieczonego czynności i charakter jego pracy nie mają wpływu na ocenę stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
6. W przypadku powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w obrębie narządu, którego funkcje były upośledzone przed tym Nieszczęśliwym wypadkiem, a miało to wpływ na aktualny stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu, rodzaj i stopień (procent) Trwałego uszczerbku na zdrowiu zostaną ustalone w wyniku analizy, jako różnica upośledzenia danego narządu przed i po Nieszczęśliwym wypadku.
7. Po ustaleniu rodzaju i stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia jak i pogorszenia, nie stanowi podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
8. W przypadku wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku powodującego Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczony zobowiązany jest starać się o złagodzenie skutków Nieszczęśliwego wypadku poprzez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu. Towarzystwo nie odpowiada za Trwały uszczerbek na zdrowiu będący konsekwencją braku działań, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

Wypłata świadczenia

§ 15

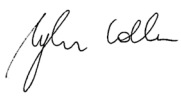
1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię dokumentacji medycznej określającej rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
   4) kopię protokołu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

Postanowienia końcowe

§ 16

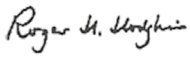
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 23 lipca 2026 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie TU S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO:

NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU – WARIANT I,

NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU – WARIANT II,

NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU,

NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU,

NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU WSPÓŁMAŁŻONKA ALBO PARTNERA W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

TABELA USZCZERBKÓW NA ZDROWIU

(KOD GPR_ADISB6_ADISB3_ADISB4_CADISB5_SADISB3_07.2026)

Niniejszą tabelę stosuje się przy ocenie skutków Nieszczęśliwych wypadków u osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umów dodatkowych na wypadek: Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (wariant I oraz wariant II), Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu, Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka w wyniku Nieszczęśliwego wypadku oraz Trwałego uszczerbku na zdrowiu Współmałżonka albo Partnera w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

Rodzaj uszkodzeń ciała		% uszczerbku na zdrowiu
A. Uszkodzenia głowy		
1)	Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
	a. znaczne uszkodzenie powłok czaszki z rozległymi, ściągającymi bliznami – w zależności od rozmiaru	1-10
	b. oskalpowanie:	5-25
2)	Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (wgłębienia, szczeliny, fragmentacja) – zależnie od rozległości uszkodzeń	1-10
3)	Ubytek w kościach czaszki:	
	a. o średnicy poniżej 2,5 cm	1-7
	b. o średnicy powyżej 2,5 cm – w zależności od rozmiarów	8-25
Uwaga: Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), osobno oceniany jest stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości według poz. 2 lub 3, a osobno za uszkodzenia powłok czaszki według poz. 1.		
4)	Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 1, 2, 3 w postaci: nawracającego wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego, przewlekłego zapalenia kości, ropowicy podczepcowej leczonej operacyjnie, zakrzepicy powłok, przepukliny mózgowej – ocenia się dodatkowo – w zależności od rodzaju i stopnia powikłań	5-15
5)	Porażenie i niedowłady połowicze:	
	a. porażenie połowicze lub paraplegie (porażenia kończyn dolnych) uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0 – 1° wg Skali Lovette'a	100
	b. głęboki niedowład połowiczy lub parapareza 2° wg Skali Lovette'a	60-80
	c. średniego stopnia niedowład połowiczy lub parapareza kończyn dolnych 3° wg Skali Lovette'a	40-60
	d. niewielki lub dyskretny niedowład połowiczy lub niedowład kończyn dolnych 4° wg Skali Lovette'a, dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostateczności precyzji ruchów itp.	5-35
	e. monoparezy pochodzenia ośrodkowego:	
	– kończyna górna – wg skali Lovett'a	
	– prawa górna kończyna	
	0°	40
	1 – 2°	30-35
	3 – 4°	5-25
	– lewa górna kończyna	
	0°	30

A. Uszkodzenia głowy – ciąg dalszy		
	1 – 2°	20-25
	3 – 4°	5-15
	– kończyna dolna (prawa i lewa) – wg skali Lovett'a	
	0°	40
	1 – 2°	30
	3 – 4°	5-20
6)	Zespoły pozapiramidowe:	
	a. utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100
	b. zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp.	40-80
	c. zaznaczony zespół pozapiramidowy	10-30
7)	Zaburzenia równowagi pochodzenia móżdżkowego:	
	a. zaburzenia równowagi uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100
	b. utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w stopniu znacznym	70-80
	c. miernego stopnia utrudnienie chodu i sprawności ruchowej	30-60
	d. dyskretnie wpływające na sposób chodu i niewielkie upośledzenie zborności i precyzji ruchów	5-25
8)	Padaczka:	
	a. z licznymi napadami ze współistnieniem zaburzeń psychicznych, charakteropatii, otępienia wymagających opieki innej osoby	100
	b. padaczka z zaburzeniami psychicznymi w zależności od ich nasilenia	30-70
	c. padaczka bez zaburzeń psychicznych w zależności od częstości napadów	20-30
Uwaga: Podstawą rozpoznania padaczki są obserwacje przez lekarza napadu, typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna bądź szpitalna.		
9)	Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):	
	a. otępienie lub ciężkie zaburzenia zachowania i emocji uniemożliwiające samodzielną egzystencję	100
	b. encefalopatie ze zmianami charakterologicznymi w zależności od stopnia	50-70
Uwaga: Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym, zmiany w zapisie EEG. Encefalopatia powinna być potwierdzona badaniami dodatkowymi.		
10)	Nerwice:	
	a. utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym	2-10
	b. utrwalona nerwica po ciężkim uszkodzeniu ciała – w zależności od stopnia zaburzeń	2-10
	c. zespół cerebrasteniczny z utrwalonymi skargami subiektywnymi	5-30
11)	Zaburzenia mowy:	
	a. afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	80
	b. afazja całkowita motoryczna	60
	c. afazja znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się	30-40
	d. afazja nieznacznego stopnia	10-20
12)	Zespoły podwzgórzowe, pourazowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego)	
	a. znacznie upośledzające czynność ustroju	40-60
	b. nieznacznie upośledzające czynność ustroju	20-30
13)	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:	
	a. nerwu okoruchowego:	
	– w zakresie mięśni wewnętrznych oka – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-15
	– w zakresie mięśni zewnętrznych oka – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-30
	b. nerwu bloczkowego	3
	c. nerwu odwodzącego – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-5
14)	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20
15)	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu twarzowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20
Uwaga: Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej oceniane jest według poz. 49.		
16)	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowych i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego	5-50
17)	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	3-15
18)	Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-20

B. Uszkodzenia twarzy	
19) Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki):	
a. oszpecenia bez zaburzeń funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy	1-10
b. oszpecenie z miernymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	10-30
c. oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowanie pokarmów, zaburzenia oddychania, mowy, ślinotok i zaburzenia funkcji powiek itp.) – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji	30-60
20) Uszkodzenia nosa:	
a. uszkodzenia nosa bez zaburzeń oddychania i powonienia – zależnie od rozległości uszkodzenia	1-10
b. uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania – zależnie od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania	5-20
c. uszkodzenia nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia – w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu	10-25
d. utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszkowego	5
e. utrata nosa w całości (łącznie z kośćmi nosa)	30
Uwaga: Jeżeli uszkodzenie nosa wchodzi w zespół uszkodzeń objętych poz. 19, oceniane jest wówczas według pozycji 19.	
21) Utrata zębów:	
a. całkowita utrata zęba – za każdy ząb	1
b. częściowa utrata zęba – za każdy ząb	0,5
22) Utrata części szczęki lub żuchwy (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów) – staw rzekomy – zależnie od rozległości ubytków, stanu odżywiania i powikłań	15-30
23) Utrata szczęki (łącznie z oszpeceniem i utratą zębów):	
a. szczęki	40
b. żuchwy	50
24) Złamania szczęki i/lub żuchwy wygojone z przemieszczeniem odłamów:	
a. bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zniekształcenia i rozwarcia szczęk	1-5
b. z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	5-10
25) Ubytek podniebienia:	
a. z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	10-30
b. z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	25-40
26) Ubytki języka:	
a. bez zaburzeń mowy i połykania	1-3
b. z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	5-15
c. z dużymi zaburzeniami mowy – w zależności od stopnia zaburzeń	15-40
d. całkowita utrata języka	50

C. Uszkodzenia narządu wzroku

27) a. Przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obojga oczu stały lub długotrwały uszczerbek na zdrowiu określa się według następującej tabeli:

Ostrość wzroku oka prawego	1,0 (10/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0
Ostrość wzroku oka lewego	Procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu										
1, 0 (10/10)	0	2, 5	5	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35
0, 9 (9/10)	2, 5	5	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35	40
0, 8 (8/10)	5	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35	40	45
0, 7 (7/10)	7, 5	10	12, 5	15	20	25	30	35	40	45	50
0, 6 (6/10)	10	12, 5	15	20	25	30	35	40	45	50	55
0, 5 (5/10)	12, 5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
0, 4 (4/10)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
0, 3 (3/10)	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
0, 2 (2/10)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80
0, 1 (1/10)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90
0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100

C. Uszkodzenia narządu wzroku – ciąg dalszy

Uwaga: Ostrość wzroku określana jest po korekcji szkłami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.

	b. Utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyłuszczeniem gałki ocznej	38
28)	Porażenie nastawności (akomodacji) – przy zastosowaniu szkieł poprawczych:	
	a. jednego oka	15
	b. obu oczu	30
29)	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych: a. rozdarcie naczyniówki jednego oka b. zapalenie naczyniówki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego c. przedziurawienie plamki żółtej jednego oka d. zanik nerwu wzrokowego	wg tabeli z p.27a
30)	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących: a. blizny rogówki lub twardówki (garbiak twardówki) b. zaćma urazowa (uszkodzenie soczewki) c. ciało obce wewnątrzgałkowe, powodujące obniżenie ostrości wzroku	wg tabeli z p.27a
31)	Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych i termicznych (oparzenia itp.)	wg tabeli z p.27a
32)	Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się według poniżej podanej tabeli:	

Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepocie drugiego oka
60°	0	0	35%
50°	5%	15%	45%
40°	10%	25%	55%
30°	15%	50%	70%
20°	20%	80%	85%
10°	25%	90%	95%
poniżej 10°	35%	95%	100%

33)	Połowicze niedowidzenia:	
	a. dwuskroniowe	60
	b. dwunosowe	30
	c. jednoimienne	25
	d. jednoimienne górne	10
	e. jednoimienne dolne	40
34)	Utrata funkcji soczewki po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej, przy braku jednoczesnego pojedynczego widzenia obuocznego:	
	a. w jednym oku	25
	b. w obu oczach	40
35)	Usunięcie zaćmy pourazowej ze wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej:	
	a. w jednym oku	10
	b. w obu oczach	30
36)	Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie):	
	a. w jednym oku	5-10
	b. w obu oczach	10-15
37)	Odwarstwienie siatkówki jednego oka	wg tabeli z p.27a oraz wg tabeli z p.32
38)	Jaskra – ogólny procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu	wg tabeli z p.27a oraz wg tabeli z p.32
39)	Wytrzeszcz tętniący – w zależności od stopnia	50-100
40)	Zaćma urazowa	wg tabeli z p.27a
41)	Przewlekłe zapalenie spojówek	1-10

D. Uszkodzenia narządu słuchu

42) Przy upośledzeniu ostrości słuchu procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu określa się według niżej podanej tabeli: obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosena (w mod.).

Ucho prawe	0 – 25 dB	26 – 40 dB	41 – 70 dB	Pow. 70 dB
Ucho lewe	Procent stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu			
0 – 25 dB	0	5	10	20
26 – 40 dB	5	15	20	30
41 – 70 dB	10	20	30	40
Pow. 70 dB	20	30	40	50

Uwaga: Oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1.000 i 2.000 Hz.

43) Urazy małżowiny usznej:	
a. utrata części małżowiny	1-5
b. zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia) w zależności od stopnia	5-10
c. utrata jednej małżowiny	15
d. utrata obu małżowin	25
44) Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego: a. jednostronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu b. obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu	wg tabeli z p. 42
45) Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego:	
a. jednostronne	1-5
b. obustronne	10
46) Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha – w zależności od stopnia powikłań:	
a. jednostronne	5-15
b. obustronne	10-20
47) Uszkodzenie ucha środkowego w następstwie złamania kości skroniowej z upośledzeniem słuchu	wg tabeli z p. 42
48) Uszkodzenie ucha wewnętrznego:	
a. z uszkodzeniem części słuchowej	wg tabeli z p. 42
b. z uszkodzeniem części statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	20-50
c. z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia	30-60
49) Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:	
a. jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-40
b. dwustronne	20-60

E. Uszkodzenia szyi, krtani, tchawicy i przełyku

50) Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji	1-10
51) Uszkodzenie lub zwężenie krtani pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej – w zależności od stopnia zwężenia	5-30
52) Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawiczej:	
a. z zaburzeniami głosu – w zależności od stopnia	35-50
b. z bezgłosem	60
53) Uszkodzenie tchawicy – w zależności od stopnia jej zwężenia:	
a. bez niewydolności oddechowej	1-20
b. z niewydolnością oddechową	20-45
c. z niewydolnością oddechowo–krążeniową	45-60
54) Uszkodzenie przełyku powodujące:	
a. częściowe trudności w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	10-30
b. odżywianie tylko płynami	50
c. całkowitą niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową	80
55) Uszkodzenie tkanek miękkich (skóry i mięśni) szyi z ograniczeniem ruchomości szyi – w zależności od stopnia i ustawienia głowy:	
a. niewielkiego stopnia	1-5
b. znacznego stopnia	15-30

Uwaga: Uszkodzenia tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego oceniane są według poz. 89.

F. Uszkodzenia klatki piersiowej i ich następstwa	
56) Blizny powłok klatki piersiowej ograniczające ruchomość klatki piersiowej – w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości oddechowej klatki piersiowej:	
a. miernego stopnia	1-15
b. znacznego stopnia	15-30
57) Utrata gruczołu piersiowego (w części lub w całości):	
a. brodawki sutkowej częściowa lub całkowita	1-5
b. utrata sutka w zależności od wielkości ubytków i blizn:	
– częściowa	1-15
– całkowita	15-25
– z częścią mięśnia piersiowego	25-35
58) Uszkodzenie przynajmniej 2 żeber (złamanie itp.):	
a. z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia pojemności życiowej płuc	1-5
b. z obecnością zniekształceń i zmniejszenia pojemności życiowej płuc – w zależności od stopnia zmniejszenia pojemności życiowej	5-25
59) Złamanie mostka ze zniekształceniami	1-10
60) Zapalenie kości (przetoki) żeber lub mostka	1-20
61) Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):	
a. bez niewydolności oddechowej	5-10
b. z niewydolnością oddechową – w zależności od stopnia	20-40
Uwaga: Stopień uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej musi być potwierdzony badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim.	
62) Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc przetoki – w zależności od stopnia niewydolności oddechowej	20-80
Uwaga: Stopień uszkodzenia tkanki płucnej i niewydolności oddechowej musi być potwierdzony badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim.	
63) Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a. z wydolnym układem krążenia	2-10
b. z objawami względnej wydolności układu krążenia	20-30
c. z objawami niewydolności krążenia – w zależności od stopnia niewydolności	40-90
Uwaga: Stopień uszkodzenia serca oceniany jest na podstawie badania radiologicznego i elektrokardiograficznego, echokardiografii, koronarografii.	
64) Przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia	20-40
G. Uszkodzenie brzucha i ich następstwa	
65) Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, przetoki, blizny zaciągające) – w zależności od umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia powłok jamy brzusznej	1-30
Uwaga: Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). Przepukliny pachwinowe, pępkowe, itp. oraz wszystkie, które uwidoczniły się po wysiłku, dźwignięciu, gwałtownym ruchu, nie są uznawane za urazowe.	
66) Uszkodzenie żołądka, jelit i sieci:	
a. bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego i przy dostatecznym stanie odżywiania	2-10
b. z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – w zależności od stopnia zaburzeń stanu odżywiania	11-50
67) Przetoki jelitowe, kałowe i odbyt sztuczny – w zależności od stopnia zanieczyszczania się i zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę:	
a. jelita cienkiego	30-80
b. jelita grubego	20-50
68) Przetoki okołoodbytnicze	15
69) Uszkodzenia zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
70) Wypadnięcie odbytnicy – w zależności od stopnia wypadnięcia	10-30
71) Utrata śledziony:	
a. bez większych zmian w obrazie krwi	15
b. ze zmianami w obrazie krwi lub/i ze zrostami otrzewnowymi	30

G. Uszkodzenie brzucha i ich następstwa – ciąg dalszy	
72) Uszkodzenia wątroby, dróg żółciowych lub trzustki w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji:	
a. nieznacznego stopnia	5-10
b. znacznego stopnia	20-60
H. Uszkodzenia narządów moczowo–płciowych	
73) Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	10-25
74) Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	35
75) Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki	40-75
76) Uszkodzenie moczowodu powodujące zawężenie jego światła	10-20
77) Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych	10-30
78) Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego – w zależności od stopnia stałego zanieczyszczenia się moczem	20-50
79) Zwężenie cewki moczowej:	
a. powodujące trudności w oddawaniu moczu	15
b. z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu	30-50
c. z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu z powikłaniami	50-60
80) Utrata prącia	40
81) Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia – w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzeń funkcji	1-30
82) Uszkodzenie lub utrata jednego jądra lub jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nieujętych w Tabeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji	1-20
83) Utrata obu jąder lub jajników	40
84) Wodniak jądra	10
85) Utrata macicy:	
a. w wieku do 45 lat	40
b. w wieku powyżej 45 lat	20
86) Uszkodzenie krocza powodujące całkowite wypadnięcie narządów rodnych:	
a. pochwy	10
b. pochwy i macicy	30
I. Ostre zatrucia i ich następstwa (orzekane nie wcześniej niż po 6 miesiącach od zajścia zdarzenia)	
87) Nagłe zatrucie gazami oraz substancjami i produktami (z wyjątkiem zatruć pokarmowych):	
a. ze stwierdzoną utratą przytomności, lecz bez wtórnych powikłań	1-10
b. powodujące uszkodzenie układu krwiotwórczego i narządów wewnętrznych (rozedma, przewlekły nieżyt krtani, tchawicy i oskrzeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia	10-25
Uwaga: Uszkodzenia układu nerwowego spowodowane nagłym zatruciem gazami oceniane są według odpowiednich pozycji dotyczących układu nerwowego.	
88) Nagłe zatrucie pokarmami powodujące trwałe uszkodzenie narządów miąższowych przewodu pokarmowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-15
Uwaga: Uszkodzenia układu nerwowego wskutek nagłych zatruć pokarmowych oceniane są według odpowiednich pozycji dotyczących układu nerwowego.	
J. Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa	
89) Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
a. z ograniczeniem ruchomości – bez trwałych zniekształceń kręgów	1-10
b. z ograniczeniem ruchomości w zakresie rotacji lub zginania powyżej 20 stopni – ze zniekształceniem miernego stopnia	10-35
c. z całkowitym zesztywnieniem z niekorzystnym ustawieniem głowy	35-50
90) Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym lub lędźwiowym:	
a. bez zniekształceń – w zależności od stopnia uszkodzenia	1-10
b. ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości – w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchomości	10-25
c. znaczne ograniczenie ruchomości i zniekształcenie	25-40

J. Uszkodzenia kręgosłupa, rdzenia kręgowego i ich następstwa – ciąg dalszy		
91)	Izolowane uszkodzenia wyrostków poprzecznych, wyrostków ościstych – w zależności od ich liczby i zaburzeń funkcji (ograniczenie ruchomości)	1-10
92)	Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. ocenia się według poz. 89–91, zwiększając stopień uszczerbku na zdrowiu	+5-10
93)	Uszkodzenia rdzenia kręgowego:	
	a. przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn	100
	b. niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiających poruszanie się za pomocą dwóch lasek	60-70
	c. niedowład kończyn dolnych umożliwiający poruszanie się o jednej lasce	30-40
	d. porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrdzeniowym)	100
	e. niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrdzeniowym)	60-70
	f. niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrdzeniowym)	20-30
	g. zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego)	20-40
	h. zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów – w zależności od stopnia zaburzeń	5-30
94)	Urazowe zespoły korzonkowe (bólowe, ruchowe, czuciowe lub mieszane) – w zależności od stopnia:	
	a. szyjne	1-20
	b. piersiowe	1-10
	c. lędźwiowo-krzyżowe	1-25
	d. guziczne	1-5
K. Uszkodzenia miednicy		
95)	Utrwalone rozejście się spojenia łonowego lub rozerwania stawu krzyżowo-biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:	
	a. niewielkiego stopnia	1-10
	b. dużego stopnia	10-35
96)	Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno- lub wielomiejscowe, z obecnością zniekształceń i upośledzeniem chodu:	
	a. w odcinku przednim (kość łonowa, kulszowa)	1-15
	b. w odcinku przednim i tylnym	15-45
97)	Złamanie dna panewki – z obecnością upośledzenia funkcji stawu i zmianami zniekształcającymi:	
	a. zwichnięcie I° – nieznaczne zmiany	1-10
	b. zwichnięcie II° – wyraźne zmiany	10-20
	c. zwichnięcie III°– duże zmiany	20-35
	d. zwichnięcie IV° – bardzo duże zmiany	35-45
Uwaga: Uraz stawu biodrowego wygojony sztucznym stawem oceniany jest według stanu uszkodzenia przed operacją. Uszkodzenie sztucznego stawu oceniane jest według maksymalnego procentu minus uszczerbek stwierdzony przed założeniem sztucznego stawu.		
98)	Izolowane złamanie miednicy (talerz biodrowy, kolce biodrowe, guz kulszowy) – w zależności od zniekształcenia i zaburzeń funkcji	1-20
Uwaga: Towarzyszące uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne oceniane są dodatkowo według pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.		

