

# OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA „GENERALI, Z MYŚLĄ O ZDROWIU PRACOWNIKÓW”

Obowiązujące od 13.02.2026 roku

# Spis treści

<b>Rozdział 1</b> Postanowienia ogólne – co warto wiedzieć na początek . . . . .	5
<b>Rozdział 2</b> Definicje główne – co znaczą pojęcia, których używamy w OWU . . . . .	5
<b>Rozdział 3</b> Zakres ubezpieczenia – jakie zdarzenia ubezpieczeniowe, za które odpowiadamy, możemy uwzględnić w umowie . . . . .	6
<b>Ubezpieczenie na wypadek śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku</b>	
<b>Rozdział 4</b> Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co zawiera ubezpieczenie . . . . .	6
<b>Rozdział 5</b> Świadczenie ubezpieczeniowe – komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia . . . . .	7
<b>Ubezpieczenie zdrowotne</b>	
<b>Rozdział 6</b> Przystąpienie do ubezpieczenia – co zrobić, aby się ubezpieczyć . . . . .	7
<b>Rozdział 7</b> Przedmiot i zakres ubezpieczenia – co zawiera ubezpieczenie . . . . .	8
<b>Rozdział 8</b> Zmiana wariantu zakresu Ubezpieczenia zdrowotnego. Przystąpienie oraz rezygnacja współubezpieczonych w trakcie roku polisowego – kiedy i jak możesz to zrobić . . . . .	8
<b>Rozdział 9</b> Świadczenie ubezpieczeniowe – kiedy i na jakich zasadach skorzystasz ze świadczeń . . . . .	9
<b>Rozdział 10</b> Wyłączenia odpowiedzialności – kiedy nasze ubezpieczenie nie działa . . . . .	11
<b>Postanowienia wspólne</b>	
<b>Rozdział 11</b> Zawarcie umowy – jak przebiega i od czego zależy . . . . .	11
<b>Rozdział 12</b> Zawarcie kolejnej umowy – jakie są zasady . . . . .	12
<b>Rozdział 13</b> Okres ochrony ubezpieczeniowej – kiedy nasze ubezpieczenie działa . . . . .	12
<b>Rozdział 14</b> Odstąpienie od umowy – kiedy ubezpieczający może zrezygnować z umowy lub od niej odstąpić . . . . .	13
<b>Rozdział 15</b> Wypowiedzenie umowy – kiedy i w jaki sposób umowa się rozwiązuje . . . . .	13
<b>Rozdział 16</b> Obowiązki ubezpieczającego, nasze i Twoje – do czego zobowiązuje umowa . . . . .	13
<b>Rozdział 17</b> Składka – jak ustalamy jej wysokość i jak ją opłacać . . . . .	14
<b>Rozdział 18</b> Reklamacje – kto i jak może je składać oraz jak je rozpatrujemy . . . . .	15
<b>Rozdział 19</b> Postanowienia końcowe – co jeszcze jest ważne . . . . .	16

Wykaz istotnych informacji zawartych w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia „Generali, z myślą o zdrowiu pracowników” z uwzględnieniem definicji z OWU (skorowidz)  
Te Ogólne warunki ubezpieczenia mają zastosowanie do umów, które zawieramy od 13.02.2026 roku.

Rodzaj informacji	Zapisy OWU, w których znajdziesz te informacje
Przesłanki wypłaty lub realizacji świadczenia	rozdz. 3, ust. 3 rozdz. 4, ust. 2 rozdz. 5, ust. 1 rozdz. 7, ust. 1–5 rozdz. 7, ust. 8–13 rozdz. 9, ust. 1–2 rozdz. 9, ust. 5 pkt 3 rozdz. 9, ust. 8–9
Ograniczenia oraz wyłączenia naszej odpowiedzialności uprawniające nas do odmowy wypłaty lub realizacji świadczenia, a także ich obniżenia lub ograniczenia	rozdz. 5, ust. 4 rozdz. 10 rozdz. 11, ust. 9 rozdz. 11, ust. 12 rozdz. 16, ust. 16

Poznajmy się:

**my** – Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.,

**ubezpieczający** – podmiot, który zawiera z nami umowę, np. Twój pracodawca,

**Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.** i **ubezpieczający** to strony umowy,

**Ty** – ubezpieczony, a także inna osoba, która przystąpiła do umowy, czyli współubezpieczony.

#### **Warto wiedzieć**

Jesteś ubezpieczonym, jeśli jesteś związany z ubezpieczającym (np. pracodawcą) stosunkiem prawnym (np. jesteś pracownikiem).

Jesteś współubezpieczonym, jeśli jesteś małżonkiem, partnerem życiowym lub dzieckiem ubezpieczonego, lub jego małżonka, lub partnera życiowego.

Aby się dowiedzieć, kim w tych OWU jest małżonek, partner życiowy oraz dziecko, przeczytaj definicje tych pojęć w rozdziale 2.

Do ubezpieczonych i współubezpieczonych zwracamy się na Ty. Jeśli jakiś zapis dotyczy tylko Ciebie jako ubezpieczonego, zaznaczamy to w tekście OWU.

**Ogólne warunki ubezpieczenia to ważny dokument. Przeczytaj go dokładnie.**

**Dowiedz się z niego m.in.:**

- co oznaczają pojęcia, których używamy w umowie i innych dokumentach, które dotyczą Twojego ubezpieczenia,
- co obejmuje ubezpieczenie,
- kiedy ubezpieczenie nie działa,
- jakie są obowiązki Twoje, ubezpieczającego i nasze,
- kogo i w jakim zakresie dotyczy to ubezpieczenie.

## Rozdział 1.

### Postanowienia ogólne

#### co warto wiedzieć na początek

1. Ogólne warunki ubezpieczenia w dalszej części dokumentu nazywamy OWU, a umowę ubezpieczenia – umową.
2. Umowę zawiera z nami ubezpieczający.
3. Za zgodą naszą oraz ubezpieczającego do umowy mogą zostać wprowadzone dodatkowe postanowienia różne od postanowień tych OWU. Będą one ważniejsze niż zapisy OWU. Aby były one ważne, muszą mieć formę pisemną. Nazywamy je postanowieniami dodatkowymi. Zapiszemy je w polisie i prześlemy ubezpieczającemu.
4. OWU odnoszą się do kilku zakresów ubezpieczenia. Chociaż są dla nich wspólne, to niektóre ich zapisy mogą dotyczyć tylko określonych zakresów ubezpieczenia.

## Rozdział 2.

### Definicje główne

#### co znaczą pojęcia, których używamy w OWU

Niektóre pojęcia w tych OWU mają specjalne znaczenie. Poniżej znajdziesz ich objaśnienia. W tym samym znaczeniu używamy ich we wszystkich dokumentach związanych z umową. Jeśli w jakimś zakresie ubezpieczenia dane pojęcie zdefiniowaliśmy inaczej, używamy go w nim w tym innym znaczeniu.

1. **Choroba** – rozstrój zdrowia, który:
  - 1) polega na tym, że układy lub narządy nieprawidłowo reagują na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego,
  - 2) nie zależy od niczyjej woli,
  - 3) powstaje w wyniku patologii i
  - 4) może być zdiagnozowany przez lekarza.
2. **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Twoje jako ubezpieczonego lub Twojego małżonka, lub partnera życiowego, które nie ukończyło:
  - 1) 18 lat lub
  - 2) 26 lat – jeśli uczęszcza do szkoły lub szkoły wyższej.
3. **Dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku włącznie, z wyjątkiem dni wolnych od pracy (zob. ustawa z dnia 18 stycznia 1951 r. o dniach wolnych od pracy).
4. **Elektronicznie** – za pomocą środków porozumiewania się na odległość, jak poczta elektroniczna, portal itp., które umożliwiają kontakt bez jednoczesnej fizycznej obecności.
5. **Infolinia** – ogólnopolski numer telefoniczny podany w Katalogu świadczeń, pod którym możesz uzyskać wsparcie w sytuacjach, w których nie możemy pomóc Ci przez Portal pacjenta.
6. **Katalog świadczeń** – załącznik do umowy ubezpieczenia, w którym masz opis wariantów oraz rozszerzeń zakresu Ubezpieczenia zdrowotnego.
7. **Małżonek** – osoba, która:
  - 1) jest z Tobą jako ubezpieczonym w związku małżeńskim i
  - 2) w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 67 lat.
8. **Nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe zdarzenie w okresie ochrony ubezpieczeniowej, które jest nagłe, gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną i niezależne od Twojej woli. Nieszczęśliwym wypadkiem nie są samobójstwo, udar mózgu, zawał serca, przeciążenie ani inne choroby, nawet jeśli są nagłe.
9. **Okres naszej odpowiedzialności** – czas, w którym Cię chronimy. Wyznaczają go daty początku i końca naszej odpowiedzialności.
10. **Pakiet indywidualny** – zakres podmiotowy ubezpieczenia, w którym chronimy tylko jedną osobę – Ciebie jako ubezpieczonego.
11. **Pakiet partnerski** – zakres podmiotowy ubezpieczenia, w którym oprócz Ciebie jako ubezpieczonego chronimy dodatkowo jednego współubezpieczonego.
12. **Pakiet rodzinny** – zakres podmiotowy ubezpieczenia, w którym oprócz Ciebie jako ubezpieczonego chronimy dodatkowo współubezpieczonych, bez względu na ich liczbę.
13. **Partner medyczny** – podmiot, z którym współpracujemy, który na nasze zlecenie organizuje dla Ciebie i udziela Świadczeń zdrowotnych w ramach umowy ubezpieczenia.
14. **Partner życiowy** – osoba fizyczna wskazana w deklaracji. Ta osoba:
  - 1) w dniu złożenia deklaracji pozostaje z Tobą jako ubezpieczonym w trwałym wspólnym pożyciu, co oznacza, że wspólnie prowadzicie gospodarstwo domowe, i
  - 2) w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 67 lat.