L. Uszkodzenia kończyny górnej		**Prawa**	**Lewa**
99)	Złamanie łopatki:		
	a. wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem z niewielkim zaburzeniem funkcji kończyny	1-5	1-5
	b. wygojone złamanie łopatki z przemieszczeniem i znacznym ograniczeniem funkcji kończyny w zależności od stopnia	5-40	5-30
Uwaga: Normy poz. 99 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.			
100)	Wadliwe wygojone złamanie obojczyka – w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchów		
	a. nieznaczne zmiany	1-10	1-5
	b. wyraźne zmiany	10-25	5-20
101)	Staw rzekomy obojczyka ograniczający ruchy kończyny		
	a. nieznaczne zmiany	1-10	1-5
	b. znaczne zmiany	10-25	5-20

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąg dalszy		
102) Zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego w zależności od ograniczenia ruchów i stopnia zniekształcenia:		
a. nieznaczne zmiany	1-10	1-5
b. znaczne zmiany	10-25	5-20
103) Uszkodzenie obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości i obecnością ciał obcych ocenia się według pozycji 100-102, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu	+ 5	
Uwaga: Przy współistniejących powikłaniach neurologicznych stosowane są oceny według pozycji dotyczących uszkodzeń odpowiednich odcinków kończyny – w zależności od stopnia wypadnięcia funkcji.		
104)Przewlekłe zmiany stawu barkowego w zależności od stopnia ograniczenia funkcji, blizn powodujących upośledzenie funkcji kończyny, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń złamanej głowy, nasady bliższej kości ramiennej i innych zmian wtórnych:		
a. nieznacznego stopnia	1-10	1-5
b. średniego stopnia	10-20	5-15
c. dużego stopnia	20-30	15-25
105) Zastarzałe nieodprowadzone zwichnięcie stawu barkowego w zależności od upośledzenia zakresu ruchów i ustawienia kończyny	20-30	15-30
106) Nawykowe zwichnięcie barku potwierdzone zaświadczeniem lekarskim i RTG	25	20
107) Staw cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości w zależności od zaburzeń funkcji	25-40	20-35
Uwaga: Staw wiotki z powodu porażeń oceniany jest według norm neurologicznych.		
108) Zesztywnienie stawu barkowego:		
a. w ustawieniu częściowo korzystnym (w odwiedzeniu około 70°, antepozycja 35° i rotacja zewnętrzna około 25°) w zależności od ustawienia i funkcji	20-35	10-30
b. w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40	35
109) Bliznowaty przykurcz stawu barkowego w zależności od zaburzeń czynności stawu	1-15	1-10
110) Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 104-109, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji	+1-35	+1-25
111) Utrata kończyny w barku	75	70
112) Utrata kończyny wraz z łopatką	80	75
113) Złamanie kości ramiennej z obecnością zmian wtórnych i upośledzeniem funkcji kończyny:		
a. z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi	5-15	5-10
b. ze znacznym przemieszczeniem i skróceniem	15-30	10-25
c. złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, brakiem zrostu, stawem rzekomym, ciałami obcymi i zmianami neurologicznymi	30-55	25-50
114) Uszkodzenia mięśni, ścięgien i ich przyczepów w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:		
a. mięśnia dwugłowego	1-15	1-10
b. uszkodzenie innych mięśni ramienia	10-20	10-15
115) Utrata kończyny w obrębie ramienia:		
a. z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70	65
b. przy dłuższych kikutach	65	60
116) Przepukliny mięśniowe ramienia	1-3	1-3
117) Złamanie obwodowej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej – z obecnością zaburzeń osi i ograniczeniem ruchów w stawie łokciowym:		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. średnie zmiany	5-15	5-10
c. duże zmiany	15-30	10-25
118) Zesztywnienie stawu łokciowego:		
a. w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia (75°-110°)	30	25
b. z brakiem ruchów obrotowych	35	30
c. w ustawieniu wyprostowanym lub zbliżonym (160°-180°)	50	45
119) Przykurcz w stawie łokciowym – w zależności od zakresu zgięcia, wyprostu i stopnia zachowania ruchów obrotowych przedramienia:		
a. przy niemożności zgięcia do 90°	10-30	5-25
b. przy możliwości zgięcia ponad kąt prosty	3-15	2-10
Uwaga: Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie stawu łokciowego oceniane są według pozycji 118-120.		

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąg dalszy		
120) Cepowy staw łokciowy – w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni	15-30	10-25
121) Uszkodzenie stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami, ciałami obcymi itp. ocenia się według pozycji 117–120, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu	+5	+5
122) Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych:		
a. niewielkie zniekształcenia	1-5	1-4
b. średnie zniekształcenia	5-20	5-10
c. znaczne zniekształcenia, duże ograniczenia ruchów, zmiany wtórne (troficzne, krążeniowe i inne)	15-25	10-20
123) Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:		
a. niewielkie zniekształcenia	1-5	1-4
b. średnie zniekształcenia	5-20	5-15
c. duże zmiany, zmiany wtórne i inne	20-35	15-30
124) Uszkodzenia części miękkich przedramienia, skóry, mięśni ścięgien, naczyń – z trwałym uszkodzeniem i upośledzeniem funkcji, bliznami znacznie upośledzającymi funkcję kończyny górnej		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. znaczne zmiany	5-20	5-15
125) Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej z obecnością zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:		
a. średniego stopnia	10-20	10-15
b. dużego stopnia	20-35	15-30
126) Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia z obecnością zniekształceń, ubytkami kości, upośledzeniem funkcji i poważnych zmian wtórnych:		
a. średniego stopnia	10-25	10-20
b. dużego stopnia	25-40	20-35
127) Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, obecnością ciał obcych, ubytkiem tkanki kostnej i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 122-126, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-15	+1-15
128) Utrata kończyny w obrębie przedramienia – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania	55-65	50-60
129) Utrata przedramienia w sąsiedztwie stawu nadgarstkowego	55	50
130) Ograniczenie ruchomości w obrębie nadgarstka w następstwie jego uszkodzeń (skręcenia, zwichnięcia, złamania kości nadgarstka, martwice aseptyczne tych kości) z obecnością zniekształceń, uszkodzenia funkcji, zmian troficznych, blizn powodujących upośledzenie funkcji dłoni:		
a. ograniczenie ruchomości	1-10	1-8
b. ograniczenie ruchomości dużego stopnia	10-20	8-15
c. ograniczenie ruchomości dużego stopnia z ustawieniem ręki czynnościowo niekorzystnym	20-30	15-25
131) Całkowite zesztywnienie w obrębie nadgarstka:		
a. w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców	15-30	10-25
b. w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji dłoni i palców	25-45	20-40
132) Uszkodzenia nadgarstka powikłane głębokimi trwałymi troficznymi, przewlekłym i ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 130 i 131, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-10	+1-10
133) Utrata ręki na poziomie nadgarstka	55	50
134) Uszkodzenie śródręcza – części miękkich (skóry, mięśni, naczyń, nerwów) i kości, z obecnością blizn powodujących upośledzenie funkcji dłoni, trwałe zniekształcenia śródręcza, zaburzenia ruchomości		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. średnie zmiany	5-10	4-8
c. rozległe zmiany	10-20	8-18
135) Utraty w obrębie kciuka w zależności od rozmiaru ubytku, rodzaju blizn, zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych		
a. utrata opuszki	1-5	1-3
b. utrata paliczka paznokciowego	5-10	3-8

L. Uszkodzenia kończyny górnej – ciąg dalszy		
c. utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawowego (do 2/3 długości paliczka)	10-15	8-10
d. utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawowego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródręcza	15-20	10-15
e. utrata obu paliczków z kością śródręcza	20-30	15-25
136) Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zesztywnienie, zmiany troficzne i czuciowe, blizny, itp.) – powodujące trwałe ograniczenie funkcji kciuka – w zależności od stopnia		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. średnie zmiany	5-15	4-13
c. znaczne zmiany	15-20	13-18
d. bardzo duże zmiany graniczące z utratą kciuka	20-25	18-23
e. rozległe zmiany graniczące z utratą pierwszej kości śródręcza	25-30	23-33
Uwaga: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka brane są pod uwagę przede wszystkim zdolność przeciwstawienia i chwytu.		
137) Utraty w obrębie palca wskazującego		
a. utrata opuszki	1-5	1-3
b. utrata paliczka paznokciowego	5-7	3-5
c. utrata paliczka paznokciowego z 1/3 dalszą paliczka środkowego	8	5
d. utrata paliczka paznokciowego i środkowego powyżej 1/3	8-12	5-10
e. utrata trzech paliczków	17	15
f. utrata palca wskazującego z kością śródręcza	17-23	15-20
138) Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palca wskazującego (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zesztywnienie, zmiany troficzne i czuciowe, blizny itp.) powodujące trwałe uszkodzenia funkcji palca II – w zależności od stopnia		
a. niewielkie zmiany	1-5	1-4
b. zmiany średniego stopnia	5-10	5-8
c. zmiany dużego stopnia	10-15	8-13
d. zmiany znacznego stopnia, graniczące z utratą wskaziciela (bezużyteczność palca)	17	15
139) Utrata całego paliczka lub części paliczka:		
a. palca trzeciego i czwartego – za każdy paliczek	3	2
b. palca piątego – za każdy paliczek	1	1
140) Utrata palców III, IV lub V z kością śródręcza	12	8
141) Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV, V (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia ścięgien, zniekształcenia, przykurcze stawów, zesztywnienie, zmiany troficzne i czuciowe, blizny, itp.) powodujące trwałe ograniczenie funkcji palców III, IV, V – w zależności od stopnia		
a. niewielkie ograniczenie funkcji palca	1-2	1
b. znaczne ograniczenie funkcji palca	2-4	1-3
c. bezużyteczność palca graniczącą z utratą	7	5
Uwaga: Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena nie może być wyższa niż całkowita utrata tych palców i odpowiada stopniowi użyteczności ręki. Uszkodzenie obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie mogą przekraczać dla ręki prawej 55%, a dla lewej 50%.		
M. Uszkodzenie kończyny dolnej		
142) Utrata kończyny dolnej przy wyłuszczeniu jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej	75-85	
143) Przykurcze i ograniczenie ruchów w stawie biodrowym w następstwie uszkodzeń tkanek miękkich i w zależności od stopnia		
a. miernego stopnia	1-10	
b. znacznego stopnia	10-25	
144) Zesztywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:		
a. w ustawieniu czynnościowo korzystnym	15-35	
b. w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	30-60	
145) Inne następstwa uszkodzeń stawu biodrowego (zwichnięcia, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania przezkrętarzowych i podkrętarzowych, złamania krętarzy itp.) – z ograniczeniem zakresu ruchów, przemieszczeniami, skróceniem, zniekształceniami i różnego rodzaju zmianami wtórnymi		

M. Uszkodzenie kończyny dolnej – ciąg dalszy	
a. ze zmianami miernego stopnia	2-20
b. ze zmianami dużego stopnia	20-40
c. z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowo-biodrowy, kolano itp.)	40-65
146) Przykurcze i zesztywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami, ciałami obcymi itp. oceniane są według pozycji 143-146, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań:	+5-15
Uwaga: Przy uszkodzeniach biodra powodujących następujące zmiany chorobowe: krwiopochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki oceniane jest istnienie związku przyczynowego między tymi schorzeniami a nieszczęśliwym wypadkiem.	
147) Złamanie kości udowej – z obecnością zniekształceń, skrócenia, zaników mięśniowych i ograniczenia ruchów w stawach:	
a. z nieznacznymi zmianami i skrócenie do 4 cm	1-15
b. z miernymi zmianami i skróceniem do 6 cm	15-30
c. ze skróceniem ponad 6 cm i ciężkimi zmianami	30-40
148) Staw rzekomy lub ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia i zaburzeń wtórnych	40-60
149) Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien (oparzenia, przecięcia, pęknięcia podskórne, przepukliny mięśniowe itp.) powodujące istotne zaburzenia funkcji:	
a. miernego stopnia	1-10
b. znacznego stopnia	10-20
150) Uszkodzenia dużych naczyń, tętniaki pourazowe – w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych	1-30
151) Uszkodzenia uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, ciałami obcymi, skostnieniem pozaszkieletowym i zmianami neurologicznymi oceniane są według pozycji 147-150, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów powikłań	+1-10
152) Uszkodzenia uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się według pozycji 147–150, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu	+5-65
Uwaga: Łączny stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu ocenianego według pozycji 147–150 i 152 nie może przekroczyć 70%.	
153) Utrata kończyny – zależnie od długości kikuta i przydatności jego cech do oprotezowania	50-70
154) Złamanie nasad kości tworzących staw kolanowy i rzepki – z obecnością zniekształceń, szpotawości, koślawości, przykurczów, z ograniczeniem ruchomości, upośledzenia stabilności stawu, zaburzeń statyczno–dynamicznych kończyny i innych zmian:	
a. niewielkie zmiany	1-10
b. średnie zmiany	10-25
c. duże zmiany (zesztywnienia w niekorzystnym ustawieniu, brak stabilności stawu)	25-40
155) Trwałe ograniczenie ruchomości stawu kolanowego w następstwie uszkodzeń samego stawu (uszkodzenia więzadłowe, torebkowe, łąkotek, kości tworzących staw kolanowy itd.) w zależności od charakteru przykurczu i zakresu ubytku funkcji	
a. utrata ruchomości w zakresie 0°–40° za każde 2° ubytku ruchu	1
b. utrata ruchomości w zakresie 40°–90° za każde 5° ubytku ruchu	1
c. utrata ruchomości w zakresie 90°–120° za każde 10° ubytku ruchu	1
Uwaga: Prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów przyjmuje się w granicach 0°-120°.	
156) Inne następstwa uszkodzeń kolana: skrócenie kończyny, zaburzenia osi, stawu (koślawość, szpotawość, ruchomość patologiczna), dolegliwości przewlekłe zapalne, zapalenia ropne, ciała obce, przetoki itp. w zależności od stopnia:	
a. niewielkie zmiany	1-10
b. duże zmiany	10-20
157) Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	65
158) Złamanie kości podudzia – w zależności od zniekształcenia, przemieszczenia, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:	
a. z nieznacznymi zmianami lub skróceniami do 4 cm	2-15
b. z dużymi wtórnymi zmianami lub ze skróceniem od 4 cm do 6 cm	15-25
c. ze skróceniem powyżej 6 cm lub bardzo rozległymi zmianami wtórnymi i z dodatkowymi powikłaniami w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych i zmian neurologicznych	25-50

M. Uszkodzenie kończyny dolnej – ciąg dalszy	
159) Izolowane złamanie strzałki (oprócz kostki bocznej)	1-3
160) Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, uszkodzenia ścięgna Achillesa i innych ścięgien – z zaburzeniami czynnościowymi i zniekształceniami stopy, zależnie od rozległości uszkodzenia:	
a. niewielkie i średnie zmiany	1-10
b. znaczne zmiany	10-20
161) Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:	
a. przy długości kikuta do 8 cm mierząc od szpary stawowej	60
b. przy dłuższych kikutach	40-55
162) Trwałe ograniczenie ruchomości i zniekształcenia w stawach skokowych w następstwie skręcenia, zwichnięcia, złamania kości tworzących staw, zranienia, ciał obcych, blizn powodujących trwałe upośledzenie funkcji stopy, w zależności od ich stopnia	
a. niewielkiego stopnia	1-5
b. średniego stopnia	5-10
c. dużego stopnia	10-25
d. powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami, martwicą, zmianami troficznymi i innymi	25-40
163) Zesztywnienie stawu skokowego – z obecnością zniekształceń, nieprawidłowym ustawieniem stopy, zmianami statyczno – dynamicznymi, w zależności od ustawienia stopy, zmian wtórnych i powikłań:	
a. pod kątem zbliżonym do prostego	5-20
b. w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych	20-30
c. w ustawieniach niekorzystnych z dużymi zmianami i powikłaniami	30-40
164) Złamania kości piętowej lub skokowej z przemieszczeniem, zniekształceniem i innymi zmianami wtórnymi:	
a. niewielkie zmiany	1-10
b. średnie zmiany	10-20
c. duże zmiany z częściową utratą kości	20-30
165) Utrata kości piętowej lub skokowej w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań	30-40
166) Uszkodzenia kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniami i innymi zmianami wtórnymi:	
a. miernego stopnia – zależnie od wielkości zaburzeń czynnościowych	1-10
b. znacznego stopnia lub innymi powikłaniami – zależnie od wielkości zaburzeń	10-20
167) Złamania kości śródstopia z przemieszczeniem, zniekształceniem stopy:	
a. złamania I lub V kości z wyraźnym przemieszczeniem – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych	1-15
b. złamania II, III lub IV kości śródstopia – w zależności od stopnia zaburzeń czynnościowych	1-10
c. złamanie trzech i więcej kości śródstopia – w zależności od zaburzeń czynnościowych	10-20
168) Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się według pozycji 167, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu w zależności od stopnia powikłań	+1-10
169) Inne uszkodzenia stopy powodujące zniekształcenia i blizny powodujące upośledzenie funkcji stopy, w zależności od stopnia upośledzenia	
a. niewielkie zmiany	1-5
b. duże zmiany	5-15
170) Utrata stopy w całości	50
171) Utrata stopy na poziomie stawu Choparta	40
172) Utrata stopy w stawie Lisfranka	35
173) Utrata stopy w obrębie kości śródstopia – zależnie od rozległości utraty przedstopia i cech kikuta	20-30
174) Utrata paliczka paznokciowego palucha	1-5
175) Utrata całego palucha	7
176) Utrata palucha wraz z kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	10-20
177) Utrata palców II–V w części lub całości – za każdy palec	2
178) Utrata V palca wraz z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia	5-10
179) Utrata palców II–IV z kością śródstopia – zależnie od wielkości utraty kości śródstopia, za każdy palec	3-5
180) Inne uszkodzenia i zniekształcenia palców – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	1-5

N. Porażenie lub niedowłady poszczególnych nerwów obwodowych	Prawa	Lewa
181) Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:		
a. nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	5-15	5-15
b. nerwu piersiowego długiego	5-15	5-10
c. nerwu pachowego	10-25	10-20
d. nerwu mięśniowo-skórnego	10-25	5-20
e. nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia	15-45	5-35
f. nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki od mięśnia trójgłowego ramienia	10-30	5-25
g. nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia	5-25	5-15
h. nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia	5-15	1-10
i. nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	10-40	5-30
j. nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka	5-25	5-15
k. nerwu łokciowego	10-30	5-20
l. splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	25-45	10-20
m. splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	25-45	20-40
n. pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1-15	1-15
o. nerwu zasłonowego	5-15	5-15
p. nerwu udowego	10-30	10-30
q. nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	10-20	10-20
r. nerwu sromowego wspólnego	5-25	5-25
s. nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	20-60	20-60
t. nerwu piszczelowego (normę w wysokości ponad 30% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	10-40	10-40
u. nerwu strzałkowego	10-20	10-20
v. splotu lędźwiowo-krzyżowego	40-70	40-70
w. pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	1-10	1-10
Uwaga: Według pozycji 181 oceniane są tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadkach współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych stosowana jest ocena według pozycji dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych.		
182) Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną – w zależności od stopnia zmian troficznych i nasilenia bólów	30-50	30-50

Niniejsza Tabela uszczerbków na zdrowiu została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 23 lipca 2026 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Urazu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku
niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu
(kod GPR_ADISB3P_07.2026) dalej „OWUD"
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK URAZU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU NIEPOWODUJĄCEGO TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU

(KOD GPR_ADISB3P_07.2026)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

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

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

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

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

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
   1) ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie indywidualnym albo
   2) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie pakietowym, albo
   3) ukończył 60 lat i nie ukończył 81 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie pakietowym 60+.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

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

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
   1) rozwiązania Umowy;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie indywidualnym;
   3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 69 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie pakietowym, chyba, że Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy, o której mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy";
   4) rozwiązania Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – wariant I albo Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – wariant II, albo Umowy dodatkowej na wypadek Trwałego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, zawartej w ramach Umowy, której zakres ubezpieczenia został rozszerzony o niniejszą Umowę dodatkową;
   5) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   6) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

§ 8

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

§ 9

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
   1) podwyższenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   2) obniżenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy.
2. Towarzystwo dokona zmiany, o której mowa w ust. 1, na wniosek Ubezpieczającego ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
3. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

4. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o rodzaju wykonywanego zawodu.
5. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 4, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.

§ 10

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

Składka za Umowę dodatkową

§ 11

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka i wskazana jest w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczona jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Indeksacja

§ 12

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

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 13

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek powodujący Uraz u Ubezpieczonego nastąpił wskutek:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
   3) spożycia alkoholu przez Ubezpieczonego (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
   4) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
   5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
   6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   7) obrażeń ciała Ubezpieczonego doznanych przed datą zawarcia Umowy dodatkowej;
   8) Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, narciarstwo/snowboard poza wyznaczonymi trasami (off-road skiing, heliskiing, freeride), kaskaderstwo, jazdę na quadach, pokonywanie przeszkód w przestrzeni miejskiej (parkour, free-running, rooftopping), kolarstwo ekstremalne (freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping);
   9) okoliczności, o których mowa w OWU w części „Skutki podania nieprawdziwych informacji".
2. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Umowy dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 14

1. W przypadku Urazu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku niepowodującego Trwałego uszczerbku na zdrowiu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia, ale nie więcej niż 1 500 zł za jeden Uraz niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu.

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

Wypłata świadczenia

§ 15

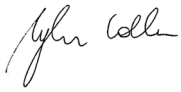
1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie u Ubezpieczonego Urazu niepowodującego Trwałego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

Postanowienia końcowe

§ 16

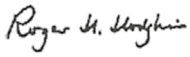
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 23 lipca 2026 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego Assistance
(kod GPR_ASTV1_07.2026) dalej „OWUD"
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 5 ust. 1; § 12	§ 5 ust. 2; § 11; § 12 ust. 1, tabela nr 1; § 13 ust. 4; § 14 ust. 1 i 4

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO ASSISTANCE

(KOD GPR_ASTV1_07.2026)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

1) **Centrum Pomocy Generali** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe czynne przez całą dobę, 365 dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej w zakresie usług pomocy medycznej (medycznego assistance) oraz niezwłocznie organizuje wykonanie wymaganej usługi (zwane dalej „**Centrum Pomocy**"). Numer telefonu Centrum Pomocy wskazany jest w Dokumencie ubezpieczenia;
2) **Dietetyk** – osoba posiadająca kwalifikacje zawodowe w zakresie dietetyki, uprawniona do świadczenia usług polegających na analizie nawyków żywieniowych, opracowaniu indywidualnych zaleceń dietetycznych oraz udzielaniu porad dotyczących prawidłowego odżywiania i zdrowego stylu życia;
3) **Drobny sprzęt medyczno-rehabilitacyjny** – sprzęt przenośny do indywidualnego użytku w Miejscu zamieszkania Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, nieemitujący fal elektromagnetycznych, promieniowania cieplnego i niezasilany prądem elektrycznym;
4) **Dziecko** – osoba pozostająca pod władzą rodzicielską Ubezpieczonego, która w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie przekroczyła 18 roku życia;
5) **Fizjoterapia poporodowa** – dziedzina rehabilitacji, zajmująca się dolegliwościami i powikłaniami wynikającymi ze zmian w organizmie kobiety, jakie zachodzą w czasie ciąży i po porodzie;
6) **Hospitalizacja** – leczenie w Szpitalu trwające nieprzerwanie co najmniej 24 godziny, licząc od momentu przyjęcia do Szpitala;
7) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi dokumentami, do udzielania świadczeń medycznych, nie będąca członkiem najbliższej rodziny Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
8) **Lekarz konsultant Centrum Pomocy** – lekarz współpracujący z Centrum Pomocy (zwany dalej „**Lekarz konsultant**");
9) **Lekarz prowadzący** – lekarz, pod opieką którego znajduje się Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
10) **Miejsce zamieszkania** – wskazany przez Ubezpieczonego we wniosku o zawarcie Umowy adres zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
11) **Nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, wymagający natychmiastowej pomocy medycznej;
12) **Opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną** – opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną, polegająca na zapewnieniu niezbędnych warunków bytowych;

13) **Osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego w momencie zajścia zdarzenia, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone wymaga stałej opieki i nie może samodzielnie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych;
14) **Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance** – Ubezpieczony, Dziecko Ubezpieczonego, Współmałżonek Ubezpieczonego albo Partner Ubezpieczonego;
15) **Osoba wskazana do opieki** – osoba zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazana przez Ubezpieczonego, w momencie zgłoszenia zdarzenia do Centrum Pomocy, do sprawowania opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną. Wskazanie osoby do opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad wyżej wymienionymi osobami;
16) **Partner** – osoba pozostająca w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe;
17) **Płatnica polisy** – data wymagalności Składki za Umowę dodatkową, przypadająca na pierwszy dzień okresu, za który jest należna;
18) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej Assistance;
19) **Szpital** – działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej – na terenie krajów Unii Europejskiej lub krajów Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu – o ile wynika to z zakresu usług realizowanych na podstawie niniejszej Umowy dodatkowej. W rozumieniu niniejszej definicji Szpitalem nie jest dom opieki, hospicjum, ośrodek sanatoryjny, rehabilitacyjny lub wypoczynkowy ani jakakolwiek placówka, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
20) **Usługi medycznego assistance** – zorganizowanie przez Centrum Pomocy pomocy medycznej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, o ile wynika to zakresu usługi opisanego w OWUD, opieki nad ludźmi, a także świadczenie usług informacyjnych w związku z zajściem Nieszczęśliwego wypadku, Nagłego zachorowania lub innego zdarzenia uprawniającego do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
21) **Współmałżonek** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;
22) **Zwierzęta domowe** – stanowiący własność Ubezpieczonego kot należący do ras domowych lub pies, z wyłączeniem ras uznanych za agresywne zgodnie z powszechnie obowiązującymi w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przepisami prawa.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności

§ 3

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

§ 4

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

§ 5

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Usługi medycznego assistance:
   1) usługi realizowane w przypadku Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
      a. wizyta Lekarza – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty dojazdu oraz honorarium Lekarza za wizytę w miejscu pobytu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, bądź organizuje i pokrywa koszty takiej wizyty w placówce medycznej najbliższej miejsca pobytu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty za maksymalnie 4 wizyty w Roku polisy. W przypadku Nieszczęśliwego wypadku organizacja wizyty możliwa jest w okresie nie dłuższym niż 180 dni od daty wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku;
      b. wizyta pielęgniarki – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance oraz pokrywa jej honorarium, jeżeli Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance była Hospitalizowana przez okres dłuższy niż 3 dni. Opieka pielęgniarska obejmuje wykonanie niezbędnych zabiegów pielęgniarskich w okresie nie dłuższym niż 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez Lekarza prowadzącego;
      c. dostawa leków – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszt dostarczenia leków przepisanych przez Lekarza, do miejsca pobytu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, w sytuacji gdy stan zdrowia wymaga leżenia zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego;
      d. dostawa sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszt dostarczenia Drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance w sytuacji, gdy stan zdrowia wymaga leżenia zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego;
      e. organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu Drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego – jeżeli Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance, zgodnie ze wskazaniem Lekarza, powinna używać Drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego w domu, Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty jego wypożyczenia lub zakupu, jeżeli nie jest możliwe jego wypożyczenie. Koszty wypożyczenia lub zakupu Drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego wykraczające poza limit świadczenia, określony w tabeli nr 1, pokrywa Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
      f. transport medyczny – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance:
         a) z Miejsca zamieszkania do, wyznaczonego przez Lekarza konsultanta, Szpitala;
         b) ze Szpitala do Szpitala (jeżeli placówka medyczna, w której przebywa Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance, nie może zapewnić mu wymaganej opieki, bądź gdy skierowany on jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny);
         c) ze Szpitala do Miejsca zamieszkania (jeżeli Hospitalizacja trwała dłużej niż 5 dni);
      g. pomoc domowa po Hospitalizacji – jeżeli Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance była Hospitalizowana dłużej niż 5 dni, Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty pomocy domowej (przygotowywanie posiłków, wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych, drobne zakupy, drobne porządki) po zakończeniu Hospitalizacji. Koszty zakupu wszelkich materiałów, środków spożywczych i usług ponosi Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance. Usługa świadczona jest w godzinach 8:00-16:00 w Miejscu zamieszkania;
      h. organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji – jeżeli Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance, zgodnie ze wskazaniem Lekarza, wymaga rehabilitacji, Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty serii wizyt specjalisty fizjoterapeuty, w tym specjalisty fizjoterapii sportowej, w Miejscu zamieszkania lub organizuje i pokrywa koszty transportu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance do poradni rehabilitacyjnej oraz serii wizyt w poradni rehabilitacyjnej;

i. opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną – jeżeli Ubezpieczony jest Hospitalizowany, a w jego Miejscu zamieszkania bez opieki pozostaje Dziecko lub Osoba niesamodzielna, Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty tylko jednego ze świadczeń:
   a) opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną przez okres Hospitalizacji – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego;
   b) transport Ubezpieczonego lub Osoby niesamodzielnej do Osoby wskazanej do opieki – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla Ubezpieczonego lub Osoby niesamodzielnej z jego Miejsca zamieszkania do Miejsca zamieszkania Osoby wskazanej do opieki;
   c) transport opiekuna do opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla opiekuna z jego Miejsca zamieszkania do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego;

2) usługa realizowana w przypadku Nieszczęśliwego wypadku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
   a. Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty dojazdu oraz honorarium za opiekę nad Zwierzętami domowymi jeżeli Ubezpieczony jest Hospitalizowany i z informacji otrzymanych od Lekarza prowadzącego wynika, iż okres ten będzie dłuższy niż 3 dni, a w miejscu jego zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej bez opieki pozostają Zwierzęta domowe. Centrum Pomocy zorganizuje świadczenie, do wyboru przez Ubezpieczonego:
      a) opiekę nad Zwierzętami domowymi – zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki nad Zwierzętami domowymi w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego przez pierwsze 3 dni od Nieszczęśliwego wypadku polegającej na karmieniu (karmę zapewnia Ubezpieczony), wyprowadzaniu na spacer oraz utrzymaniu higieny psa lub kota lub transport do osoby wskazanej, lub transport do najbliższego schroniska dla zwierząt; opieka nie obejmuje leczenia weterynaryjnego;
      b) transport Zwierząt domowych – zorganizowanie i pokrycie kosztów przewozu Zwierząt domowych do osoby wskazanej przez Ubezpieczonego lub do schroniska/hotelu dla zwierząt.

      Warunkiem wykonania świadczenia jest dostarczenie przez Ubezpieczonego lub osobę wskazaną aktualnej książeczki szczepień zwierzęcia;

3) usługi realizowane w przypadku urodzenia się Dziecka Ubezpieczonemu:
   a. wizyta położnej – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty dojazdu położnej do miejsca pobytu Ubezpieczonego i pokrywa koszty jej honorarium;
   b. rehabilitacja po porodzie – jeżeli Ubezpieczony na skutek porodu wymaga rehabilitacji, zgodnie ze wskazaniem Lekarza, Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty serii wizyt specjalisty fizjoterapeuty:
      a) konsultacja fizjoterapeutyczna dla kobiet po połogu (po upływie 6 tygodni od porodu) obejmuje: ocenę mięśni dna miednicy po porodzie, ocenę mięśnia prostego brzucha, ocenę rozejścia spojenia łonowego, ocenę posturalną, instruktaż w zakresie reaktywacji poporodowej mięśni dna miednicy oraz mięśni prostych brzucha;
      b) konsultacja fizjoterapeutyczna dla kobiet po cesarskim cięciu (3 tygodnie po porodzie) obejmuje: wczesną ocenę blizny, instruktaż wczesnej pielęgnacji i mobilizacji blizny, ocenę posturalną;

4) usługa realizowana w przypadku Hospitalizacji Dziecka na skutek jego Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszty pobytu opiekuna Dziecka w szpitalu lub hotelu przyszpitalnym za nie więcej niż 5 dób hotelowych;

5) usługa realizowana w trudnych sytuacjach losowych, takich jak zgon albo ciężka choroba Ubezpieczonego, Dziecka, Współmałżonka albo Partnera, Rodziców albo Teściów Ubezpieczonego – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszt wizyty Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance u psychologa w placówce medycznej lub koszt dojazdu psychologa do Miejsca zamieszkania oraz honorarium psychologa;

6) usługi realizowane na wniosek Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance:
   a. osobisty asystent – Centrum Pomocy organizuje wybrane świadczenie:
      a) telefoniczna konsultacja z Lekarzem – Centrum Pomocy zapewni Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance całodobowy dostęp do infolinii medycznej polegający na telefonicznej rozmowie z Lekarzem konsultantem, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli ustnej informacji co do dalszego toku postępowania oraz telefoniczny dostęp do informacji o lekach, ich działaniu, interakcjach z innymi środkami, przeciwwskazaniach, dawkowaniu, ich zamiennikach;
      b) organizacja wizyty u lekarza specjalisty – jeżeli Lekarz wysłany przez Centrum Pomocy zaleci wizytę u lekarza specjalisty, Centrum Pomocy zorganizuje wizytę w najbliższym możliwym terminie uzgodnionym z Osobą uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance. Koszt wizyty ponosi osoba wnioskująca o świadczenie;
      c) osoba towarzysząca przy transporcie ze Szpitala do Szpitala – jeżeli Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance korzysta ze świadczenia transportu ze Szpitala do Szpitala, opisanego w ust. 1 pkt 1 ppkt f pppkt b, Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszt transportu osoby towarzyszącej;
      c) organizacja wizyty u Dietetyka – Centrum pomocy zorganizuje wizytę u Dietetyka w terminie uzgodnionym z Osobą uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance lub przekaże dane kontaktowe Dietetyka wraz z ofertą, w zależności od wyboru Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance. Centrum Pomocy, na życzenie Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, prześle również propozycję przykładowego niespersonalizowanego planu żywieniowego. Centrum Pomocy organizuje maksymalnie 1 wizytę lub prześle jeden niespersonalizowany plan żywieniowy w Roku polisy. Koszt wizyty ponosi Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance;
   b. psycholog „na życzenie" – Centrum Pomocy organizuje i pokrywa koszt wizyty u psychologa w placówce medycznej lub koszt dojazdu psychologa do Miejsca zamieszkania oraz jego honorarium, za maksymalnie 3 wizyty w Roku polisy;
   c. Centrum Pomocy zapewni Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance możliwość rozmowy z lekarzem dyżurnym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance ustnej informacji co do dalszego postępowania. Informacje udzielone przez Lekarza konsultanta nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego.

      Porady udzielane na infolinii medycznej, o których mowa w ust. 1 pkt 6 ppkt a pppkt a oraz w ust. 1 pkt 6 ppkt c mają charakter wyłącznie informacyjny i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec uprawnionego Lekarza i Centrum Pomocy. Ponadto Centrum Pomocy udostępni Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance następujące informacje:
      a) baza danych aptek na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów;
      b) baza danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia;

c) baza danych placówek medycznych (lekarzy ogólnych, Szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance i rekomendowanych przez Lekarza konsultanta;
d) baza danych placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych);
e) baza danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
f) baza danych placówek opieki społecznej;
g) baza danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
h) działania, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia);
i) informacja o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań;
j) informacja medyczna o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów);
k) informacja farmaceutyczna o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne, interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów;
l) informacje o zasadach zdrowego żywienia i dietach;
m) informacja o grupach wsparcia i telefonach zaufania w Polsce dla osób w trudnej sytuacji rodzinnej, samotnych matek, cierpiących na określone schorzenia lub dotkniętych narkomanią, alkoholizmem, nikotynizmem, przemocą domową, chorobą nowotworową, cukrzycą, otyłością, anoreksją, bulimią albo depresją;
n) informacja o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia;
o) informacja o uwarunkowaniach medycznych ciąży i innych zapytań dotyczących ciąży;
p) informacje dla młodych matek dotyczące pielęgnacji niemowląt;
q) informacje o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy;
r) instrukcja przygotowania do zabiegów i badań medycznych;
s) profilaktyka zachorowań na grypę;

7) usługi realizowane w przypadku Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
   a. wizyta Lekarza – Centrum Pomocy organizuje wizytę lekarską w miejscu pobytu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, bądź organizuje wizytę u Lekarza w placówce medycznej, pokrywa koszty dojazdu i honorarium Lekarza;
   b. wizyta pielęgniarki – Centrum Pomocy organizuje wizytę pielęgniarki w miejscu pobytu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, w okresie nie dłuższym niż 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez Lekarza konsultanta;
   c. transport medyczny – Centrum Pomocy organizuje transport medyczny z miejsca zdarzenia lub pobytu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance do najbliższego Szpitala lub innej placówki medycznej wskazanej przez Lekarza konsultanta;
   d. transport medyczny powrotny – Centrum Pomocy organizuje transport ze Szpitala lub innej placówki medycznej do miejsca pobytu Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance odpowiednim, zalecanym przez Lekarza prowadzącego, środkiem transportu;
   e. transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi – Centrum Pomocy organizuje transport ze Szpitala do Szpitala (jeśli placówka medyczna, w której przebywa Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance nie może zapewnić mu wymaganej opieki lub gdy skierowany on jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny) odpowiednim środkiem transportu zalecanym przez Lekarza prowadzącego;
   f. przekazywanie informacji – jeżeli Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance jest Hospitalizowana, Centrum Pomocy zapewnia usługi informacyjne polegające na przekazaniu, na wyraźne życzenie Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, ważnych wiadomości jego rodzinie lub pracodawcy, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych i z zachowaniem poufności informacji medycznych.

   Koszt świadczeń, wymienionych w ust. 1 pkt 7 ppkt b-e, pokrywa osoba wnioskująca o świadczenie.

2. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje pomocy medycznej w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 6

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
   1) ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie indywidualnym albo
   2) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie pakietowym, albo
   3) ukończył 60 lat i nie ukończył 81 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie pakietowym 60+.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2 aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

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

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 8

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
   1) rozwiązania Umowy;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie indywidualnym;
   3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 69 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie pakietowym, chyba, że Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy, o której mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy";
   4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Składka za Umowę dodatkową

§ 9

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od częstotliwości opłacania Składek i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Indeksacja

§ 10

Składka za Umowę dodatkową nie podlega indeksacji.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 11

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek lub Nagłe zachorowanie, które wywołały konieczność skorzystania z Usług medycznego assistance, są konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) popełnienia przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
   3) prowadzenia przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   4) spożycia przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
   5) pozostawania przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez Lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance, próby samobójczej Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, świadomego samookaleczenia Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance lub okaleczenia na jej prośbę, niezależnie od stanu jej poczytalności;
   6) poddania się eksperymentowi medycznemu przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance lub zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych;
   7) leczenia stomatologicznego, operacji kosmetycznych lub plastycznych Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, z wyjątkiem przypadków gdy ich przeprowadzenie spowodowane było koniecznością usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania zaistniałych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
   8) operacji zmiany płci Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, pozbawienia płodności, usunięcia ciąży (z wyjątkiem sytuacji, gdy ciąża stanowi zagrożenie dla życia Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance), sztucznego zapłodnienia tej osoby lub innego sposobu leczenia jej niepłodności;
   9) pobrania od Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance narządów lub tkanek do przeszczepu;
   10) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
   11) niestosowania się przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance do zaleceń Lekarza prowadzącego lub Lekarza konsultanta;
   12) chorób przewlekłych Osoby uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance, rozumianych jako schorzenie utrzymujące się długotrwale, a w trakcie jego przebiegu mogą występować okresy zaostrzenia, mniejszego lub czasowego ustąpienia objawów i które zostało zdiagnozowane lub było leczone przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej;
   13) uprawiania przez Osobę uprawnioną do skorzystania z Usługi medycznego assistance niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału tej osoby w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, narciarstwo/snowboard poza wyznaczonymi trasami (off-road skiing, heliskiing, freeride), kaskaderstwo, jazdę na quadach, pokonywanie przeszkód w przestrzeni miejskiej (parkour, free-running, rooftopping), kolarstwo ekstremalne (freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping) oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych.