Możesz wskazać partnera życiowego, gdy przystępujesz do ubezpieczenia lub gdy ono już trwa. Raz w ciągu danego roku polisowego możesz wskazać innego partnera życiowego.
15. **Placówka medyczna** – podmiot, który wykonuje działalność leczniczą, w którym możesz zrealizować Świadczenia zdrowotne oraz osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje do udzielania Świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.
16. **Polisa** – dokument, który wystawiamy, żeby potwierdzić, że zawarliśmy umowę z ubezpieczającym.
17. **Portal pacjenta** – usługa zdalna, którą świadczy Partner medyczny. Masz do niej dostęp pod adresem internetowym, który wskazaliśmy w Katalogu świadczeń. W ramach tej usługi możesz m.in. umawiać i odwoływać wizyty, zobaczyć wizyty zarezerwowane i odbyte oraz mieć dostęp do innych jej funkcji, które udostępnił partner medyczny.
18. **Portal dla partnera** – system, z którego korzysta ubezpieczający. Ma on do niego dostęp pod adresem internetowym, który wskazaliśmy w Instrukcji użytkownika Portalu dla partnera. Może on w nim m.in. aktualizować listy ubezpieczonych.
19. **Refundacja** – zwrot poniesionych przez Ciebie kosztów Świadczeń zdrowotnych udzielonych Ci przez podmiot, który wykonuje działalność leczniczą, w którym możesz zrealizować Świadczenia zdrowotne znajdujący się poza Siecią świadczeniodawcy.
20. **Rocznica polisy** – każda kolejna rocznica daty początku okresu ubezpieczenia, którą określiliśmy w polisie.
21. **Rok polisowy** – każdy rok trwania umowy. Liczymy go od dnia początku bieżącego okresu ubezpieczenia do dnia, który poprzedza rocznicę polisy.
22. **Rozszerzenia zakresu Ubezpieczenia zdrowotnego** – rozszerzenie wariantu zakresu Ubezpieczenia zdrowotnego o dodatkowe świadczenia, gdy ubezpieczający opłaci dodatkową składkę. Ich wykaz znajdziesz w Katalogu świadczeń.

23. **Sieć świadczeniodawcy** – Placówki medyczne w Polsce, które na podstawie umowy zawartej z Partnerem medycznym realizują dla Ciebie świadczenia zdrowotne.
24. **Stosunek prawny** – stosunek pracy, jakim jest umowa o pracę, powołania, wyboru, mianowania albo inna umowa o świadczenie pracy. Może to być też inny stosunek prawny, który zaakceptowaliśmy.
25. **Świadczenia zdrowotne** – usługi medyczne, za które odpowiadamy a których wykonanie jest uzasadnione wskazaniami medycznymi.
26. **Ubezpieczony, Ty** – osoba fizyczna, która:
  - 1) przystąpiła do ubezpieczenia,
  - 2) w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 67 lat i
  - 3) pozostaje z ubezpieczającym w stosunku prawnym.
27. **Ubezpieczający** – ktoś, kto zawiera z nami umowę i zobowiązuje się opłacać składki oraz zatrudnia na podstawie umowy o pracę co najmniej 3 osoby. Może to być osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna, która nie ma osobowości prawnej, ale zgodnie z ustawą ma zdolność prawną.
28. **Umowa** – umowa ubezpieczenia, którą zawieramy z ubezpieczającym na jego wniosek na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia. Potwierdzamy ją polisą.
29. **Uposażony** – osoba, która ma prawo otrzymać świadczenie z tytułu Twojej jako ubezpieczonego śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
30. **Uzależnienie** – nabyta silna potrzeba, żeby wykonywać jakąś czynność lub zażywać jakąś substancję, uznana za zaburzenie w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych WHO ICD-10.
31. **Wariant zakresu Ubezpieczenia zdrowotnego** – zestaw usług medycznych, z których możecie skorzystać Ty, Twój współubezpieczony, gdy dojdzie do zdarzenia ubezpieczeniowego. Wybierasz go jako ubezpieczony spośród wariantów, które uzgodniliśmy z ubezpieczającym.
32. **Współubezpieczony** – Twój małżonek lub partner życiowy, lub dziecko, których objęliśmy ubezpieczeniem.
33. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – w zależności od zakresu ubezpieczenia jest to w:
  - 1) Ubezpieczeniu na wypadek śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku – nagłe zdarzenie niezależne od Twojej woli, wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które:
    - a) zaszło w okresie naszej odpowiedzialności i
    - b) jest wyłączną oraz bezpośrednią przyczyną Twojej śmierci.W tym zakresie ubezpieczenia chronimy tylko Ciebie jako ubezpieczonego. Nie chronimy współubezpieczonych;
  - 2) Ubezpieczeniu zdrowotnym – choroba lub stan zdrowia, które:
    - a) występują u Ciebie w okresie naszej odpowiedzialności,
    - b) mają związek z nieprawidłowym, według ogólnie uznanej wiedzy medycznej, stanem fizycznym lub psychicznym organizmu lub nieszczęśliwym wypadkiem i
    - c) uzasadniają wykonanie przez placówkę medyczną na Twoją rzecz świadczenia zdrowotnego, spośród tych, które znajdują się w Twoim wariantcie zakresu Ubezpieczenia zdrowotnego.

### Rozdział 3.

#### Zakres ubezpieczenia

##### jakie zdarzenia ubezpieczeniowe, za które odpowiadamy, możemy uwzględnić w umowie

1. Zdarzenia ubezpieczeniowe, za które odpowiadamy, określiliśmy w umowie. Jest to zakres ubezpieczenia.
2. Odpowiadamy za zdarzenia ubezpieczeniowe z zakresu ubezpieczenia, który wybiera ubezpieczający.
3. Ubezpieczenie „Generali, z myślą o zdrowiu pracowników” obejmuje łącznie następujące zakresy ubezpieczenia:
  - 1) Ubezpieczenie na wypadek śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku i
  - 2) Ubezpieczenie zdrowotne.

#### Warto wiedzieć

Ubezpieczenie na wypadek śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz Ubezpieczenie zdrowotne zawsze występują w umowie łącznie.

### Ubezpieczenie na wypadek śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku

#### Warto wiedzieć

W tym zakresie ubezpieczenia, kiedy zwracamy się na Ty, mamy na myśli tylko Ciebie jako ubezpieczonego.

### Rozdział 4.

#### Przedmiot i zakres ubezpieczenia

##### co zawiera ubezpieczenie

#### Warto wiedzieć

Ubezpieczenie na wypadek śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku uwzględnia tylko Ciebie jako ubezpieczonego. To oznacza, że nie mogą z niego skorzystać współubezpieczony.