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

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 12

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

tabela nr 1

	Usługa medycznego assistance	Limit świadczenia na zdarzenie
Usługi realizowane w przypadku Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	Wizyta Lekarza (honorarium i koszty za wizytę)	500,00 zł
	Wizyta pielęgniarki	400,00 zł
	Dostawa leków	500,00 zł
	Transport medyczny z Miejsca zamieszkania do Szpitala, wyznaczonego przez Lekarza konsultanta	2 000,00 zł
	Transport medyczny ze Szpitala do Miejsca zamieszkania	
	Transport medyczny ze Szpitala do Szpitala	
	Organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji	2 000,00 zł
	Dostawa sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego	500,00 zł
	Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu Drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego	2 000,00 zł
	Pomoc domowa po Hospitalizacji	500,00 zł
	Opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną	500,00 zł
	Transport opiekuna do opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną	
Usługi realizowane w przypadku Nieszczęśliwego wypadku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	Opieka nad Zwierzętami domowymi	Przez okres pierwszych 3 dni do wysokości kosztów
	Transport Zwierząt domowych	300,00 zł
Usługi realizowane w przypadku urodzenia Dziecka	Wizyta położnej	400,00 zł
	Rehabilitacja po porodzie	800,00 zł
Usługa realizowana w przypadku Hospitalizacji Dziecka na skutek Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania	Organizacja i pokrycie kosztów pobytu opiekuna Dziecka w szpitalu lub hotelu przyszpitalnym	1 000,00 zł
Usługa realizowana w trudnych sytuacjach losowych (zgon osoby bliskiej, poważne zachorowanie)	Wizyta psychologa	400,00 zł
Usługi realizowane w przypadku Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	Wizyta Lekarza	150 EUR raz w trakcie Roku polisy
	Wizyta pielęgniarki	Organizacja wizyty
	Transport medyczny	Organizacja transportu
	Transport medyczny powrotny	Organizacja transportu
	Transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi	Organizacja transportu
	Przekazywanie informacji	Usługa
Inne usługi	Telefoniczna konsultacja z Lekarzem	Usługa
	Organizacja wizyty u lekarza specjalisty	Usługa
	Organizacja wizyty u Dietetyka	Usługa
	Psycholog „na życzenie”	600,00 zł
	Osoba towarzysząca przy transporcie ze Szpitala do Szpitala	Do limitu dla usługi Transportu medycznego ze Szpitala do Szpitala
	Infolinia medyczna	Usługa

2. W przypadku zajścia Nieszczęśliwego wypadku, Nagłego zachorowania lub innych okoliczności uprawniających do świadczeń wymienionych w § 5, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance ma prawo do skorzystania z każdej wymienionej powyżej Usługi medycznego assistance bez limitu zdarzeń w Roku polisy, chyba że w opisie świadczenia w § 5 taki limit został wskazany.

Realizacja świadczenia

§ 13

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

Refundacje

§ 14

1. Towarzystwo nie przewiduje refundacji za usługi niezorganizowane przez Centrum Pomocy, chyba że Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance przed zorganizowaniem usługi we własnym zakresie uzyskała telefonicznie taką zgodę od Centrum Pomocy.
2. Osoba uprawniona do skorzystania z Usługi medycznego assistance powinna złożyć do Centrum Pomocy pisemny wniosek o refundację kosztów usług wraz z kopiami rachunków nie później niż w terminie 14 dni od ustania przeszkody w zawiadomieniu Centrum Pomocy.
3. Centrum Pomocy przekazuje Osobie uprawnionej do skorzystania z Usługi medycznego assistance decyzję w sprawie wniosku o refundację w terminie do 30 dni od daty jego otrzymania.
4. Towarzystwo poprzez Centrum Pomocy refunduje koszty w wysokości, w jakiej byłyby poniesione, gdyby Usługa medycznego assistance była organizowana przez Centrum Pomocy, jednak nie wyższe niż potwierdzone przedłożonymi rachunkami.
5. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości refundacji kosztów nie jest możliwe w terminie określonym w ust. 3, refundacja kosztów dokonywana jest w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część refundacji Centrum Pomocy wypłaca w terminie określonym w ust. 3.

Postanowienia końcowe

§ 15

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 23 lipca 2026 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Roger Hodgkiss

Prezes Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Poważnego zachorowania Ubezpieczonego
(kod GPR_DD3_DD4V1_07.2026) dalej „OWUD"
z uwzględnieniem definicji z OWUD (Skorowidz)

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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO (KOD GPR_DD3_DD4V1_07.2026)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

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

   w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Poważnego zachorowania;
7) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu polegające na:
   a. regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach przynależności do klubów sportowych, stowarzyszeń sportowych, związków i organizacji sportowych lub
   b. udziale w zawodach sportowych, imprezach sportowych, obozach szkoleniowo-sportowych lub kondycyjnych.

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

§ 3

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

1) **Anemia aplastyczna** – przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego, powodujące niedokrwistość, neutropenię i trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z poniżej wymienionych sposobów:
   a. przetaczanie preparatów krwiopochodnych;

b. podawanie preparatów stymulujących szpik kostny;
c. podawanie preparatów immunosupresyjnych;
d. przeszczepienie szpiku kostnego.

Rozpoznanie musi być oparte na wyniku badania histopatologicznego szpiku kostnego (trepanobiopsja) i potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii;

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

   Definicja nie obejmuje demencji spowodowanej nadużywaniem alkoholu, substancji odurzających lub AIDS;
4) **Choroba Creutzfeldta-Jakoba** – zwyrodnieniowa choroba ośrodkowego układu nerwowego (gąbczaste zapalenie mózgu), rozpoznana klinicznie przez specjalistę w zakresie neurologii za życia Ubezpieczonego, prowadząca do demencji i wyrażająca się utratą możliwości wykonywania przez Ubezpieczonego minimum trzech z listy sześciu podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living"):
   a. mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;
   b. zdolność do ubierania / rozbierania się;
   c. używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
   d. zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
   e. wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
   f. picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków.

   Definicja nie obejmuje przypadków spowodowanych stosowaniem leków lub substancji toksycznych;
5) **Choroba Heinego – Medina (poliomyelitis)** – ostra choroba zakaźna wywołana zakażeniem wirusem polio przebiegająca z porażeniami mięśni kończyn i/lub uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez odpowiednie badania laboratoryjne. Konieczne jest utrzymywanie się objawów porażennych przez okres co najmniej 3 miesięcy. Definicja nie obejmuje przypadków zakażenia wirusem polio, przebiegających bez objawów ze strony układu mięśniowego i nerwowego;
6) **Choroba neuronu ruchowego** – choroba o nieznanej etiologii, charakteryzująca się postępującym zwyrodnieniem szlaków korowo-rdzeniowych, komórek przednich rdzenia i/lub neuronów opuszki. Definicja obejmuje następujące jednostki chorobowe:
   a. rdzeniowy zanik mięśni (SMA);
   b. postępujące porażenie opuszkowe (PBP);
   c. stwardnienie zanikowe boczne (ALS);
   d. pierwotne stwardnienie boczne (PLS).

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

   Definicja nie obejmuje przypadków spowodowanych stosowaniem leków lub substancji toksycznych;
8) **Ciężkie oparzenia** – uszkodzenie tkanek czynnikami termicznymi, elektrycznymi lub chemicznymi, powodujące oparzenia III stopnia, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała. Jako kryterium pomiaru przyjmuje się tabelę powierzchni ciała Lunda i Browdera lub regułę „dziewiątek" Wallace'a;
9) **Dystrofia mięśniowa** – genetycznie uwarunkowana choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym, charakteryzująca się postępującym osłabieniem i zanikiem mięśni, bez objawów zajęcia układu nerwowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie badania elektromiograficznego (EMG) oraz biopsji mięśnia, a ocena podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living") musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum trzech z listy sześciu podstawowych czynności życiowych w ciągu co najmniej 6 miesięcy:
   a. mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;
   b. zdolność do ubierania / rozbierania się;
   c. używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
   d. zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
   e. wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
   f. picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków;

10) **Endarterektomia tętnicy szyjnej (CEA)** – zabieg chirurgiczny przeprowadzony w celu usunięcia zwężenia lub niedrożności tętnicy szyjnej wspólnej lub tętnicy szyjnej wewnętrznej poprzez usunięcie blaszek miażdżycowych z wnętrza tętnicy. Definicja nie obejmuje zabiegów angioplastyki, jakichkolwiek innych zabiegów wykonywanych od strony światła naczynia ani zabiegów wykorzystujących techniki laserowe;
11) **Kardiomiopatia** – dysfunkcja mięśnia sercowego o różnej etiologii, prowadząca do jego nieodwracalnej niewydolności, spełniającej kryterium co najmniej III klasy wg NYHA (New York Heart Assotiation), utrzymującej się przez co najmniej 6 miesięcy mimo prowadzenia optymalnej terapii. Rozpoznanie musi być potwierdzone badaniem echokardiograficznym. Definicja nie obejmuje przypadków uszkodzenia mięśnia serca spowodowanych nadużywaniem alkoholu (kardiomiopatia alkoholowa);
12) **Leczenie operacyjne choroby wieńcowej** – operacja chirurgiczna przeprowadzona przy otwartej klatce piersiowej, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wszczepienie pomostu omijającego. Definicja nie obejmuje angioplastyki wieńcowej, jakichkolwiek innych zabiegów wykonywanych od strony światła naczynia, ani zabiegów wykorzystujących techniki laserowe;
13) **Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy** – histologicznie łagodny guz nowotworowy mózgu, nerwów czaszkowych lub opon, zlokalizowany wewnątrzczaszkowo, spełniający wszystkie poniższe warunki:
    a. jego istnienie zagraża życiu;
    b. wymaga usunięcia chirurgicznego, a w przypadku zaniechania operacji powoduje trwały ubytek neurologiczny;
    c. jego istnienie zostało potwierdzone przez neurologa lub neurochirurga na podstawie wyniku badania magnetycznego rezonansu jądrowego, tomografii komputerowej lub innych badań wizualizacyjnych.

    Definicja nie obejmuje guzów przysadki mózgowej oraz naczyniaków;
14) **Nieswoiste zapalenie jelita o ciężkim przebiegu** – zaostrzenie przewlekłego zapalenia jelita, przebiegające z wytworzeniem przetoki, rozdęciem, niedrożnością lub perforacją jelita i wymagające leczenia operacyjnego (całkowitego lub częściowego usunięcia jelita). Rozpoznanie musi być poparte badaniem histopatologicznym, potwierdzającym istnienie choroby Leśniowskiego–Crohna lub wrzodziejącego zapalenia jelita grubego;
15) **Niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do stosowania u Ubezpieczonego przewlekłej dializoterapii lub wykonania przeszczepu nerki;
16) **Nowotwór złośliwy inwazyjny** – niekontrolowany wzrost komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie zdrowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Definicja obejmuje także złośliwe nowotwory ośrodkowego układu nerwowego oraz krwi i narządów krwiotwórczych.
    Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie Nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia poniższych trzech kryteriów:
    a. pobranie materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne;
    b. posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem;
    c. rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności.

    Definicja nie obejmuje:
    a. nowotworów łagodnych;
    b. zróżnicowanych raków tarczycy i prostaty o stopniu zaawansowania mniejszym niż II zgodnie z klasyfikacją AJCC;
    c. nowotworów skóry innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania większym niż IA zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC;
    d. nowotworów podścieliskowych przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania mniejszym niż IB w klasyfikacji AJCC;
    e. nowotworów rozpoznanych jedynie na podstawie płynnej biopsji (liquid biopsy);
17) **Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ)** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórek nowotworowych, nieprzekraczający błony podstawnej nabłonka, z którego się wywodzi i nie powodujący naciekania tkanek sąsiednich (stopień zaawansowania 0 zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC). Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym, a o odpowiedzialności Towarzystwa decyduje data pobrania materiału do badania. Definicja obejmuje także zróżnicowane raki tarczycy o stopniu zaawansowania I, raki prostaty o stopniu zaawansowania I, czerniaka złośliwego o stopniu zaawansowania IA i nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego (GIST) o stopniu zaawansowania IA w klasyfikacji AJCC.
    Definicja nie obejmuje:
    a. nowotworów łagodnych;
    b. hiperkeratoz, dysplazji, stanów przedrakowych;
    c. nowotworów skóry innych niż czerniak złośliwy o stopniu zaawansowania IA zgodnie z klasyfikacją AJCC;
18) **Operacja aorty** – torakotomia lub laparotomia przeprowadzona z powodu choroby aorty, wymagającej leczenia chirurgicznego i założenia protezy naczyniowej. Pod pojęciem aorta rozumie się odcinek piersiowy i brzuszny aorty, bez ich odgałęzień. Definicja nie obejmuje leczenia urazowych uszkodzeń aorty oraz zabiegów wykonywanych z dostępu wewnątrznaczyniowego;
19) **Operacja zastawek serca** – operacja na otwartym sercu, polegająca na przeszczepieniu, wszczepieniu lub naprawie jednej lub kilku zastawek serca. Definicja nie obejmuje zabiegów polegających na likwidacji zmian w zastawkach za pomocą cewnika lub innych przyrządów wprowadzonych do naczyń krwionośnych oraz wymiany wszczepionej wcześniej zastawki. Zabieg musi wynikać ze wskazań klinicznych, potwierdzonych przez specjalistę w zakresie kardiologii, a uszkodzenie zastawek musi być potwierdzone badaniem naczyniowym lub echokardiograficznym;
20) **Paraliż** – całkowita utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn, spełniająca kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovetta, spowodowana urazem lub chorobą rdzenia kręgowego lub mózgu. Kończyna rozumiana jest jako anatomiczna całość: ramię, przedramię, dłoń w przypadku kończyny górnej i udo, podudzie, stopa w przypadku kończyny dolnej. Utrata funkcji musi być trwała, istnieć przez ponad 6 miesięcy od daty zdarzenia i być potwierdzona przez specjalistę w zakresie neurologii;
21) **Pierwotne nadciśnienie płucne** – pierwotna choroba naczyń tętniczych płuc, przebiegająca z istotnym poszerzeniem jamy prawej komory serca, skutkująca stałym i nieodwracalnym pogorszeniem wydolności fizycznej, spełniająca kryteria co najmniej III klasy wg NYHA (New York Heart Association), powodująca niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania swojej zwykłej aktywności zawodowej. Do potwierdzenia rozpoznania konieczne jest stwierdzenie podczas cewnikowania tętnicy płucnej istotnego wzrostu ciśnienia (średnio 30 mmHg lub powyżej). Definicja nie obejmuje nadciśnienia płucnego rozwijającego się wtórnie do istniejących schorzeń (wtórne nadciśnienie płucne);
22) **Piorunujące zapalenie wątroby** – masywna martwica komórek wątrobowych spowodowana zakażeniem wirusowym, powodująca szybko postępującą niewydolność wątroby. Konieczne jest potwierdzenie związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zakażeniem wirusowym, a niewydolnością wątroby oraz spełnienie wszystkich poniższych warunków:
    a. szybkie zmniejszanie się wielkości wątroby;
    b. martwica obejmująca całe zraziki wątrobowe;
    c. szybkie pogarszanie się wskaźników funkcji wątroby;

d. narastanie żółtaczki.

Definicja nie obejmuje przypadków niewydolności wątroby związanych z nadużywaniem alkoholu, leków lub innych substancji chemicznych;

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

   Definicja nie obejmuje zlokalizowanych postaci sklerodermy, zapalenia eozynofilowego powięzi oraz przypadków rozpoznanych jako zespół CREST;
24) **Poważny uraz głowy** – uraz czaszkowo-mózgowy powodujący powstanie trwałych ubytków neurologicznych, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy od daty zdarzenia. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie badania klinicznego i wyników badań obrazowych;
25) **Przeszczepienie narządu** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z narządów: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki lub allogeniczny przeszczep szpiku kostnego. Definicja nie obejmuje przeszczepów narządów innych, niż wymienione powyżej, części narządów (z wyjątkiem przeszczepu fragmentu wątroby), przeszczepów tkanek lub komórek oraz przeszczepów narządów związanych z nadużywaniem alkoholu, leków lub innych substancji chemicznych;
26) **Przewlekła niewydolność wątroby** – końcowe stadium choroby wątroby charakteryzujące się istnieniem jednego z poniższych objawów:
   a. trwała żółtaczka;
   b. wodobrzusze;
   c. encefalopatia wątrobowa;
   d. żylaki przełyku;
   e. zaburzenia krzepnięcia.

   Świadczenie zostanie wypłacone w przypadku, gdy rozpoznano niewydolność wątroby mieszczącą się w klasie B lub C klasyfikacji Child–Pugh.
   Definicja nie obejmuje:
   a. przypadków mieszczących się w klasie A klasyfikacji Child–Pugh;
   b. chorób wątroby związanych z nadużywaniem alkoholu, leków lub innych substancji chemicznych;
27) **Przewlekłe nawracające zapalenie trzustki** – przewlekły proces zapalny powodujący postępujące, nieodwracalne zmiany w miąższu (zanik, włóknienie) oraz stopniowy rozwój niewydolności zewnątrzwydzielniczej i wewnątrzwydzielniczej trzustki. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie gastroenterologii w oparciu o dane kliniczne i wyniki badań obrazowych. Definicja nie obejmuje przypadków zapalenia trzustki związanych z nadużywaniem alkoholu;
28) **Reumatoidalne zapalenie stawów** – przewlekła choroba tkanki łącznej charakteryzująca się nieswoistym zapaleniem stawów, zmianami pozastawowymi i objawami układowymi. Konieczne jest spełnienie wszystkich poniższych warunków:
   a. rozpoznanie spełnia kryteria diagnostyczne Amerykańskiego Towarzystwa Reumatologicznego (American College of Rheumatology);
   b. stwierdza się uszkodzenie i deformację trzech lub więcej grup stawów: rąk, nadgarstków, łokci, kolan, bioder, stawów skokowych, stóp, kręgosłupa szyjnego;
   c. ocena podstawowych czynności życiowych („Activities of Daily Living") musi potwierdzać utratę możliwości wykonywania minimum trzech z listy sześciu podstawowych czynności życiowych w ciągu co najmniej 6 miesięcy:
      a) mycie się w wannie lub pod prysznicem, utrzymywanie higieny osobistej;
      b) zdolność do ubierania / rozbierania się;
      c) używanie toalety, utrzymywanie higieny osobistej;
      d) zdolność do kontrolowania wydalania moczu i stolca;
      e) wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel;
      f) picie i jedzenie przygotowanych wcześniej posiłków;
29) **Stwardnienie rozsiane** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) charakteryzująca się powstawaniem obszarów demielinizacji. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie neurologii na podstawie aktualnych kryteriów diagnostycznych McDonalda i potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Konieczne jest istnienie trwałych deficytów neurologicznych (potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii najwcześniej po 6 miesiącach od daty wystąpienia zdarzenia) i jednoznaczne wykluczenie innej przyczyny stwierdzanych nieprawidłowości (np. choroby naczyniowe, zakażenia bakteryjne lub wirusowe);
30) **Śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin, oceniany na nie więcej niż 7 stopni w Skali Glasgow (Glasgow Coma Scale), powodujący powstanie trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Definicja nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej, a także wynikających z użycia leków, alkoholu i innych substancji odurzających;
31) **Toczeń rumieniowaty układowy** – ogólnoustrojowa choroba autoimmunologiczna o nieznanej etiologii, rozwijająca się wskutek złożonych zaburzeń układu odpornościowego, prowadzących do przewlekłego procesu zapalnego w wielu tkankach i narządach.
   W rozumieniu niniejszych OWUD choroba musi przebiegać z zajęciem nerek (nefropatia toczniowa) i spełniać kryteria kwalifikujące ją do klasy III – VI wg aktualnej klasyfikacji Międzynarodowego Towarzystwa Nefrologicznego i Towarzystwa Chorób Nerek (ISN/RPS):
   a. klasa I – minimalne zmiany mezangialne;
   b. klasa II – zmiany mezangialne proliferacyjne;
   c. klasa III – zmiany ogniskowe;
   d. klasa IV – zmiany rozsiane;
   e. klasa V – błoniaste kłębkowe zapalenie nerek;
   f. klasa VI – zaawansowane zmiany stwardnieniowe.

   Definicja nie obejmuje innych form choroby, np. przebiegających z zajęciem skóry, stawów, czy dających jedynie zmiany w obrazie krwi;
32) **Udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu spowodowane zawałem tkanki mózgowej, krwotokiem z naczyń wewnątrzczaszkowych lub zatorem materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego, powodujące zaistnienie wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
   a. obecność nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
   b. utrzymywanie się ubytków neurologicznych ponad 24 godziny;

c. obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w badaniach obrazowych (tomografii komputerowej lub jądrowym rezonansie magnetycznym);
d. istnienie trwałych deficytów neurologicznych potwierdzonych przez specjalistę w zakresie neurologii po upływie co najmniej 2 miesięcy od daty zdarzenia.

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

33) **Usunięcie płuca (Pneumonektomia)** – torakotomia przeprowadzona w celu usunięcia całego płuca, uszkodzonego wskutek urazu lub choroby. Definicja nie obejmuje usunięcia fragmentu tkanki płucnej (lobektomia, segmentektomia);
34) **Utrata kończyn** – całkowita fizyczna utrata dwóch lub więcej kończyn, spowodowana urazem. Definicja obejmuje również utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp, a także łączną utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy;
35) **Utrata mowy** – trwała i nieodwracalna całkowita utrata zdolności mówienia w wyniku choroby lub wypadku, powodujących uszkodzenie strun głosowych, utrzymująca się przez co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii. Definicja nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi;
36) **Utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym. Rozpoznanie musi być postawione przez specjalistę w zakresie laryngologii, w oparciu o wyniki badań audiometrycznych, wykazujących średni ubytek słuchu (badany dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz) przekraczający 90 dB w każdym uchu;
37) **Utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji widzenia w obu oczach, rozumiana jako osłabienie ostrości wzroku poniżej 5/50 (0,01) lub ograniczenie pola widzenia poniżej 20%, spowodowana zachorowaniem lub urazem, niemożliwa do skorygowania postępowaniem terapeutycznym i korekcyjnym. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie okulistyki;
38) **Zaawansowana choroba płuc** – schyłkowe stadium przewlekłej choroby układu oddechowego, w przebiegu której występują wszystkie z poniższych objawów:
a. wartość FEV1 utrzymuje się poniżej 1 litra;
b. wymagane jest stałe leczenie tlenem z powodu hipoksemii;
c. ciśnienie parcjalne tlenu w gazometrii krwi tętniczej wynosi poniżej 55 mmHg;
d. występuje stała duszność spoczynkowa.

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

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 4

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 5

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, zgodnych z definicjami określonymi w § 3, Poważnych zachorowań.

2. W ramach Umowy dodatkowej Towarzystwo udostępnia dwa zakresy ubezpieczenia:
   1) zakres podstawowy,
   2) zakres rozszerzony,

   obejmujące Poważne zachorowania wymienione w tabeli nr 1.

tabela nr 1

Lp.	Rodzaje Poważnych zachorowań	Zakres podstawowy	Zakres rozszerzony
1)	Anemia aplastyczna	✓	✓
2)	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych		✓
3)	Choroba Alzheimera		✓
4)	Choroba Creutzfeldta – Jakoba		✓
5)	Choroba Heinego – Medina (poliomyelitis)		✓
6)	Choroba neuronu ruchowego		✓
7)	Choroba Parkinsona		✓
8)	Ciężkie oparzenia	✓	✓
9)	Dystrofia mięśniowa		✓
10)	Endarterektomia tętnicy szyjnej		✓
11)	Kardiomiopatia		✓
12)	Leczenie operacyjne choroby wieńcowej	✓	✓
13)	Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy	✓	✓
14)	Nieswoiste zapalenie jelita o ciężkim przebiegu		✓
15)	Niewydolność nerek	✓	✓
16)	Nowotwór złośliwy inwazyjny	✓	✓
17)	Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ)		✓
18)	Operacja aorty	✓	✓
19)	Operacja zastawek serca	✓	✓
20)	Paraliż	✓	✓
21)	Pierwotne nadciśnienie płucne		✓
22)	Piorunujące zapalenie wątroby		✓
23)	Postępująca twardzina układowa (scleroderma)		✓
24)	Poważny uraz głowy		✓
25)	Przeszczepienie narządu	✓	✓
26)	Przewlekła niewydolność wątroby		✓
27)	Przewlekłe nawracające zapalenie trzustki		✓
28)	Reumatoidalne zapalenie stawów		✓
29)	Stwardnienie rozsiane	✓	✓
30)	Śpiączka	✓	✓
31)	Toczeń rumieniowaty układowy		✓
32)	Udar mózgu	✓	✓
33)	Usunięcie płuca (pneumonektomia)		✓
34)	Utrata kończyn	✓	✓
35)	Utrata mowy		✓
36)	Utrata słuchu		✓
37)	Utrata wzroku	✓	✓
38)	Zaawansowana choroba płuc		✓
39)	Zakażenie wirusem HIV	✓	✓
40)	Zapalenie mózgu		✓
41)	Zawał serca	✓	✓

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 6

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

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 7

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ubezpieczony nie może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej i z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 8.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 8

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
   1) rozwiązania Umowy;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie indywidualnym;
   3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 69 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie pakietowym, chyba, że Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy, o której mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy";
   4) wypłaty 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   5) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   6) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

§ 9

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

§ 10

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
   1) podwyższenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   2) obniżenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy.
2. Towarzystwo dokona zmiany, o której mowa w ust. 1, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
3. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 12 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
5. Na podstawie informacji, o których mowa w ust. 4, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.

§ 11

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 12 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

Składka za Umowę dodatkową

§ 12

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek, Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 15 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. W przypadku, o którym mowa w § 8 ust. 1 pkt 4, Składka zostanie pomniejszona o wysokość Składki za Umowę dodatkową.

Indeksacja

§ 13

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

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 14

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego, jeżeli było ono konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
   3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
   4) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
   5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
   6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   7) Wyczynowego uprawiania sportu Ubezpieczonego, uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, narciarstwo/snowboard poza wyznaczonymi trasami (off-road skiing, heliskiing, freeride), kaskaderstwo, jazdę na quadach, pokonywanie przeszkód w przestrzeni miejskiej (parkour, free-running, rooftopping), kolarstwo ekstremalne (freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping);
   8) wad wrodzonych Ubezpieczonego i schorzeń będących ich skutkiem;
   9) choroby AIDS Ubezpieczonego;

   a także, jeżeli Poważne zachorowanie:

   10) zostało zdiagnozowane lub było leczone u Ubezpieczonego przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
   11) było następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
      a. zdiagnozowanych u Ubezpieczonego lub
      b. leczonych u Ubezpieczonego, lub
      c. których leczenie zalecono u Ubezpieczonego,

      w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej;
   12) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w OWU w części „Skutki podania nieprawdziwych informacji".
2. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Umowy dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

§ 15

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność tylko wówczas, gdy Poważne zachorowanie Ubezpieczonego było skutkiem Nieszczęśliwego wypadku.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisy.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
   1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
   2) Poważne zachorowanie wystąpiło po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

   Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

4. Zapis ust. 1 ma zastosowanie również w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą suma ubezpieczenia została podwyższona. W takim przypadku termin, wskazany w ust. 1, liczony jest od dnia podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 16

1. Z tytułu wystąpienia Poważnego zachorowania Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości:
   1) 20% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu zdiagnozowania Poważnego zachorowania – w przypadku wystąpienia Nowotworu złośliwego przedinwazyjnego (carcinoma in situ), o którym mowa w § 3 pkt 17;
   2) 50% albo 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu wystąpienia Poważnego zachorowania uzależnione od stopnia zaawansowania choroby, w przypadku Poważnych zachorowań, o których mowa w ust. 2;
   3) 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej aktualnej w dniu wystąpienia Poważnego zachorowania, w przypadku pozostałych Poważnych zachorowań,

   z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
2. Procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej wypłacany Ubezpieczonemu z tytułu Poważnych zachorowań: Kardiomiopatia, Nowotwór złośliwy inwazyjny, Przewlekłe nawracające zapalenie trzustki, Zawał serca uzależniony jest od stopnia zaawansowania choroby w dniu wystąpienia Poważnego zachorowania:
   1) Kardiomiopatia:
      a. I stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku rozpoznania niewydolności serca w III klasie wg NYHA z frakcją wyrzutową lewej komory (określoną w aktualnym badaniu ECHO serca) < 40%;
      b. II stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku rozpoznania niewydolności serca w klasie IV wg NYHA z frakcją wyrzutową lewej komory (określoną w aktualnym badaniu ECHO serca) < 30%;
   2) Nowotwór złośliwy inwazyjny:
      a. I stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku rozpoznania nowotworu w I stopniu zaawansowania (Stage I), zgodnie z aktualną klasyfikacją AJCC lub przewlekłej białaczki limfocytowej w stopniu zaawansowania mniejszym niż II wg klasyfikacji RAI;
      b. II stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku rozpoznania nowotworów o wyższym stopniu zaawansowania niż wskazane w pkt 2 ppkt a;
   3) Przewlekłe nawracające zapalenie trzustki:
      a. I stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku, gdy w wyniku niewydolności trzustki doszło do utraty masy ciała nieprzekraczającej 10% wartości wyjściowej;
      b. II stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku, gdy w wyniku niewydolności trzustki doszło do utraty masy ciała przekraczającej 10% wartości wyjściowej lub rozpoznania cukrzycy.

      Utrata masy ciała oceniana jest po czterech miesiącach od rozpoznania przewlekłego zapalenia trzustki w stosunku do masy sprzed rozpoznania choroby;
   4) Zawał serca:
      a. I stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku, gdy w wyniku Zawału serca doszło do uszkodzenia funkcji lewej komory małego lub średniego stopnia – wartość frakcji wyrzutowej mięśnia lewej komory (EF), mierzonej po co najmniej 3 miesiącach od zdarzenia wynosi co najmniej 50%;
      b. II stopień zaawansowania choroby – świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej zostanie wypłacone w przypadku, gdy w wyniku Zawału serca doszło do uszkodzenia funkcji serca znacznego stopnia – wartość frakcji wyrzutowej mięśnia lewej komory (EF), mierzonej po co najmniej 3 miesiącach od zdarzenia wynosi poniżej 50%.
3. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania, o którym mowa w ust. 2, w pierwszym stopniu zaawansowania choroby i dalszego pogorszenia się stanu zdrowia z tytułu tego samego Poważnego zachorowania skutkującego wystąpieniem drugiego stopnia zaawansowania choroby, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o ile w ramach danej grupy, do której zaklasyfikowano Poważne zachorowanie, o której mowa w ust. 4, nie zostało wypłacone świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. W ramach każdej z grup, do których zaklasyfikowano Poważne zachorowanie, wskazanych w tabeli nr 2, Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości nie większej niż 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

tabela nr 2

Zakres podstawowy				
Grupa I	**Grupa II**	**Grupa III**	**Grupa IV**	**Grupa V**
Anemia aplastyczna	Niewydolność nerek	Leczenie operacyjne choroby wieńcowej	Paraliż	Ciężkie oparzenia
Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy	Przeszczepienie narządu	Operacja aorty	Stwardnienie rozsiane	Śpiączka
Nowotwór złośliwy inwazyjny[1)]		Operacja zastawek serca	Urata wzroku	Utrata kończyn
		Udar mózgu		Zakażenie wirusem HIV
		Zawał serca[1)]		

Zakres rozszerzony				
Grupa I	**Grupa II**	**Grupa III**	**Grupa IV**	**Grupa V**
Anemia aplastyczna	Niewydolność nerek	Endarterektomia tętnicy szyjnej	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	Choroba Heinego-Medina
Łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy	Piorunujące zapalenie wątroby	Kardiomiopatia[1)]	Choroba Alzheimera	Ciężkie oparzenia
Nowotwór złośliwy inwazyjny[1)]	Przeszczepienie narządu	Leczenie operacyjne choroby wieńcowej	Choroba Creutzfeldta – Jakoba	Nieswoiste zapalenie jelita o ciężkim przebiegu
Nowotwór złośliwy przedinwazyjny (carcinoma in situ)	Przewlekła niewydolność wątroby	Operacja aorty	Choroba neuronu ruchowego	Postępująca twardzina układowa
	Przewlekłe nawracające zapalenie trzustki[1)]	Operacja zastawek serca	Choroba Parkinsona	Poważny uraz głowy
	Zaawansowana choroba płuc	Pierwotne nadciśnienie płucne	Dystrofia mięśniowa	Reumatoidalne zapalenie stawów
		Udar mózgu	Paraliż	Śpiączka
		Zawał serca[1)]	Stwardnienie rozsiane	Toczeń rumieniowaty układowy
			Utrata mowy	Usunięcie płuca (Pneumonektomia)
			Utrata słuchu	Utrata kończyn
			Utrata wzroku	Zakażenie wirusem HIV
			Zapalenie mózgu	

[1)] Poważne zachorowania, w razie wystąpienia których świadczenie wypłacane jest w zależności od stopnia jego zaawansowania.

5. Wypłata świadczenia w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej w ramach danej grupy, do której zaklasyfikowano Poważne zachorowanie, skutkuje wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej w zakresie wszystkich Poważnych zachorowań znajdujących się w ramach tej grupy.
6. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Poważnych zachorowań dla jednego Ubezpieczonego nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W przypadku gdy kwota świadczeń z tytułu Poważnego zachorowania przekracza 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 200% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Wypłata świadczenia

§ 17

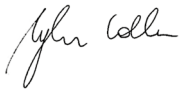
1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego zachorowania Ubezpieczonego.
2. W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

Postanowienia końcowe

§ 18

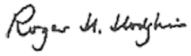
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 23 lipca 2026 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Poważnej operacji Ubezpieczonego (kod GPR_MMO_07.2026) dalej „OWUD"
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK POWAŻNEJ OPERACJI UBEZPIECZONEGO

(KOD GPR_MMO_07.2026)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
2) **Płatnica polisy** – data wymagalności Składki za Umowę dodatkową, przypadająca na pierwszy dzień okresu, za który jest należna;
3) **Poważna operacja** – inwazyjny zabieg chirurgiczny wykonywany w Szpitalu w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym przez uprawnionego lekarza, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub układu albo mający na celu usunięcie ogniska chorobowego. Definicja obejmuje wyłącznie przypadki wymienione w Katalogu Poważnych operacji stanowiącym załącznik nr 1 do OWUD. Operacjami, w rozumieniu niniejszych OWUD, nie są zabiegi przeprowadzane w celach diagnostycznych, takie jak biopsja, pobranie wycinków, operacja zwiadowcza;
4) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
5) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Poważnej operacji Ubezpieczonego;
6) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Poważnej operacji Ubezpieczonego;
7) **Szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń szpitalnych w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa. Definicja obejmuje szpitale znajdujące się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz krajów Unii Europejskiej, a także krajów spoza Unii Europejskiej pod warunkiem dostarczenia dokumentacji medycznej przetłumaczonej na język angielski. W rozumieniu niniejszej definicji Szpitalem nie jest:
   a. placówka leczenia odwykowego;
   b. zakład lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności: szpital uzdrowiskowy, sanatorium, prewentorium;

c. hospicjum, zakład opiekuńczo-leczniczy i pielęgnacyjno-opiekuńczy;

8) **Wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
   a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
   b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,

   w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Poważnej operacji;
9) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu polegające na:
   a. regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach przynależności do klubów sportowych, stowarzyszeń sportowych, związków i organizacji sportowych lub
   b. udziale w zawodach sportowych, imprezach sportowych, obozach szkoleniowo-sportowych lub kondycyjnych.

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Poważne operacje Ubezpieczonego przeprowadzone w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

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

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

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

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
   1) rozwiązania Umowy;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie indywidualnym;
   3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 69 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie pakietowym, chyba, że Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy, o której mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy";
   4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

§ 8

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

§ 9

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
   1) podwyższenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   2) obniżenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy.
2. Towarzystwo dokona zmian zmiany, o której mowa w ust. 1, na wniosek Ubezpieczającego ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
3. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

4. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
5. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 4, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.

§ 10

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

Składka za Umowę dodatkową

§ 11

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek, Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 14 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczona jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Indeksacja

§ 12

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

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 13

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli konieczność przeprowadzenia Poważnej operacji była konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
   3) spożycia alkoholu przez Ubezpieczonego (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym) lub nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu potwierdzonego w dokumentacji medycznej;
   4) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
   5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
   6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   7) Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, narciarstwo/snowboard poza wyznaczonymi trasami (off-road skiing, heliskiing, freeride), kaskaderstwo, jazdę na quadach, pokonywanie przeszkód w przestrzeni miejskiej (parkour, free-running, rooftopping), kolarstwo ekstremalne (freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping);
   8) choroby AIDS Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnej operacji, jeżeli miała ona na celu:
   1) operację plastyczną lub kosmetyczną Ubezpieczonego, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
   2) zmianę płci Ubezpieczonego, pozbawienie Ubezpieczonego płodności, usunięcie ciąży Ubezpieczonego, sztuczne zapłodnienie Ubezpieczonego lub inny sposób leczenia jego niepłodności;
   3) poddanie się leczeniu dentystycznemu przez Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany został Nieszczęśliwym wypadkiem;
   4) pobranie od Ubezpieczonego narządów lub tkanek do przeszczepu;
   5) leczenie wszelkiego rodzaju uzależnień Ubezpieczonego;

   a także, jeżeli Poważna operacja:
   6) została zlecona Ubezpieczonemu lub o której postanowiono przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem § 15 ust. 4;
   7) była następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
      a. rozpoznanych u Ubezpieczonego lub

b. leczonych u Ubezpieczonego lub
c. których leczenia zalecono u Ubezpieczonego,

w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej;

8) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w OWU w części „Skutki podania nieprawdziwych informacji".

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

§ 14

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu Poważnej operacji wyłącznie, jeżeli operacja ta spowodowana była Nieszczęśliwym wypadkiem.
2. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejny Rok polisy.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:
   1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
   2) Poważna operacja miała miejsce po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

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

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 15

1. W przypadku przeprowadzenia Poważnej operacji Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wykonania Poważnej operacji, zależny od kategorii określonej w Katalogu Poważnych operacji, stanowiącym załącznik nr 1 do OWUD. W przypadku Poważnej operacji:
   1) z kategorii A – wypłaci 100% Sumy ubezpieczenia;
   2) z kategorii B – wypłaci 80% Sumy ubezpieczenia;
   3) z kategorii C – wypłaci 60% Sumy ubezpieczenia;
   4) z kategorii D – wypłaci 40% Sumy ubezpieczenia;
   5) z kategorii E – wypłaci 20% Sumy ubezpieczenia,

   z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Poważnej operacji Ubezpieczonego w danym Roku polisy nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu Poważnej operacji Ubezpieczonego w danym Roku polisy przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. Jeżeli wystawienie skierowania na przeprowadzenie Poważnej operacji Ubezpieczonego miało miejsce przed datą rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:
   1) wystawienie skierowania na przeprowadzenie Poważnej operacji Ubezpieczonego miało miejsce w okresie trwania ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej Poważnej operacji Ubezpieczonego;
   2) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej Poważnej operacji Ubezpieczonego zakończyła się;
   3) okres między zakończeniem ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia obejmującej zakresem przeprowadzenie danej Poważnej operacji Ubezpieczonego a datą zawarcia niniejszej Umowy dodatkowej był nie dłuższy niż 31 dni.