1. Ubezpieczeniem obejmujemy tylko Ciebie jako ubezpieczonego. Nie obejmujemy nim współubezpieczonych.

2. Ubezpieczamy Twoje jako ubezpieczonego życie na wypadek śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku, do którego doszło w okresie naszej odpowiedzialności.

## Rozdział 5.

### Świadczenie ubezpieczeniowe

#### komu i na jakich zasadach wypłacamy pieniądze z ubezpieczenia

##### Warto wiedzieć

Suma ubezpieczenia to kwota, na podstawie której ustalimy wysokość świadczenia, jakie wypłacimy w razie Twojej śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku, gdy dojdzie do niego w okresie naszej odpowiedzialności. Określamy ją w umowie ubezpieczenia.

1. Jeżeli w ciągu 180 dni od nieszczęśliwego wypadku umrzesz wskutek tego wypadku, wypłacimy świadczenie z tytułu Twojej śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Wynosi ono tyle, ile suma ubezpieczenia, którą określiliśmy w umowie ubezpieczenia. Dostaje je uposażony.
2. Możesz wskazać jednego lub kilku uposażonych.
3. Uposażonego w każdej chwili możesz zmienić lub odwołać.
4. Świadczenia nie wypłacimy osobie, która umyślnie przyczyniła się do Twojej śmierci.
5. Jeżeli w chwili Twojej śmierci uposażony nie jest wskazany, nie żyje albo utracił prawo do świadczenia, bo umyślnie przyczynił się do Twojej śmierci, to świadczenie wypłacimy w następującej kolejności:
  - 1) małżonkowi – w całości;
  - 2) dzieciom – w równych częściach, jeśli nie masz małżonka;
  - 3) rodzicom – w równych częściach, jeśli nie masz małżonka ani dzieci;
  - 4) rodzeństwu – w równych częściach, jeśli nie masz małżonka, dzieci ani rodziców;
  - 5) innym ustawowym spadkobiercom – w pozostałych przypadkach.
6. Osoba, która zgłasza roszczenie, ma obowiązek złożyć nam wnioski o wypłatę świadczenia. Może to zrobić na dwa sposoby:
  - 1) przez elektroniczny formularz zgłoszenia roszczenia, który udostępniamy na [www.generali.pl](http://www.generali.pl);
  - 2) pocztą na adres naszej siedziby przy ul. Senatorskiej 18 w Warszawie (kod pocztowy: 00-082);
7. Osoba, która zgłasza roszczenie, ma obowiązek dostarczyć nam dokumenty, których potrzebujemy, aby ustalić zasadność roszczenia oraz związek pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a Twoją śmiercią. Są to:
  - 1) numer rachunku bankowego, na który mamy wypłacić świadczenie;
  - 2) kopia odpisu skróconego aktu Twojego zgonu;
  - 3) kopia karty zgonu, a jeżeli nie może jej uzyskać – dokumentacja medyczna, która potwierdza przyczynę śmierci;
  - 4) kopia protokołu powypadkowego (z komisji BHP, policji lub prokuratury), który potwierdza, że doszło do nieszczęśliwego wypadku, jeśli taki protokół spisano;
  - 5) inne dokumenty, o które poprosimy, niezbędne do tego, żebyśmy mogli stwierdzić zasadność roszczenia.

##### Warto wiedzieć

Osoba, która zgłasza roszczenie, to ktoś, kto zgłasza się do nas po wypłatę świadczenia. Najczęściej jest to uposażony.

8. Świadczenie wypłacamy w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy zawiadomienie o zdarzeniu. Jeśli w tym czasie nie możemy ustalić naszej odpowiedzialności, wypłacamy je w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności mogliśmy to zrobić.
9. Jeżeli świadczenie nie przysługuje osobie, która zgłasza roszczenie, powiadomimy ją o tym na piśmie. Wyjaśnimy przy tym, dlaczego jej go nie wypłacimy. Poinformujemy ją też, że może dochodzić roszczeń w sądzie.

## Ubezpieczenie zdrowotne

## Rozdział 6.

### Przystąpienie do ubezpieczenia

#### co zrobić, aby się ubezpieczyć

1. Każda osoba, która przystępuje do ubezpieczenia, składa ubezpieczającemu elektronicznie deklarację przystąpienia. Oświadcza w niej, że:
  - 1) chce skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w umowie;
  - 2) w dniu jej składania nie jest hospitalizowana i nie przebywa na 14-dniowym ani dłuższym zwolnieniu lekarskim lub zasiłku rehabilitacyjnym (ten warunek nie dotyczy osób, które kolejny raz przystępują do ubezpieczenia w dniu zawarcia umowy).
2. Do ubezpieczenia może przystąpić osoba, która w dniu złożenia deklaracji przystąpienia:
  - 1) pozostaje z ubezpieczającym w stosunku prawnym, który określiliśmy w umowie ubezpieczenia, i
  - 2) w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 67 lat – chociaż możemy zgodzić się, aby do ubezpieczenia przystąpiła osoba, która ma więcej niż 67 lat.
3. Ty jako ubezpieczony wskazujesz wariant zakresu Ubezpieczenia zdrowotnego spośród tych, które wybrał ubezpieczający.
4. Abyśmy objęli ubezpieczeniem Twojego małżonka, konieczne jest złożenie przez niego deklaracji przystąpienia oraz spełnienie poniższych warunków:
  - 1) jest z Tobą jako ubezpieczonym w związku małżeńskim i