Wypłata świadczenia

§ 16

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej przeprowadzenie Poważnej operacji;
   4) kopię skierowania na przeprowadzenie Poważnej operacji.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W przypadku gdy Poważna operacja została przeprowadzona w Szpitalu mieszczącym się w kraju spoza Unii Europejskiej dokumenty, o których mowa w ust. 1 pkt 2, powinny być przetłumaczone na język angielski.
5. Koszty tłumaczenia, o którym mowa w ust. 3 i 4, ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
6. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.

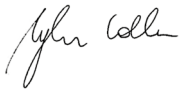
7. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.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

Postanowienia końcowe

§ 17

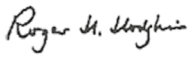
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 23 lipca 2026 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie TU S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO:

NA WYPADEK POWAŻNEJ OPERACJI

NA WYPADEK POWAŻNEJ OPERACJI DZIECKA

KATALOG POWAŻNYCH OPERACJI

(KOD GPR_MMO_CMMO_07.2026)

1. Niniejszy katalog stosuje się dla osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Poważnej operacji Ubezpieczonego oraz Umowy dodatkowej na wypadek Poważnej operacji Dziecka.
2. Wskazane w katalogu kategorie A,B,C,D i E określają % Sumy ubezpieczenia, jaki przysługuje z tytułu Poważnej operacji Ubezpieczonego i Poważnej operacji Dziecka, zgodnie z poniższym:
   1) kategoria A – 100% Sumy ubezpieczenia;
   2) kategoria B – 80% Sumy ubezpieczenia;
   3) kategoria C – 60% Sumy ubezpieczenia;
   4) kategoria D – 40% Sumy ubezpieczenia;
   5) kategoria E – 20% Sumy ubezpieczenia.

Lp.	Operacje układu nerwowego	Kategoria
1)	Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	A
2)	Wycięcie zmiany w tkance mózgowej	B
3)	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	D
4)	Drenaż zmiany w tkance mózgowej	B
5)	Neurostymulacja mózgu	B
6)	Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	C
7)	Rewizja wentrykulostomii	C
8)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne na komorach mózgowych	C
9)	Zabiegi dotyczące przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	B
10)	Przeszczep nerwu czaszkowego (odcinek wewnątrzczaszkowy)	B
11)	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwów czaszkowych	A
12)	Pozaczaszkowe wycięcie nerwu błędnego	B
13)	Pozaczaszkowe wycięcie innego nerwu czaszkowego	B
14)	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego	C
15)	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	C
16)	Wewnątrzczaszkowe stereotaktyczne uwolnienie nerwu czaszkowego	B
17)	Neurostymulacja nerwu czaszkowego	C
18)	Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	B
19)	Operacja naprawcza opony twardej	A
20)	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	A
21)	Drenaż przestrzeni podoponowej	A
22)	Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	A
23)	Inne operacje rdzenia kręgowego	C
24)	Wycięcie zmiany opon rdzeniowych	D
25)	Operacje na korzeniach nerwów rdzeniowych	C
26)	Wszczepienie neurostymulatora rdzenia kręgowego	D
27)	Wycięcie nerwu obwodowego	D
28)	Zniszczenie nerwu obwodowego	D
29)	Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	D
30)	Mikrochirurgiczna operacja naprawcza nerwu obwodowego	C
31)	Wycięcie nerwu współczulnego (sympatektomia) w odcinku szyjnym	C
32)	Operacje naprawcze nerwu współczulnego	D

33)	Biopsja stereotaktyczna mózgu	D
34)	Kraniotomia z usunięciem krwiaka śródmózgowego	B
35)	Kraniotomia z usunięciem krwiaka nadtwardówkowego	C
36)	Kraniotomia z usunięciem krwiaka podtwardówkowego	C
37)	Kraniotomia z usunięciem ciała obcego z czaszki	C
38)	Wycięcie zmiany w obrębie pnia mózgu	B
39)	Usunięcie zmiany w obrębie móżdżku	B
40)	Sympatektomia w odcinku piersiowym	D
41)	Sympatektomia lędźwiowa	D
Lp.	**Operacje układu dokrewnego oraz gruczołu sutkowego**	**Kategoria**
42)	Całkowite wycięcie tarczycy (tyroidektomia)	D
43)	Częściowe wycięcie tarczycy (strumektomia)	E
44)	Operacje dotyczące nieprawidłowo umiejscowionej tkanki tarczycy	C
45)	Operacje dotyczące przewodu tarczowo-językowego	C
46)	Wycięcie przytarczyc(y)	D
47)	Wycięcie grasicy	D
48)	Torakoskopowe wycięcie grasicy	E
49)	Wycięcie nadnercza	C
50)	Obustronne wycięcie nadnerczy	B
51)	Operacje dotyczące nieprawidłowej tkanki nadnercza	C
52)	Inne operacje nadnercza	D
53)	Jednostronna całkowita amputacja sutka	D
54)	Obustronna całkowita amputacja sutka	C
55)	Częściowe usunięcie sutka (kwadrantektomia, BCT)	D
56)	Operacje rekonstrukcyjne sutka/sutków	D
57)	Operacje na przewodach mlekonośnych sutka	E
58)	Operacje brodawki sutkowej	E
59)	Wycięcie przysadki	C
60)	Zniszczenie przysadki	C
61)	Inne operacje przysadki	C
62)	Operacje szyszynki	B
Lp.	**Operacje oka**	**Kategoria**
63)	Wypatroszenie oczodołu	B
64)	Usunięcie oka (gałki ocznej) – enukleacja	D
65)	Wycięcie zmiany w obrębie oczodołu	D
66)	Wszczepienie protezy oka	D
67)	Rewizja protezy oka	D
68)	Plastyczna operacja naprawcza oczodołu	C
69)	Dekompresja oczodołu/oczodołów	D
70)	Operacyjne zaopatrzenie pękniętej gałki ocznej	C
71)	Połączone operacje mięśni oka	C
72)	Cofnięcie mięśnia oka	D
73)	Wycięcie mięśnia oka	D
74)	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia oka	D
75)	Zeszycie rogówki	E
76)	Przeszczep rogówki	D
77)	Wycięcie zmiany w obrębie twardówki	D

78)	Operacje odklejającej się siatkówki z klamrowaniem	E
79)	Wycięcie tęczówki	D
80)	Wycięcie zmiany tęczówki	E
81)	Operacje filtrujące tęczówki	C
82)	Wycięcie ciała rzęskowego	D
83)	Wycięcie zmiany ciała rzęskowego	E
84)	Zewnątrztorebkowe wycięcie soczewki (metoda klasyczna, chirurgiczna)	D
85)	Wewnątrztorebkowe wycięcie soczewki (metoda klasyczna, chirurgiczna)	D
86)	Operacje ciała szklistego	C
87)	Odklejenie siatkówki – leczenie fotokoagulacją	E
88)	Zniszczenie zmiany siatkówki	D
89)	Korekta deformacji powieki	E
90)	Operacje gruczołu łzowego	E
91)	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	E
Lp.	**Operacje laryngologiczne**	**Kategoria**
92)	Wypatroszenie komórek powietrznych wyrostka sutkowatego	B
93)	Operacja naprawcza wyrostka sutkowatego	D
94)	Całkowite wycięcie ucha zewnętrznego	D
95)	Operacje naprawcze błony bębenkowej	E
96)	Drenaż ucha środkowego	E
97)	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	B
98)	Wycięcie zmiany ucha środkowego	D
99)	Operacja aparatu przedsionkowego	C
100)	Operacja ślimaka	E
101)	Wszczepienie protezy ślimaka	D
102)	Amputacja (resekcja) nosa	C
103)	Operacje zatoki szczękowej z dostępu podwargowego (nieendoskopowe)	D
104)	Operacje (nieendoskopowe) zatoki czołowej	D
105)	Operacje (nieendoskopowe) zatoki klinowej	D
106)	Operacje (nieendoskopowe) komórek sitowych	D
107)	Operacje (nieendoskopowe) niewyszczególnionej zatoki przynosowej	E
108)	Wycięcie gardła	B
109)	Wycięcie zmiany gardła	E
110)	Operacje naprawcze gardła	C
111)	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe gardła	E
112)	Wycięcie krtani	C
113)	Wycięcie częściowe krtani	D
114)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie krtani	D
115)	Odtworzenie krtani	B
116)	Endoskopowe zabiegi mikroterapeutyczne w obrębie krtani	E
117)	Przeszczep krtani	A
118)	Wycięcie strun głosowych	C
Lp.	**Operacje układu oddechowego**	**Kategoria**
119)	Częściowe wycięcie tchawicy	A
120)	Operacje plastyczne tchawicy	C
121)	Operacja przetoki tchawicy	C
122)	Otwarta implantacja protezy tchawicy	C

123)	Wyłonienie tchawicy (tracheostomia z wyłączeniem czasowej tracheostomii)	D
124)	Otwarte operacje ostrogi tchawicy	C
125)	Częściowe wycięcie oskrzela	C
126)	Całkowite wycięcie oskrzela	B
127)	Endofiberoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dolnych dróg oddechowych	E
128)	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w obrębie dolnych dróg oddechowych z użyciem bronchoskopu	E
129)	Przeszczep płuca	A
130)	Całkowite wycięcie płuca	B
131)	Usunięcie części płuca	D
132)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie płuca	B
133)	Otwarte operacje śródpiersia	D
134)	Terapeutyczne zabiegi endoskopowe w śródpiersiu	E
Lp.	**Operacje jamy ustnej**	**Kategoria**
135)	Wycięcie języka	C
136)	Wycięcie zmiany w obrębie języka	E
137)	Wycięcie zmiany w obrębie podniebienia miękkiego	E
138)	Wycięcie zmiany w obrębie podniebienia twardego	E
139)	Korekcja zniekształcenia podniebienia	D
140)	Wycięcie zmiany w obrębie innych części jamy ustnej	E
141)	Odtworzenie innej części jamy ustnej (z wyłączeniem zębów)	D
142)	Wycięcie ślinianki	D
143)	Wycięcie zmiany w obrębie ślinianki	E
144)	Przemieszczenie przewodu ślinianki (przeszczepienie ujścia przewodu ślinianki)	D
145)	Otwarte usunięcie kamienia z przewodu ślinianki	E
146)	Podwiązanie przewodu ślinianki	E
147)	Poszerzenie przewodu ślinianki	E
148)	Zamknięcie przetoki ślinowej	E
149)	Wycięcie języczka	E
Lp.	**Operacje górnego odcinka przewodu pokarmowego**	**Kategoria**
150)	Wycięcie przełyku i żołądka	A
151)	Całkowite wycięcie przełyku	A
152)	Częściowe wycięcie przełyku	C
153)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie przełyku	C
154)	Zespolenie omijające przełyku	B
155)	Rewizja zespolenia przełykowego	C
156)	Operacja naprawcza przełyku	C
157)	Wytworzenie przetoki przełykowej	C
158)	Nacięcie przełyku	E
159)	Otwarte operacje żylaków przełyku	C
160)	Otwarta implantacja protezy przełyku	C
161)	Wytworzenie sztucznego przełyku	C
162)	Fiberoendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie przełyku	E
163)	Usunięcie zmiany w obrębie przełyku przy użyciu sztywnego endoskopu	E
164)	Operacja antyrefluksowa przełyku	D
165)	Całkowite wycięcie żołądka	A
166)	Częściowe wycięcie żołądka	B
167)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie żołądka	C

168)	Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	C
169)	Zespolenie żołądka z przemieszczonym jelitem czczym	C
170)	Wytworzenie przetoki żołądkowej (gastrostomii)	C
171)	Operacje wrzodu żołądka	C
172)	Nacięcie odźwiernika	D
173)	Zszycie pękniętej ściany żołądka	E
174)	Fiberoendoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego	E
175)	Wycięcie dwunastnicy	C
176)	Otwarte usunięcie zmiany w obrębie dwunastnicy	B
177)	Zespolenie omijające dwunastnicę	C
178)	Operacje wrzodu dwunastnicy	C
179)	Zszycie pękniętej ściany dwunastnicy	E
180)	Wagotomia choroby wrzodowej	D
181)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie dwunastnicy	E
182)	Wycięcie jelita czczego	C
183)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita czczego	C
184)	Wytworzenie przetoki jelita czczego (jejunostomii)	C
185)	Zespolenie omijające jelito czcze	C
186)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita czczego	E
187)	Wycięcie jelita krętego	C
188)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie jelita krętego	C
189)	Zespolenie omijające jelito kręte	C
190)	Rewizja zespolenia jelita krętego	C
191)	Wytworzenie przetoki jelita krętego (ileostomii)	C
192)	Rewizja przetoki jelita krętego (ileostomii)	C
193)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne w obrębie jelita krętego	E
194)	Zszycie rozerwanego jelita cienkiego	E
195)	Plikacja jelita cienkiego	D
Lp.	**Operacje dolnego odcinka przewodu pokarmowego**	**Kategoria**
196)	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	A
197)	Całkowite wycięcie okrężnicy	B
198)	Usunięcie części okrężnicy	D
199)	Wycięcie odbytnicy	B
200)	Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą	D
201)	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych	E
202)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie okrężnicy	C
203)	Zespolenie omijające okrężnicę	C
204)	Wyłonienie kątnicy (cekostomia)	C
205)	Otwarte operacje okrężnicy z użyciem endoskopu	C
206)	Mnogie resekcje segmentalne jelita grubego	C
207)	Zszycie rozerwanego jelita grubego	E
208)	Otwarte wycięcie zmiany w obrębie odbytnicy	C
209)	Ufiksowanie odbytnicy z powodu jej wypadania	D
210)	Przezzwieraczowe operacje odbytnicy	D
211)	Operacje z powodu wypadania odbytnicy z dostępu przez krocze	C
212)	Usunięcie odbytu	B
213)	Operacja naprawcza odbytu	E

214)	Wycięcie prawej połowy okrężnicy	B
215)	Wycięcie poprzecznicy	B
216)	Wycięcie lewej połowy okrężnicy	B
217)	Wycięcie esicy	B
218)	Przeszczep mięśnia smukłego	E
Lp.	**Operacje innych narządów jamy brzusznej**	**Kategoria**
219)	Przeszczep wątroby	A
220)	Całkowite usunięcie wątroby	B
221)	Częściowe otwarte wycięcie wątroby	D
222)	Usunięcie zmiany wątroby	E
223)	Operacja naprawcza wątroby	B
224)	Zabiegi terapeutyczne w obrębie wątroby przy użyciu laparoskopu	E
225)	Transluminalne (śródnaczyniowe) zabiegi dotyczące naczyń krwionośnych wątroby	D
226)	Wycięcie pęcherzyka żółciowego	E
227)	Cholecystostomia	E
228)	Przezskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące pęcherzyka żółciowego	E
229)	Wycięcie przewodu żółciowego	C
230)	Wycięcie zmiany w obrębie przewodu żółciowego	C
231)	Zespolenie przewodu wątrobowego	C
232)	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	C
233)	Otwarta implantacja protezy przewodu żółciowego	C
234)	Operacja naprawcza przewodu żółciowego	C
235)	Operacje zwieracza Oddiego metodą otwartą	E
236)	Endoskopowe wsteczne protezowanie dróg trzustkowych	E
237)	Wycięcie brodawki Vatera	D
238)	Przezskórna rewizja zespolenia dróg żółciowych	D
239)	Przezskórna implantacja protezy dróg żółciowych	D
240)	Zabiegi terapeutyczne w obrębie dróg żółciowych z dostępu przez dren T	D
241)	Przeszczep trzustki	A
242)	Całkowite wycięcie trzustki	B
243)	Jednoczasowe wycięcie trzustki i dwunastnicy (operacja Whipple'a)	A
244)	Wycięcie głowy trzustki	B
245)	Wycięcie zmiany w obrębie trzustki	D
246)	Zespolenie przewodu trzustkowego	B
247)	Otwarty drenaż zmiany w obrębie trzustki	C
248)	Przezskórne zabiegi terapeutyczne dotyczące trzustki	E
249)	Całkowite wycięcie śledziony	D
250)	Wycięcie zmiany w obrębie śledziony	E
Lp.	**Operacje serca**	**Kategoria**
251)	Przeszczep serca i płuc	A
252)	Przeszczep serca	A
253)	Zamknięcie kanału przedsionkowo-komorowego	A
254)	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej	B
255)	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzykomorowej	B
256)	Zamknięcie ubytku w nieokreślonej przegrodzie serca	C
257)	Operacje przegrody serca wykonywane bez otwierania serca	B
258)	Zabiegi terapeutyczne dotyczące przegrody serca wykonywane od strony jam serca	B

259)	Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem wstawki z zastawką	A
260)	Wytworzenie dróg odpływu z serca z użyciem innej wstawki	A
261)	Plastyka przedsionka serca	A
262)	Walwuloplastyka mitralna	C
263)	Walwuloplastyka aortalna	C
264)	Plastyka zastawki trójdzielnej	C
265)	Plastyka zastawki tętnicy płucnej	C
266)	Plastyka nieokreślonej zastawki serca	C
267)	Rewizja plastyki zastawki serca	C
268)	Otwarta walwulotomia	A
269)	Zamknięta walwulotomia	B
270)	Zabiegi terapeutyczne dotyczące zastawki serca z dostępu od strony światła serca	B
271)	Usunięcie zwężenia w obrębie struktur towarzyszących zastawce serca	B
272)	Pomostowanie aortalno-wieńcowe z użyciem własnego naczynia	C
273)	Pomostowanie aortalno-wieńcowe z użyciem obcej tkanki (allograficzne)	C
274)	Pomostowanie tętnicy wieńcowej z użyciem protezy naczyniowej	C
275)	Pomostowanie tętnica piersiowa wewnętrzna-tętnica wieńcowa	C
276)	Operacja naprawcza tętnicy wieńcowej	C
277)	Operacja tętniaka tętnicy wieńcowej	C
278)	Przezskórna angioplastyka wieńcowa	D
279)	Otwarte zabiegi operacyjne dotyczące układu bodźcoprzewodzącego serca	A
280)	Wycięcie osierdzia	A
281)	Drenaż osierdzia	B
282)	Przecięcie osierdzia	E
283)	Operacje złożonych wad wielkich naczyń serca wykonywane przy otwartym sercu	A
284)	Operacja przetrwałego przewodu tętniczego wykonywana przy otwartym sercu	A
285)	Operacje mięśni brodawkowatych serca	C
286)	Operacje nici ścięgnistych serca	C
287)	Operacje beleczek mięśniowych serca	D
288)	Wycięcie tętniaka serca	B
289)	Wszczepienie sztucznego serca	A

Lp.	**Operacje naczyń krwionośnych**	**Kategoria**
290)	Wytworzenie zespolenia naczyniowego tętnicy płucnej z aortą z użyciem wstawki naczyniowej	A
291)	Wytworzenie połączenia naczyniowego tętnicy płucnej z tętnicą podobojczykową z użyciem protezy naczyniowej	A
292)	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	A
293)	Zabiegi operacyjne dotyczące tętnicy płucnej wykonywane od strony światła naczynia	B
294)	Nieanatomiczne pomostowanie aorty	A
295)	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty wykonywana z nagłych wskazań	A
296)	Wymiana tętniakowato zmienionego odcinka aorty wykonywana z innych wskazań	B
297)	Rewizja protezy aortalnej	B
298)	Plastyczna operacja naprawcza aorty	B
299)	Zabiegi operacyjne aorty wykonywane od strony światła aorty	B
300)	Operacja naprawcza tętnicy szyjnej	A
301)	Zabiegi operacyjne tętnicy szyjnej wykonywane od strony światła tętnicy szyjnej	B
302)	Operacje tętniaka tętnicy mózgowej	A
303)	Zabiegi operacyjne tętnicy mózgowej wykonywane od strony światła tętnicy mózgowej	B
304)	Odtworzenie tętnicy podobojczykowej	A

305)	Zabiegi operacyjne tętnicy podobojczykowej wykonywane od strony światła tętnicy podobojczykowej	C
306)	Endarterektomia tętnicy kończyn górnych	D
307)	Odtworzenie tętnicy nerkowej	A
308)	Zabiegi operacyjne tętnicy nerkowej wykonywane od strony światła tętnicy nerkowej	C
309)	Odtworzenie innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	A
310)	Zabiegi operacyjne innych gałęzi aorty brzusznej wykonywane od strony światła tych naczyń	B
311)	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z nagłych wskazań	A
312)	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy biodrowej wykonywana z innych wskazań	B
313)	Odtworzenie tętnicy biodrowej	A
314)	Zabiegi operacyjne tętnicy biodrowej wykonywane od strony światła tętnicy biodrowej	C
315)	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z nagłych wskazań	B
316)	Wymiana tętniakowato zmienionej tętnicy udowej wykonywana z innych wskazań	C
317)	Odtworzenie tętnicy udowej	B
318)	Zabiegi operacyjne tętnicy udowej wykonywane od strony światła tętnicy udowej	D
319)	Endarterektomia tętnicy kończyn dolnych	D
320)	Rewizja odtworzonej tętnicy	C
321)	Operacje na żyle głównej	D
322)	Operacje w układzie żyły wrotnej	D
323)	Otwarte usunięcie skrzepliny z żyły	E

Lp.	Operacje układu moczowego	Kategoria
324)	Przeszczep nerki	A
325)	Całkowite wycięcie nerki	B
326)	Obustronne jednoczasowe wycięcie nerek	A
327)	Częściowe wycięcie nerki	D
328)	Wycięcie zmiany w nerce	D
329)	Otwarta naprawcza operacja nerki	C
330)	Umocowanie lub podwieszenie nerki nadmiernie ruchomej	D
331)	Nacięcie nerki	E
332)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące kamieni nerkowych	E
333)	Zabiegi terapeutyczne w obrębie nerek z dostępu przez nefrostomię	E
334)	Wycięcie moczowodu	C
335)	Częściowe wycięcie moczowodu	E
336)	Odprowadzenie moczu przez przetokę	E
337)	Ponowne wszczepienie moczowodu	C
338)	Operacja naprawcza moczowodu	D
339)	Protezowanie moczowodu	E
340)	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą nefroskopii	E
341)	Zabiegi terapeutyczne dotyczące moczowodu wykonywane metodą ureteroskopii	E
342)	Operacje ujścia moczowodu	D
343)	Umocowanie moczowodu	E
344)	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	B
345)	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	C
346)	Powiększenie pęcherza moczowego	B
347)	Endoskopowe powiększenie pęcherza	D
348)	Otwarty drenaż pęcherza moczowego	D
349)	Wycięcie zmiany pęcherza moczowego metodą endoskopową	E
350)	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu przezpochwowego	D

351)	Operacje usprawniające odpływ z pęcherza moczowego wykonywane z dostępu brzusznego	D
352)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne ujścia pęcherza moczowego	E
353)	Otwarte wycięcie gruczołu krokowego	C
354)	Endoskopowe wycięcie gruczołu krokowego	E
355)	Nacięcie i opróżnienie ropnia stercza	E
356)	Endoskopowa resekcja ujścia pęcherza moczowego	E
357)	Wycięcie cewki moczowej	C
358)	Operacja naprawcza cewki moczowej	D
359)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne dotyczące cewki moczowej	E
360)	Operacje ujścia cewki moczowej	E
361)	Wszczepienie elektronicznego stymulatora pęcherza moczowego	E
362)	Operacyjne leczenie nietrzymania moczu	D
363)	Usunięcie kamienia z układu moczowego	E
Lp.	**Operacje narządów płciowych**	**Kategoria**
364)	Wycięcie moszny	D
365)	Obustronne wycięcie jąder	C
366)	Jednostronne wycięcie jądra	E
367)	Wycięcie zmiany w obrębie jądra	E
368)	Obustronna implantacja jąder do moszny	C
369)	Obustronne sprowadzenie jąder	E
370)	Proteza jądra	D
371)	Operacja wodniaka jądra	E
372)	Wycięcie najądrza	E
373)	Operacje najądrza	E
374)	Wycięcie nasieniowodu	E
375)	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	D
376)	Operacja żylaków powrózka nasiennego	D
377)	Operacje pęcherzyków nasiennych	D
378)	Amputacja prącia	C
379)	Usunięcie zmiany prącia	E
380)	Protezowanie prącia	D
381)	Usunięcie sromu	C
382)	Operacja naprawcza sromu	E
383)	Wycięcie zmiany w obrębie krocza	E
384)	Wycięcie pochwy	E
385)	Uwolnienie zrostów wewnątrzpochwowych	E
386)	Wycięcie zmiany w obrębie pochwy	E
387)	Operacja plastyczna pochwy	E
388)	Operacja naprawcza wypadania pochwy z amputacją szyjki macicy	D
389)	Operacja naprawcza sklepienia pochwy	E
390)	Operacje zatoki Douglasa	E
391)	Amputacja szyjki macicy	E
392)	Brzuszne wycięcie macicy	C
393)	Przezpochwowe wycięcie macicy	C
394)	Usunięcie mięśniaków macicy metodą otwartą	E
395)	Obustronne wycięcie przydatków macicy	C
396)	Jednostronne wycięcie przydatków macicy	E

397)	Częściowe wycięcie jajowodu	E
398)	Implantacja protezy jajowodu	E
399)	Otwarte obustronne zamknięcie światła jajowodów	E
400)	Nacięcie jajowodu	E
401)	Operacje strzępków jajowodu	E
402)	Częściowe wycięcie jajnika	E
403)	Otwarte zniszczenie zmiany w obrębie jajnika	E
404)	Operacja naprawcza jajnika	E
405)	Operacje więzadła szerokiego macicy	E
Lp.	**Operacje tkanek miękkich**	**Kategoria**
406)	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	B
407)	Odtworzenie ściany klatki piersiowej	B
408)	Otwarte wycięcie opłucnej	B
409)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne opłucnej	E
410)	Operacja naprawcza pęknięcia przepony	C
411)	Operacja przepukliny przeponowej	D
412)	Plikacja przepony	D
413)	Pierwotna operacja przepukliny pachwinowej	E
414)	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	E
415)	Operacja przepukliny pępkowej	E
416)	Pierwotna operacja przepukliny udowej	E
417)	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	E
418)	Pierwotna operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
419)	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
420)	Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	E
421)	Otwarte wycięcie zmiany otrzewnej	D
422)	Otwarty drenaż otrzewnej	C
423)	Operacje sieci większej	C
424)	Operacje krezki jelita cienkiego	C
425)	Operacje krezki okrężnicy	C
426)	Operacje dotyczące otrzewnej ściennej tylnej ściany brzucha	D
427)	Endoskopowe zabiegi terapeutyczne otrzewnej	E
428)	Przeszczep powięzi	E
429)	Wycięcie powięzi brzucha	E
430)	Wycięcie innej powięzi	E
431)	Wycięcie zmiany w obrębie powięzi	E
432)	Rozdzielenie powięzi	E
433)	Uwolnienie powięzi	E
434)	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	E
435)	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	E
436)	Przemieszczenie ścięgna	E
437)	Wycięcie ścięgna	E
438)	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	E
439)	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	E
440)	Zmiana długości ścięgna	E
441)	Wycięcie pochewki ścięgna	E
442)	Przeszczep mięśni	C

443)	Wycięcie mięśnia	E
444)	Operacja naprawcza mięśnia (z wyłączeniem prostego szycia mięśnia)	E
445)	Uwolnienie przykurczu mięśnia	E
446)	Operacje kaletki maziowej	E
447)	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	E
448)	Drenaż zmiany węzła chłonnego	E
449)	Operacje przewodu limfatycznego	B
450)	Operacje kieszonki skrzelowej	D
451)	Wycięcie torbieli bocznej szyi	D
452)	Wprowadzenie ekspandera pod skórę	E
453)	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	D
454)	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	E
455)	Przeszczep skóry owłosionej w obrębie czaszki	E
Lp.	**Operacje kości i stawów**	**Kategoria**
456)	Plastyka czaszki	D
457)	Otwarcie czaszki	C
458)	Podniesienie złamanego fragmentu czaszki	E
459)	Wycięcie kości twarzoczaszki	D
460)	Wycięcie zmiany kości twarzoczaszki	E
461)	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	C
462)	Nastawienie złamania innej kości twarzy metodą otwartą	D
463)	Rozdzielenie kości twarzy	D
464)	Stabilizacja kości twarzy	D
465)	Przeszczep kostny kości twarzy	C
466)	Całkowite wycięcie żuchwy	B
467)	Częściowe wycięcie żuchwy	E
468)	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	D
469)	Rozdzielenie żuchwy	B
470)	Stabilizacja żuchwy	C
471)	Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	C
472)	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	C
473)	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym	C
474)	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	D
475)	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku piersiowym	D
476)	Pierwotne odbarczenie rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	D
477)	Kontrolna operacja odbarczenia rdzenia kręgowego w odcinku lędźwiowym	D
478)	Odbarczenie rdzenia kręgowego w nieokreślonym odcinku (nie obejmuje zabiegów na krążku międzykręgowym)	B
479)	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	C
480)	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku szyjnym	C
481)	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	D
482)	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku piersiowym	C
483)	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	D
484)	Rewizja wycięcia krążka międzykręgowego w odcinku lędźwiowym	D
485)	Wycięcie krążka międzykręgowego w nieokreślonym odcinku	D
486)	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w odcinku szyjnym	B

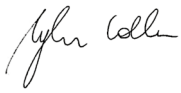
487)	Pierwotne zespolenie kręgów (artrodeza) w innym odcinku	C
488)	Rewizja zespolenia kręgów (artrodezy)	C
489)	Korekcja zniekształcenia kręgosłupa przy użyciu urządzeń mechanicznych	C
490)	Wycięcie zmiany kręgosłupa	D
491)	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	C
492)	Stabilizacja złamania kręgosłupa metodą otwartą	C
493)	Całkowite wycięcie kości	D
494)	Usunięcie fragmentu kości	D
495)	Wycięcie kości ektopowej	E
496)	Wycięcie zmiany w obrębie kości	E
497)	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	D
498)	Rozdzielenie trzonu kości	D
499)	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości	D
500)	Wszczepienie protezy kości, przeszczep kości	D
501)	Drenaż kości	E
502)	Całkowita rekonstrukcja kciuka	D
503)	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	E
504)	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	E
505)	Rozdzielenie kości stopy	D
506)	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją śródszpikową (wewnętrzną)	E
507)	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	E
508)	Pierwotne otwarte nastawienie śródstawowego złamania kości	B
509)	Wtórne otwarte nastawienie złamania kości	D
510)	Stabilizacja oddzielonej nasady kości	C
511)	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu złamania kości	D
512)	Całkowita cementowa protezoplastyka stawu biodrowego	D
513)	Całkowita bezcementowa protezoplastyka stawu biodrowego	D
514)	Całkowita cementowa protezoplastyka stawu kolanowego	C
515)	Całkowita bezcementowa protezoplastyka stawu kolanowego	C
516)	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu	D
517)	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu	D
518)	Przeszczep szpiku kostnego	D

Lp.	**Inne zabiegi operacyjne**	**Kategoria**
519)	Replantacja kończyny górnej na wysokości ramienia	C
520)	Replantacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	D
521)	Replantacja kciuka	D
522)	Replantacja kończyny dolnej na wysokości uda	C
523)	Replantacja kończyny dolnej na wysokości podudzia	D
524)	Replantacja kończyny dolnej na wysokości stawu skokowego	D
525)	Replantacja innego organu	E
526)	Wszczepienie protezy kończyny	C
527)	Transplantacja międzyukładowa	C
528)	Przeszczep całej twarzy	A
529)	Amputacja w zakresie ramienia	C
530)	Amputacja kończyny górnej na wysokości przedramienia	D
531)	Amputacja kończyny górnej na wysokości nadgarstka	D
532)	Amputacja kciuka	E

533)	Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki	B
534)	Amputacja nogi na poziomie uda	C
535)	Amputacja nogi na poziomie podudzia	D
536)	Amputacja stopy	D
537)	Amputacja palucha	E
538)	Amputacja kończyny dolnej z częścią miednicy	B
539)	Operacje w zakresie kikuta po amputacji	D

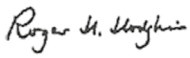
Niniejszy Katalog Poważnych operacji został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 23 lipca 2026 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Zabiegu specjalistycznego Ubezpieczonego
(kod GPR_MMOE_07.2026) dalej „OWUD"
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK ZABIEGU SPECJALISTYCZNEGO UBEZPIECZONEGO

(KOD GPR_MMOE_07.2026)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
2) **Płatnica polisy** – data wymagalności Składki za Umowę dodatkową, przypadająca na pierwszy dzień okresu, za który jest należna;
3) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
4) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Zabiegu specjalistycznego Ubezpieczonego;
5) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Zabiegu specjalistycznego Ubezpieczonego;
6) **Wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
   a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
   b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,

   w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Zabiegu specjalistycznego;
7) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu polegające na:
   a. regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach przynależności do klubów sportowych, stowarzyszeń sportowych, związków i organizacji sportowych lub
   b. udziale w zawodach sportowych, imprezach sportowych, obozach szkoleniowo-sportowych lub kondycyjnych.

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

8) **Zabieg specjalistyczny** – procedura medyczna niezbędna dla przywrócenia prawidłowej czynności chorego narządu lub układu Ubezpieczonego albo postawienia właściwej diagnozy, wykonywana przez lekarza w placówce podmiotu leczniczego, działającej zgodnie z przepisami prawa. Definicja obejmuje wyłącznie przypadki wymienione w Katalogu Zabiegów specjalistycznych stanowiącym załącznik nr 1 do OWUD.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zabiegi specjalistyczne przeprowadzone u Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

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

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Zasady rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, o którym mowa w § 7.
4. Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej wyłącznie w przypadku, gdy w tym samym czasie objęty jest ochroną z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Poważnej operacji.
5. Ubezpieczony może być objęty ochrona ubezpieczeniową wyłącznie w ramach jednej Umowy dodatkowej na wypadek Zabiegu specjalistycznego.

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
   1) rozwiązania Umowy;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie indywidualnym;
   3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 69 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie pakietowym, chyba, że Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy, o której mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy";
   4) rozwiązania Umowy dodatkowej na wypadek Poważnej operacji zawartej w ramach Umowy, której zakres ubezpieczenia został rozszerzony o niniejszą Umowę dodatkową;
   5) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   6) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

§ 8

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

§ 9

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 10 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

Składka za Umowę dodatkową

§ 10

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek, Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 13 ust. 1 i 2 oraz wyników oceny ryzyka i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczona jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
4. W przypadku, o którym mowa w § 7 ust. 1 pkt 4, Składka zostanie pomniejszona o wysokość Składki za Umowę dodatkową.

Indeksacja

§ 11

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej nie podlega indeksacji.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 12

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli konieczność przeprowadzenia Zabiegu specjalistycznego była konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
   3) spożycia alkoholu przez Ubezpieczonego (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym) lub nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu potwierdzonego w dokumentacji medycznej;
   4) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
   5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
   6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   7) Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, narciarstwo/snowboard poza wyznaczonymi trasami (off-road skiing, heliskiing, freeride), kaskaderstwo, jazdę na quadach, pokonywanie przeszkód w przestrzeni miejskiej (parkour, free-running, rooftopping), kolarstwo ekstremalne (freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping);

   a także, jeżeli Zabieg specjalistyczny:

   8) miał na celu operację plastyczną lub kosmetyczną Ubezpieczonego, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
   9) został zlecony Ubezpieczonemu lub o którym postanowiono przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
   10) był następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
      a. zdiagnozowanych u Ubezpieczonego lub
      b. leczonych u Ubezpieczonego, lub
      c. których leczenie zalecono u Ubezpieczonego,

      w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej;
   11) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w OWU w części „Skutki podania nieprawdziwych informacji".
2. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Umowy dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

§ 13

1. W okresie pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu Zabiegu specjalistycznego wyłącznie, jeżeli konieczność jego przeprowadzenia była spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W okresie pierwszych 270 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu Zabiegu specjalistycznego cięcia cesarskiego wyłącznie, jeżeli konieczność jego przeprowadzenia spowodowana była Nieszczęśliwym wypadkiem.
3. Ograniczenie, o którym mowa w ust. 1 i 2, nie ma zastosowania w przypadku automatycznego przedłużania Umowy dodatkowej na kolejne okresy ubezpieczenia.
4. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia, początek okresu, o którym mowa w ust. 1 i 2, liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że:

1) ochrona z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia na życie, albo wygasła nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej – w przypadku Indywidualnej Kontynuacji;
2) Zabieg specjalistyczny został przeprowadzony po wygaśnięciu ochrony z tytułu Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

Ograniczenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 1 i 2, stosuje się do tej części Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, która stanowi nadwyżkę w stosunku do sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała w ramach Wcześniejszej umowy ubezpieczenia.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 14

1. W przypadku przeprowadzenia Zabiegu specjalistycznego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu określony w Katalogu Zabiegów specjalistycznych, stanowiącym załącznik nr 1 do OWUD, procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wykonania Zabiegu specjalistycznego, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Suma wypłaconych świadczeń z tytułu Zabiegu specjalistycznego w danym Roku polisy nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
3. W przypadku, gdy kwota świadczeń z tytułu Zabiegu specjalistycznego przekracza 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ostatnie ze świadczeń ulega zmniejszeniu tak, aby suma wypłaconych świadczeń stanowiła 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Wypłata świadczenia

§ 15

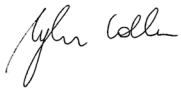
1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej przeprowadzenie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

Postanowienia końcowe

§ 16

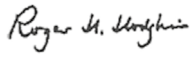
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 23 lipca 2026 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie TU S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK ZABIEGU SPECJALISTYCZNEGO

KATALOG ZABIEGÓW SPECJALISTYCZNYCH

(KOD GPR_MMOE_07.2026)

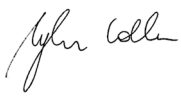
1. Niniejszy Katalog stosuje się dla osób objętych ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Zabiegu specjalistycznego.
2. Przez procent Sumy ubezpieczenia określony w Katalogu Zabiegów specjalistycznych rozumie się procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Zabiegu specjalistycznego zwany dalej **„% Sumy ubezpieczenia”**.