- 2) w dniu objęcia ubezpieczeniem będzie mieć ukończone 18 lat i nie będzie mieć ukończonych 67 lat – chociaż możemy zgodzić się, aby do ubezpieczenia przystąpiła osoba, która ma więcej niż 67 lat.
5. Abyśmy objęli ubezpieczeniem Twojego partnera życiowego, konieczne jest złożenie przez niego deklaracji przystąpienia oraz spełnienie poniższych warunków:
  - 1) wspólnie z Tobą jako ubezpieczonym prowadzi gospodarstwo domowe i
  - 2) w dniu objęcia ubezpieczeniem będzie mieć ukończone 18 lat i nie będzie mieć ukończonych 67 lat – chociaż możemy zgodzić się, aby do ubezpieczenia przystąpiła osoba, która ma więcej niż 67 lat.
6. Abyśmy objęli ubezpieczeniem:
  - 1) pełnoletnie dziecko – konieczne jest złożenie przez dziecko deklaracji przystąpienia oraz spełnienie warunku, że w dniu objęcia ubezpieczeniem nie ukończyło ono 26 lat i uczęszcza do szkoły lub szkoły wyższej. Możemy zgodzić się, aby do ubezpieczenia przystąpiło dziecko, które ukończyło 18 lat i nie uczęszcza do żadnej szkoły ani uczelni lub ukończyło 26 lat i jeszcze uczęszcza do szkoły lub uczelni;
  - 2) niepełnoletnie dziecko – konieczne jest złożenie przez Ciebie jako ubezpieczonego deklaracji przystąpienia dziecka oraz spełnienie warunku, że w dniu objęcia ubezpieczeniem nie ukończyło ono 18 lat.Dotyczy dziecka Twojego jako ubezpieczonego, Twojego małżonka lub Twojego partnera życiowego.
7. Potrzebujemy Twojej jako ubezpieczonego zgody na to, aby ubezpieczający potrącił z Twojego wynagrodzenia składki za ubezpieczenie Ciebie jak i współubezpieczonego. Zgoda może dotyczyć składek za osoby, którym umożliwiłeś przystąpienie do ubezpieczenia a my je nim objęliśmy – w zależności od pakietu i wariantu oraz warunków umowy uzgodnionych z ubezpieczającym. Takiej zgody udzielasz w deklaracji przystąpienia.

## Rozdział 7.

### Przedmiot i zakres ubezpieczenia

#### co zawiera ubezpieczenie

1. W pakiecie indywidualnym ubezpieczamy Twoje zdrowie jako ubezpieczonego.
2. W pakiecie partnerskim ubezpieczamy dodatkowo zdrowie jednego współubezpieczonego.
3. W pakiecie rodzinnym ubezpieczamy dodatkowo zdrowie wszystkich współubezpieczonych.
4. Ubezpieczenie obejmuje zdarzenie ubezpieczeniowe, jakim są Twoja choroba, stan zdrowia lub nieszczęśliwy wypadek, z powodu których potrzebujesz skorzystać ze świadczeń zdrowotnych ze swojego wariantu zakresu Ubezpieczenia zdrowotnego. Choroba, stan zdrowia lub nieszczęśliwy wypadek muszą występować u Ciebie w okresie naszej odpowiedzialności.
5. Listę świadczeń zdrowotnych zamieściliśmy w Katalogu świadczeń.
6. Świadczenia zdrowotne realizujemy przez placówki medyczne, które należą do sieci świadczeniodawcy.
7. Aktualny wykaz placówek medycznych sprawdzisz:
  - 1) w Portalu pacjenta lub
  - 2) na infolinii.
8. Ubezpieczający może rozszerzyć zakres Ubezpieczenia zdrowotnego o dostępne w wybranym wariantcie rozszerzenia.
9. Uzgodnione z nami warianty i rozszerzenia zakresu Ubezpieczenia zdrowotnego potwierdzamy polisą.
10. Ubezpieczonych możemy objąć różnymi wariantami zakresu Ubezpieczenia zdrowotnego i pakietami ubezpieczenia w ramach umowy.
11. Zakres świadczeń zdrowotnych zależy od wariantu zakresu Ubezpieczenia zdrowotnego, który Ty jako ubezpieczony wybierasz spośród wariantów, które uzgodniliśmy z ubezpieczającym.
12. Ty jako ubezpieczony możesz umożliwić przystąpienie do ubezpieczenia współubezpieczonym, jeśli uzgodniliśmy to wcześniej z ubezpieczającym.
13. W pakiecie partnerskim oraz rodzinnym współubezpieczeni mają ten sam wariant zakresu Ubezpieczenia zdrowotnego co Ty jako ubezpieczony.

## Rozdział 8.

### Zmiana wariantu zakresu Ubezpieczenia zdrowotnego

#### Przystąpienie oraz rezygnacja współubezpieczonych w trakcie roku polisowego kiedy i jak możesz to zrobić

##### Warto wiedzieć

Ty jako ubezpieczony masz prawo zmienić wariant zakresu Ubezpieczenia zdrowotnego. Jeżeli Ty jako ubezpieczony zmienisz wariant zakresu Ubezpieczenia zdrowotnego, to automatycznie ta zmiana będzie dotyczyć również Twoich współubezpieczonych. Możesz zmienić wariant zakresu Ubezpieczenia zdrowotnego w ramach wariantów, które uzgodniliśmy z ubezpieczającym. Ty jako ubezpieczony możesz umożliwić przystąpienie do ubezpieczenia współubezpieczonym, jeśli uzgodniliśmy to wcześniej z ubezpieczającym. Jeżeli do ubezpieczenia przystąpi lub z niego zrezygnuje współubezpieczony, to automatycznie przypiszemy Ciebie i Twoich współubezpieczonych do właściwego pakietu. Te pakiety i warianty, które uzgodniliśmy z ubezpieczającym, potwierdziliśmy w umowie ubezpieczenia.

1. W rocznicę polisy masz prawo jako ubezpieczony zmienić wariant zakresu Ubezpieczenia zdrowotnego.
2. W dowolnym momencie obowiązywania umowy możesz umożliwić współubezpieczonemu przystąpienie do ubezpieczenia. Automatycznie zmienimy Twój pakiet:
  - 1) z indywidualnego na rodzinny lub partnerski albo
  - 2) z partnerskiego na rodzinny.
3. Wyłącznie w rocznicę polisy możesz zgłosić rezygnację współubezpieczonego z ubezpieczenia. Automatycznie zmienimy Twój pakiet:
  - 1) z rodzinnego lub partnerskiego na indywidualny lub

- 2) z rodzinnego na partnerski.  
Wyjątkiem są sytuacje, które opisaliśmy w następnym punkcie.
4. W określonych sytuacjach możesz w dowolnym czasie zgłosić rezygnację współubezpieczonego z ubezpieczenia. Automatycznie zmienimy Twój pakiet:
  - 1) z rodzinnego lub partnerskiego na indywidualny lub
  - 2) z rodzinnego na partnerski.
 Te sytuacje to:
  - a) śmierć współubezpieczonego,
  - b) rozwiązanie związku małżeńskiego lub ustanie partnerstwa między Tobą jako ubezpieczonym a Twoim partnerem życiowym,
  - c) rozwiązanie przysposobienia.
5. Możemy poprosić Cię o dokumenty niezbędne do potwierdzenia, że wystąpiło zdarzenie, które upoważnia Cię do zgłoszenia rezygnacji współubezpieczonego z ubezpieczenia (zob. ust. 4).
6. Zmiana wariantu zakresu Ubezpieczenia zdrowotnego (zob. ust. 1) lub pakietu ubezpieczenia (zob. ust. 2, 3 i 4) obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca, jeżeli ubezpieczający:
  - 1) do 20. dnia miesiąca przed pierwszym miesiącem, w którym ma obowiązywać zmiana, przekazał nam przez Portal dla partnera dane osób, których dotyczą zmiany, oraz zakres zmian, oraz
  - 2) do 25. dnia miesiąca przed pierwszym miesiącem, w którym ma obowiązywać zmiana, przekazał nam składkę w wymaganej wysokości.