Lp.	Układ krążenia	% Sumy ubezpieczenia
1)	Embolizacja naczynia	50
2)	Ablacja dodatkowej drogi przewodzenia w sercu	30
3)	Wszczepienie rozrusznika serca	30
4)	Wszczepienie kardiowertera – defibrylatora	50
5)	Kardiowersja przedsionków	30
6)	Zamknięcie uszka lewego przedsionka serca	50
7)	Wprowadzenie filtra do żyły głównej	30
8)	Zabiegi wewnątrznaczyniowe na tętnicach / żyłach (z wyłączeniem tętnic wieńcowych)	30
9)	Żylaki kończyn dolnych (w zależności od metody):	
	a. Skleroterapia (wstrzyknięcie substancji obliterującej), podwiązanie	10
	b. Laseroterapia / ablacja żył	10
	c. Wycięcie chirurgiczne	50
10)	Żylaki odbytu (w zależności od metody):	
	a. Podwiązanie	10
	b. Skleroterapia (wstrzyknięcie substancji obliterującej) / działanie prądu / temperatury	10
	c. Wycięcie chirurgiczne	50
Lp.	**Układ oddechowy**	**% Sumy ubezpieczenia**
11)	Septoplastyka nosa	10
12)	Polipektomia nosa	10
13)	Endoskopowa operacja zatoki szczękowej	30
14)	Drenaż ropniaka opłucnej	50
15)	Pleurodeza (obliteracja opłucnej)	30
Lp.	**Ortopedia**	**% Sumy ubezpieczenia**
16)	Zabiegi artroskopowe (rekonstrukcyjne, usuwanie nadmiaru tkanek, synowektomia)	30
17)	Wycięcie ganglionu dołu podkolanowego	30
18)	Wycięcie ganglionu w obrębie kończyny górnej	30
19)	Wycięcie kaletki łokciowej lub kolanowej	30
20)	Wycięcie kaletki z korekcją palucha koślawego i zniekształceń innych palców (tylko tkanki miękkie)	30
21)	Korekcja palca młotkowatego stopy	10
22)	Korekcja palca szponiastego stopy	10
23)	Leczenie operacyjne zespołu cieśni nadgarstka	30
24)	Leczenie operacyjne zespołu kanału nerwu łokciowego	30
25)	Leczenie operacyjne zespołu kanału Guyona	30
Lp.	**Gastrologia**	**% Sumy ubezpieczenia**
26)	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego	50
27)	Leczenie chirurgiczne przetoki odbytu (wycięcie/nacięcie przetoki)	30
28)	Wycięcie szczeliny odbytu, z nacięciem zwieracza odbytu (sfinkterotomią) lub bez	50

Lp.	Układ rozrodczy	% Sumy ubezpieczenia
29)	Konizacja szyjki macicy	10
30)	Nacięcie gruczołu Bartholina wraz z marsupializacją	30
31)	Wyłuszczenie gruczołu Bartholina	30
32)	Usuwanie polipów narządu rodnego	30
33)	Elektroresekcja zmiany szyjki macicy	10
34)	Zszycie pęknięcia macicy	30
35)	Wyłyżeczkowanie frakcjonowane kanału szyjki i jamy macicy	10
36)	Endoskopowe zabiegi w macicy	50
37)	Laparoskopowe wyłuszczenie mięśniaków macicy	50
38)	Cięcie cesarskie	30
Lp.	**Układ moczowy**	**% Sumy ubezpieczenia**
39)	Cystoskopia / ureteroskopia diagnostyczna	30
40)	Pozaustrojowa litotrypsja nerki/ moczowodu/ pęcherza	30
41)	Dializa otrzewnowa	30
Lp.	**Chirurgia**	**% Sumy ubezpieczenia**
42)	Wycięcie torbieli włosowej	10
43)	Wycięcie guza w obrębie tkanek miękkich	10
44)	Laparotomia zwiadowcza	50
Lp.	**Okulistyka**	**% Sumy ubezpieczenia**
45)	Zewnątrztorebkowe usunięcie zaćmy przy użyciu ultradźwięków lub lasera z wprowadzeniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej (procedura jednoetapowa)	30
46)	Trabekuloplastyka laserowa, jedna lub więcej sesji (zdefiniowany cykl leczenia)	10
47)	Laserowa korekcja wady wzroku	10
48)	Wycięcie skrzydlika	10
Lp.	**Laryngologia**	**% Sumy ubezpieczenia**
49)	Nacięcie błony bębenkowej	10
50)	Usunięcie migdałków	30

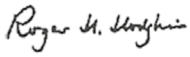
Niniejszy Katalog Zabiegów specjalistycznych został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 23 lipca 2026 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu (kod GPR_DCHB_07.2026) dalej „OWUD"
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

	1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWUD	§ 4; § 15 ust. 1, 2, 5, 7 i 8	§ 13; § 14 ust. 1 i 4; § 15 ust. 3, 4 i 6

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

(KOD GPR_DCHB_07.2026)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

1) **Choroba** – reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
2) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
3) **OIOM** (Oddział Intensywnej Opieki Medycznej) – wyodrębniony organizacyjnie w strukturach szpitala oddział zapewniający całodobową specjalistyczną opiekę lekarską i pielęgniarską, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, przeznaczony do leczenia chorych w przypadku ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych.
   W rozumieniu OWUD pojęcie OIOM obejmuje także:
   a. oddział intensywnej terapii;
   b. oddział anestezjologii i intensywnej terapii;
   c. oddział intensywnego nadzoru medycznego;
   d. salę intensywnego nadzoru, wydzieloną w strukturze oddziału szpitalnego, spełniającą kryteria opisane powyżej;
4) **Płatnica polisy** – data wymagalności Składki za Umowę dodatkową, przypadająca na pierwszy dzień okresu, za który jest należna;
5) **Pobyt w szpitalu** – odbywający się na zlecenie lekarza pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, rozumianym jako zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń szpitalnych w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa, trwający nieprzerwanie co najmniej 1 dzień, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. Definicja obejmuje szpitale znajdujące się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz krajów Unii Europejskiej, a także krajów spoza Unii Europejskiej pod warunkiem dostarczenia dokumentacji medycznej przetłumaczonej na język angielski.
   Okres Pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala. Jeżeli w czasie Pobytu w szpitalu nastąpił zgon, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu.
   W rozumieniu niniejszej definicji Pobytem w szpitalu nie jest pobyt w:
   a. placówkach leczenia odwykowego;
   b. zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności: szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach, prewentoriach;

c. hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych;

6) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
7) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu;
8) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu;
9) **Wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
   a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
   b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,

   w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Pobytu w szpitalu;
10) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu polegające na:
   a. regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach przynależności do klubów sportowych, stowarzyszeń sportowych, związków i organizacji sportowych lub
   b. udziale w zawodach sportowych, imprezach sportowych, obozach szkoleniowo-sportowych lub kondycyjnych.

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i był konsekwencją Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, które wystąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem § 15 ust. 8.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

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

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

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

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
   1) rozwiązania Umowy;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie indywidualnym;
   3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 69 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie pakietowym, chyba, że Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy, o której mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy";
   4) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   5) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

§ 8

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

§ 9

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
   1) podwyższenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   2) obniżenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy.

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

§ 10

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

Składka za Umowę dodatkową

§ 11

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek, Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem ograniczenia odpowiedzialności określonego w § 14 ust. 1 oraz wyników oceny ryzyka i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczana jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Indeksacja

§ 12

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

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 13

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w szpitalu, jeżeli jego konieczność była konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
   3) spożycia alkoholu przez Ubezpieczonego (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym) lub nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu potwierdzonego w dokumentacji medycznej;
   4) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
   5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
   6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   7) Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, narciarstwo/snowboard poza wyznaczonymi trasami (off-road skiing, heliskiing, freeride), kaskaderstwo, jazdę na quadach, pokonywanie przeszkód w przestrzeni miejskiej (parkour, free-running, rooftopping), kolarstwo ekstremalne (freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping);
   8) wad wrodzonych Ubezpieczonego i schorzeń będących ich skutkiem;
   9) choroby AIDS Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w szpitalu, jeżeli miał on na celu:
   1) operację plastyczną lub kosmetyczną Ubezpieczonego, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
   2) wykonywanie przez Ubezpieczonego rutynowych badań lekarskich lub badań diagnostycznych niewynikających z zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku;
   3) wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych u Ubezpieczonego, z wyjątkiem rehabilitacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
   4) leczenie lub zabiegi związane z usunięciem ciąży, połogiem lub porodem, poza przypadkami gdy zdiagnozowano komplikacje połogu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiące zagrożenie dla życia Ubezpieczonego;

5) poddanie się leczeniu dentystycznemu przez Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem;
6) pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu od Ubezpieczonego;
7) leczenie wszelkiego rodzaju uzależnień Ubezpieczonego;

a także, jeżeli Pobyt w szpitalu:

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

   w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej;
10) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w OWU w części „Skutki podania nieprawdziwych informacji".

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

§14

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

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

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 15

1. W przypadku Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu za każdy dzień Pobytu w szpitalu, określony w tabeli nr 1, procent Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu rozpoczęcia Pobytu w szpitalu:

tabela nr 1

% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za Pobyt w szpitalu spowodowany Chorobą
za każdy dzień Pobytu w szpitalu
0,5%
% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za Pobyt w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem
za każdy dzień Pobytu w szpitalu
1%

2. W przypadku pobytu Ubezpieczonego na OIOM-ie w czasie Pobytu w szpitalu, o którym mowa w ust. 1, Towarzystwo wypłaci świadczenie, niezależnie od świadczenia wymienionego w ust. 1, w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Powyższe świadczenie wypłacane jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie łącznie za nie więcej niż 200 dni Pobytu w szpitalu w okresie jednego Roku polisy.
4. Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, do ustalenia wysokości świadczenia, ten dzień uwzględnia się jeden raz.
5. Jeżeli w tym samym czasie Pobyt w szpitalu spowodowany był Chorobą oraz Nieszczęśliwym wypadkiem do ustalenia wysokości świadczenia przyjmuje się stawki za Pobyt w szpitalu spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem.
6. Przy ustalaniu wysokości świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu Towarzystwo nie uwzględnia okresu pobytu na przepustkach.
7. Zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu możliwe jest także w trakcie Pobytu w szpitalu po 30 dniu tego pobytu. Zasadę tę stosuje się do każdego kolejnego 30-dniowego okresu Pobytu w szpitalu.
8. Jeżeli Nieszczęśliwy wypadek miał miejsce przed rozpoczęciem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej, a spowoduje on Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w okresie udzielania ochrony z tytułu Umowy dodatkowej, Towarzystwo wypłaci za każdy dzień tego pobytu świadczenie w wysokości 0,5% Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu rozpoczęcia Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.

Wypłata świadczenia

§ 16

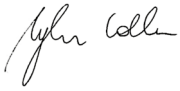
1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia;
   2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
   3) kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej Pobyt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

Postanowienia końcowe

§ 17

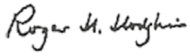
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 23 lipca 2026 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
dotyczącego ryczałtowego pokrycia kosztów leków
zaleconych po Pobycie Ubezpieczonego w szpitalu
(kod GPR_RCMDCHB_07.2026) dalej „OWUD"
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO DOTYCZĄCEGO RYCZAŁTOWEGO POKRYCIA KOSZTÓW LEKÓW ZALECONYCH PO POBYCIE UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

(KOD GPR_RCMDCHB_07.2026)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

1) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
2) **Płatnica polisy** – data wymagalności Składki za Umowę dodatkową, przypadająca na pierwszy dzień okresu, za który jest należna;
3) **Pobyt w szpitalu** – odbywający się na zlecenie lekarza pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, rozumianym jako zakład lecznictwa zamkniętego przeznaczony do udzielania świadczeń szpitalnych w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa, trwający nieprzerwanie co najmniej 1 dzień, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia. Definicja obejmuje szpitale znajdujące się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz krajów Unii Europejskiej, a także krajów spoza Unii Europejskiej pod warunkiem dostarczenia dokumentacji medycznej przetłumaczonej na język angielski.
   Okres Pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia do szpitala do daty wypisania ze szpitala. Jeżeli w czasie Pobytu w szpitalu nastąpił zgon, okres pobytu w szpitalu liczony jest do daty zgonu.
   W rozumieniu niniejszej definicji Pobytem w szpitalu nie jest pobyt w:
   a. placówkach leczenia odwykowego;
   b. zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, w szczególności: szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach, prewentoriach;
   c. hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych;
4) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego, bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
5) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej dotyczącej ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po Pobycie Ubezpieczonego w szpitalu;
6) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po Pobycie Ubezpieczonego w szpitalu;

7) **Wcześniejsza umowa ubezpieczenia** – dowolna umowa ubezpieczenia spełniająca jeden z poniższych warunków:
   a. umowa grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej;
   b. umowa Indywidualnej Kontynuacji wypowiedziana przez Ubezpieczonego nie wcześniej niż 31 dni przed dniem rozpoczęcia i nie później niż 31 dni od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu Umowy dodatkowej,

   w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu;
8) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu polegające na:
   a. regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach przynależności do klubów sportowych, stowarzyszeń sportowych, związków i organizacji sportowych lub
   b. udziale w zawodach sportowych, imprezach sportowych, obozach szkoleniowo-sportowych lub kondycyjnych.

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

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

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia:
   1) ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie indywidualnym albo
   2) ukończył 15 lat i nie ukończył 66 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie pakietowym, albo
   3) ukończył 60 lat i nie ukończył 81 roku życia – w przypadku Umowy dodatkowej zawieranej w wariancie pakietowym 60+.
3. Wariant Umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 2, aktualny na dzień jej zawarcia, potwierdzony jest w Dokumencie ubezpieczenia.
4. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

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

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
   1) rozwiązania Umowy;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 71 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie indywidualnym;
   3) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 69 lat – w przypadku zawarcia Umowy dodatkowej w wariancie pakietowym chyba, że Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy, o której mowa w OWU w części „Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy";
   4) rozwiązania Umowy dodatkowej na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu lub Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku (w zależności od tego, która z tych Umów dodatkowych zostanie rozwiązana jako ostatnia) zawartej w ramach Umowy, której zakres ubezpieczenia został rozszerzony o niniejszą Umowę dodatkową;
   5) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   6) wypowiedzenia Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

§ 8

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

§ 9

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
   1) podwyższenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej;
   2) obniżenie w Płatnicę polisy wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej – po upływie pierwszego Roku polisy.

2. Towarzystwo dokona zmiany, o której mowa w ust. 1, na wniosek Ubezpieczającego ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.
3. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę dodatkową. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
4. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia.
5. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 4, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.

§ 10

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

Składka za Umowę dodatkową

§ 11

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczona jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Indeksacja

§ 12

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

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 13

1. Jeżeli Ubezpieczony objęty jest jednocześnie ochroną z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej oraz Umowy dodatkowej na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po Pobycie Ubezpieczonego w szpitalu, jeśli konieczność tego pobytu była konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
   3) spożycia alkoholu przez Ubezpieczonego (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym) lub nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu potwierdzonego w dokumentacji medycznej;
   4) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
   5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
   6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   7) Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, narciarstwo/snowboard poza wyznaczonymi trasami (off-road skiing, heliskiing, freeride), kaskaderstwo, jazdę na quadach, pokonywanie przeszkód w przestrzeni miejskiej (parkour, free-running, rooftopping), kolarstwo ekstremalne (freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping);
   8) wad wrodzonych Ubezpieczonego i schorzeń będących ich skutkiem;
   9) choroby AIDS Ubezpieczonego;

   a także, jeżeli miał on na celu

   10) operację plastyczną lub kosmetyczną Ubezpieczonego, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
   11) wykonywanie przez Ubezpieczonego rutynowych badań lekarskich lub badań diagnostycznych niewynikających z zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku;
   12) wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych u Ubezpieczonego, z wyjątkiem rehabilitacji niezbędnej do usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
   13) leczenie lub zabiegi związane z usunięciem ciąży, połogiem lub porodem, poza przypadkami gdy zdiagnozowano komplikacje połogu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiące zagrożenie dla życia Ubezpieczonego;

14) poddanie się leczeniu dentystycznemu przez Ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany był Nieszczęśliwym wypadkiem;
15) pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu od Ubezpieczonego;
16) leczenie wszelkiego rodzaju uzależnień Ubezpieczonego;

oraz jeżeli pobyt ten:

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

    w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczający i Ubezpieczony poinformował Towarzystwo we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy dodatkowej;
19) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w OWU w części „Skutki podania nieprawdziwych informacji".

2. Jeżeli Ubezpieczony objęty jest jednocześnie ochroną z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej oraz Umowy dodatkowej na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu ryczałtowego pokrycia kosztów leków zaleconych po Pobycie Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, jeśli Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu nastąpił wskutek:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
   3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
   4) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
   5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
   6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   7) Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, narciarstwo/snowboard poza wyznaczonymi trasami (off-road skiing, heliskiing, freeride), kaskaderstwo, jazdę na quadach, pokonywanie przeszkód w przestrzeni miejskiej (parkour, free-running, rooftopping), kolarstwo ekstremalne (freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping);

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

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

   oraz, jeżeli Pobyt w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku:

   12) został zlecony Ubezpieczonemu lub o którym postanowiono przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
   13) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w OWU w części „Skutki podania nieprawdziwych informacji".
3. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Umowy dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

§ 14

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

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 15

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

Wypłata świadczenia

§ 16

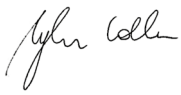
1. W przypadku gdy Ubezpieczony jest objęty ochroną z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej, zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu albo Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku jest równoznaczne ze zgłoszeniem roszczenia z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej.
2. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
3. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 2.

Postanowienia końcowe

§ 17

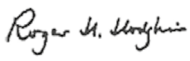
1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 23 lipca 2026 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Dodatkowego
na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego
(kod GPR_TPDS_07.2026) dalej „OWUD"
z uwzględnieniem definicji z OWUD
(Skorowidz)

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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO

(KOD GPR_TPDS_07.2026)

Postanowienia ogólne

§ 1

Na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego (zwanych dalej „**OWUD**"), z zachowaniem pozostałych, niezmienionych niniejszymi OWUD postanowień OWU, zakres ochrony ubezpieczeniowej jest rozszerzony o Całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego.

Definicje

§ 2

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

1) **Całkowita niezdolność do pracy** – spowodowana uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia zaistniałym w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej całkowita i trwała niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy, z tytułu której mógłby otrzymywać wynagrodzenie lub która przynosiłaby dochód, lub całkowita i trwała niezdolność Ubezpieczonego do prowadzenia działalności gospodarczej lub rolniczej, która przynosiłaby dochód;
2) **Choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
3) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się Przeciążenia, udaru mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
4) **Płatnica polisy** – data wymagalności Składki za Umowę dodatkową, przypadająca na pierwszy dzień okresu, za który jest należna;
5) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego bądź potęgujące dotychczas istniejące zmiany zwyrodnieniowe;
6) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy;
7) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości świadczenia na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego;
8) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu polegające na:
   a. regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach przynależności do klubów sportowych, stowarzyszeń sportowych, związków i organizacji sportowych lub
   b. udziale w zawodach sportowych, imprezach sportowych, obozach szkoleniowo-sportowych lub kondycyjnych.

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.

§ 4

Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Całkowitej niezdolności do pracy powstałej na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku.

Zawarcie Umowy dodatkowej

§ 5

1. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 67 roku życia.
3. Zasady zawarcia Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

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

Rozwiązanie Umowy dodatkowej

§ 7

1. Umowa dodatkowa rozwiązuje się z dniem:
   1) rozwiązania Umowy;
   2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat;
   3) odstąpienia od Umowy dodatkowej;
   4) wypowiedzenia Umowy dodatkowej;
   5) wypłaty świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej.
2. Zasady wypowiedzenia Umowy i odstąpienia od Umowy określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej

§ 8

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

§ 9

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

§ 10

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej oraz nową wysokość Składki za Umowę dodatkową.
2. Nowa wysokość Składki za Umowę dodatkową, o której mowa w ust. 1, odpowiada podwyższonej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej i obliczona jest zgodnie z § 11 ust. 1.
3. Opłacenie Składki za Umowę dodatkową w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją podwyższonej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej obowiązuje od Rocznicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.

Składka za Umowę dodatkową

§ 11

1. Towarzystwo ustala wysokość Składki za Umowę dodatkową w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wieku Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka i wskazuje ją w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka za Umowę dodatkową doliczona jest do składki z tytułu Umowy i opłacana jest w tych samych terminach i z tą samą częstotliwością.
3. Zasady zmiany wysokości Składki za Umowę określone w OWU stosuje się odpowiednio do Umowy dodatkowej.
4. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej, o której mowa w § 7 ust. 1 pkt 5, Składka zostanie pomniejszona o wysokość Składki za Umowę dodatkową.

Indeksacja

§ 12

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

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 13

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy dodatkowej, jeżeli Całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego jest konsekwencją:
   1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
   2) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
   3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym) lub nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu potwierdzonego w dokumentacji medycznej;
   4) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
   5) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
   6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   7) Wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego, uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, narciarstwo/snowboard poza wyznaczonymi trasami (off-road skiing, heliskiing, freeride), kaskaderstwo, jazdę na quadach, pokonywanie przeszkód w przestrzeni miejskiej (parkour, free-running, rooftopping), kolarstwo ekstremalne (freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping);

   a także, jeżeli Całkowita niezdolność do pracy:
   8) powstała w związku z obrażeniami ciała Ubezpieczonego doznanymi przed datą zawarcia Umowy dodatkowej;
   9) powstała w związku z Chorobą zdiagnozowaną w ciągu pierwszych 180 dni od daty zawarcia Umowy dodatkowej:
   10) powstała w związku z Chorobą:
      a. zdiagnozowaną u Ubezpieczonego lub
      b. leczoną u Ubezpieczonego, lub
      c. której leczenie zalecono u Ubezpieczonego, lub
      d. której przyczyny zaistniały,

      w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej;
   11) jest związana z chorobą AIDS Ubezpieczonego;
   12) jest skutkiem okoliczności, o których mowa w OWU w części „Skutki podania nieprawdziwych informacji".
2. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy dodatkowej naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do Umowy dodatkowej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy dodatkowej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałoby zostać wypłacone świadczenie.

Świadczenie z tytułu Umowy dodatkowej

§ 14

1. W przypadku wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie równe Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, aktualnej w dniu wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy.
2. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy pod warunkiem, że Ubezpieczony był całkowicie niezdolny do pracy nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy, który rozpoczął się w okresie ochrony ubezpieczeniowej i przed Rocznicą polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 67 lat oraz pod warunkiem, że Całkowita niezdolność do pracy istnieje w chwili zgłoszenia wniosku o wypłatę świadczenia i zgodnie z wiedzą medyczną brak jest pozytywnych rokowań dotyczących odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do pracy zarobkowej.

Wypłata świadczenia

§ 15

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

Postanowienia końcowe

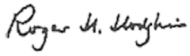
§ 16

1. W sprawach nieuregulowanych w OWUD stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.
2. Niniejsze OWUD zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 23 lipca 2026 roku.

Agnieszka Callen

Członek Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie TU S.A.