## Rozdział 9.

### Świadczenie ubezpieczeniowe

#### kiedy i na jakich zasadach skorzystasz ze świadczeń zdrowotnych

1. Jeśli z powodu choroby, nieszczęśliwego wypadku lub stanu zdrowia potrzebujesz skorzystać ze świadczeń zdrowotnych, organizujemy je i pokrywamy ich koszty.
2. W wiadomości, którą przesyłamy Ci elektronicznie, wskazujemy dzień, od którego możesz korzystać ze świadczeń zdrowotnych. Jest to początek naszej odpowiedzialności. Dostajesz też od nas instrukcję założenia konta oraz logowania się do Portalu pacjenta.
3. Aby założyć indywidualne konto na Portalu pacjenta i móc korzystać z tego konta, funkcji tej usługi oraz realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia, musisz zaakceptować Regulamin Portalu pacjenta. Zaakceptujesz go podczas zakładania indywidualnego konta na Portalu pacjenta. Indywidualne konto na Portalu pacjenta może założyć tylko osoba pełnoletnia.
4. W Portalu pacjenta możesz m.in.:
  - 1) umawiać, odwoływać lub zmieniać terminy realizacji świadczeń zdrowotnych;
  - 2) sprawdzać historię swoich konsultacji i badań.
 Dostęp do Twojego konta na Portalu pacjenta będzie możliwy do 3 lat po zakończeniu okresu naszej odpowiedzialności. Możemy zdecydować o skróceniu tego okresu, a jeśli to zrobimy – poinformujemy Cię o tym.
5. Aby skorzystać ze świadczenia zdrowotnego:
  - 1) umawiasz jego termin przez Portal pacjenta, a gdy nie możesz tego zrobić w ten sposób – przez infolinię;
  - 2) w uzgodnionym terminie zgłaszasz się do placówki medycznej i okazujesz:
    - a) dokument, który potwierdza Twoją tożsamość, czyli:
      - dowód osobisty lub inny dokument tożsamości ze zdjęciem – jeśli masz polskie obywatelstwo, albo
      - paszport lub kartę pobytu – jeśli nie masz polskiego obywatelstwa, oraz
    - b) kod weryfikacyjny, który wysłaliśmy Ci SMS-em lub e-mailem.
  - 3) jeżeli ubezpieczający, zawierając z nami umowę, zdecydował się na rozszerzenie Twojego zakresu Ubezpieczenia zdrowotnego o refundację, to:
    - a) umówisz termin poza siecią świadczeniodawcy bez pośrednictwa Portalu pacjenta i infolinii, jeśli nie zechcesz skorzystać z organizacji usług medycznych w sieci świadczeniodawcy,
    - b) w ramach refundacji możesz ubiegać się o zwrot poniesionych kosztów pod warunkiem, że są objęte Twoim wariantem zakresu Ubezpieczenia zdrowotnego. Poniesione koszty zwrócimy:
      - w przypadku refundacji cennikowej – do kwoty, którą określiliśmy dla danego Świadczenia zdrowotnego w „Cenniku usług medycznych”, który jest załącznikiem do polisy. Kwota zwrotu nie będzie wyższa od kwoty na fakturze/rachunku;
      - w przypadku refundacji procentowej – do limitu refundacji w danym okresie refundacji jako procent kwoty z faktury – zgodnie z umową;
 Szczegółowy opis oraz rodzaj refundacji, którą masz w zakresie ubezpieczenia, znajdziesz w załączniku do umowy o nazwie Refundacja, o ile umowa, którą zawarł z nami ubezpieczający, uwzględnia świadczenia w ramach refundacji.
      - c) wypłacimy Ci zwrot w ramach refundacji, gdy przekażesz nam przez Portal pacjenta:
        - wniosek o wypłatę świadczenia w formie pieniężnej (wniosek refundacyjny);
        - imienną fakturę, która zawiera: Twoje imię i nazwisko, nazwę wykonanej usługi medycznej, liczbę wykonanych usług medycznych danego typu, cenę usługi medycznej, datę realizacji usługi medycznej, skierowanie lekarskie, gdy korzystasz z badań lub zabiegów rehabilitacyjnych, numer konta bankowego, na które mamy przekazać zwrot kwoty refundacji, gdy uznamy roszczenie;
        - inne dokumenty niezbędne do stwierdzenia, że wypłata świadczenia jest zasadna – tylko na nasze życzenie;
      - d) zwrotu poniesionych kosztów dokonamy w ciągu 30 dni od dnia, w którym zawiadomisz nas o zdarzeniu. Jeśli w tym czasie nie będziemy mogli ustalić naszej odpowiedzialności, wypłacimy je w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności mogliśmy to zrobić. Jeśli do części kwoty nie było żadnych wątpliwości, wypłacimy ją do 30 dni od otrzymania wniosku;
      - e) jeżeli świadczenie Ci nie przysługuje, poinformujemy Cię o tym elektronicznie lub na piśmie. Wyjaśnimy, dlaczego go nie wypłacimy. Poinformujemy Cię też, że możesz dochodzić roszczeń na drodze sądowej;
      - f) nie zwrócimy Ci kosztów leczenia w ramach refundacji, jeżeli:
        - usługi medycznej nie masz w zakresie swojego wariantu Ubezpieczenia zdrowotnego,
        - w przypadku refundacji cennikowej usługi medycznej nie ma w „Cenniku usług medycznych”,
        - w przypadku refundacji procentowej wyczerpał się obowiązujący limit refundacji wskazany w umowie,
        - usługę medyczną zrealizowała placówka medyczna z sieci świadczeniodawcy,
        - na świadczenie zdrowotne jest zniżka w ramach wariantu zakresu Ubezpieczenia zdrowotnego, z którego korzystasz,

- wykorzystałeś swój limit na świadczenia zdrowotne,
- usługa medyczna została zrealizowana poza terytorium Polski,
- nie przekażesz nam dokumentów, których wymagamy (zob. ust. 5, pkt 3 ppkt c).

#### Warto wiedzieć

Refundacja jest dodatkowym rozszerzeniem Ubezpieczenia zdrowotnego, o którym decyduje ubezpieczający podczas zawierania umowy ubezpieczenia. Aby dowiedzieć się, czy Twoje Ubezpieczenie zdrowotne obejmuje refundację, sprawdź polisę. Szczegóły limitów obowiązujących w ramach danego rodzaju refundacji, wskazane są w załączniku do polisy.

6. Umożliwiamy Ci dostęp do świadczeń zdrowotnych zgodnie z Twoim wariantem zakresu Ubezpieczenia zdrowotnego oraz w placówce medycznej, którą wskazujemy.
7. Możesz zasugerować:
  - 1) lokalizację placówki;
  - 2) termin konsultacji lub
  - 3) nazwisko lekarza.
8. Na realizację świadczeń zdrowotnych w placówce medycznej, którą wskazaliśmy, czekasz od 2 do 14 dni, w zależności od świadczenia. W tabeli poniżej znajdziesz szczegóły.

Maksymalny czas oczekiwania	Świadczenie	Wyjątki
24 godziny (od momentu zgłoszenia zapotrzebowania na Infolinii lub do 2 dni roboczych, jeżeli termin konsultacji przypada w dzień ustawowo wolny od pracy)	konsultacja lekarza podstawowej opieki zdrowotnej: internisty, lekarza rodzinnego oraz pediatry	
5 dni roboczych	konsultacja: chirurga ogólnego, dermatologa, diabetologa, endokrynologa, ginekologa, kardiologa, otolaryngologa, okulisty, neurologa, urologa, ortopedy	
14 dni roboczych	konsultacja: alergologa, androloga, angiologa, gastrologa, kardiochirurga, neurochirurga, torakochirurga, chirurga naczyniowego, chirurga onkologa, chirurga plastycznego, chirurga szczękowo-twarzowego, reumatologa, hepatologa, ginekologa onkologa, hematologa, geriatry, genetyka, hipertensjologa, psychologa, psychiatry, nefrologa, onkologa, proktologa, radiologa, dietetyka, immunologa, lekarza medycyny podróży (medycyny tropikalnej), lekarza medycyny sportowej, lekarza medycyny nuklearnej, lekarza balneologa i medycyny fizykalnej, foniatri, flebologa, pulmonologa, neonatologa, wenerologa, lipidologa, toksykologa, patomorfologa, seksuologa, logopedy, transplantologa, lekarza chorób zakaźnych, chirurga urazowego, traumatologa	na konsultacje profesorskie oraz konsultacje dla dziecka do 15. roku życia możesz czekać dłużej, zależnie od dostępności danego specjalisty w danej lokalizacji
5 dni roboczych	badania laboratoryjne	
14 dni roboczych	diagnostyka obrazowa: RTG, USG, tomograf i rezonans	

9. Terminy, które określiliśmy w poprzednim punkcie, nie obowiązują, jeśli realizujemy dla Ciebie świadczenie zgodnie z Twoimi sugestiami (zob. ust. 7). Ustalamy je wtedy indywidualnie. Zależą one od dostępności danego świadczenia zdrowotnego.
10. Jeżeli nie możesz skorzystać ze świadczenia zdrowotnego w umówionym terminie, masz obowiązek poinformować nas o tym najpóźniej 4 godziny przed tym terminem. Możesz wtedy zmienić lub odwołać termin. Zrobisz to:
  - 1) przez Portal pacjenta lub
  - 2) na infolinii.
11. Mogą się zdarzyć obiektywne, niezależne od nas okoliczności, przez które współpracująca z nami placówka medyczna nie będzie mogła zrealizować dla Ciebie świadczenia zdrowotnego zgodnie z warunkami wskazanymi w ust. 8. Uzgodnimy z Tobą nowy sposób zrealizowania tego świadczenia i pokryjemy koszty świadczeń zdrowotnych, które będą wykonane przez inną placówkę medyczną.

#### Warto wiedzieć

Jeżeli nie zasugerowałeś terminu i miejsca Twoich świadczeń zdrowotnych, będziesz czekać na:

- konsultację lekarza internisty, lekarza rodzinnego oraz pediatry – do 2 dni roboczych;
- konsultację chirurga ogólnego, dermatologa, diabetologa, endokrynologa, ginekologa, kardiologa, otolaryngologa, okulisty, neurologa, urologa, ortopedy – do 5 dni roboczych;
- konsultację lekarzy pozostałych specjalizacji – do 14 dni roboczych;
- badania laboratoryjne – do 5 dni roboczych;
- badania z zakresu diagnostyki obrazowej – do 14 dni roboczych.

## Rozdział 10.

### Wyłączenia odpowiedzialności

#### kiedy nasze ubezpieczenie nie działa

1. Nie realizujemy świadczeń zdrowotnych, jeżeli potrzebujesz ich do:
  - 1) leczenia niepłodności;
  - 2) leczenia uzależnień;
  - 3) ratowania życia, zwłaszcza w sytuacjach, w których świadczeń udziela pogotowie ratunkowe.
2. Nie wypłacimy świadczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeżeli:
  - 1) ochrona ubezpieczeniowa lub wypłata świadczenia naraziłaby nas na konsekwencje związane z nieprzebraniem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do umowy ubezpieczenia, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron umowy ubezpieczenia, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać wypłacone świadczenie;
  - 2) śmierć nastąpiła wskutek wojny, działań wojennych lub stanu wojennego;
  - 3) śmierć nastąpiła wskutek aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
  - 4) śmierć nastąpiła w związku ze spożyciem alkoholu, narkotyków lub substancji psychotropowych niezaleconych przez lekarza, środków odurzających lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii.

## Postanowienia wspólne

## Rozdział 11.

### Zawarcie umowy

#### jak przebiega i od czego zależy

1. Przed zawarciem umowy doręczamy ubezpieczającemu OWU i dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym (kartę produktu).
2. Ubezpieczający przekazuje nam:
  - 1) wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na naszym formularzu elektronicznym – podaje w nim wszystkie informacje, których wymagamy, oraz składa oświadczenie woli zawarcia umowy ubezpieczenia, co oznacza, że zgadza się zawrzeć umowę;
  - 2) dane osób, które przystępują do umowy w zakresie Ubezpieczenia zdrowotnego oraz Ubezpieczenia na wypadek śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku – podaje je przez Portal dla partnera dla co najmniej takiej liczby ubezpieczonych, jaką uzgodnił z nami i jaką wskazał we wniosku;
  - 3) inne dokumenty lub informacje, o które poprosimy.
3. Ubezpieczający powinien złożyć dokumenty do zawarcia umowy w terminie do 10. dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym rozpoczyna się okres naszej odpowiedzialności, lub w innym terminie który ustaliliśmy.
4. Możemy nie zaakceptować wniosku ubezpieczającego i odmówić zawarcia umowy. Jeśli tak się stanie, poinformujemy go o tym. Możemy też zaproponować zawarcie umowy na innych warunkach niż wnioskowane. Możemy tak zrobić m.in., gdy ubezpieczający pozyskał mniej deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia zdrowotnego niż wcześniej z nami uzgodnił i potwierdził we wniosku (zob. rozdział 11, ust. 2, pkt 2).
5. Umowę ubezpieczenia zawieramy z chwilą, w której akceptujemy wniosek ubezpieczającego. Kiedy zawrzemy tę umowę, prześlemy ubezpieczającemu polisę. Potwierdzimy w niej datę początku ochrony ubezpieczeniowej i warunki umowy. Dokumenty prześlemy e-mailem na adres wskazany nam przez ubezpieczającego.
6. Na umowę składają się:
  - 1) wniosek o zawarcie umowy;
  - 2) OWU z załącznikami;
  - 3) polisa;
  - 4) każdy inny dokument, który zaakceptowaliśmy jako część umowy.

### Warto wiedzieć

Warunki Twojego ubezpieczenia określiliśmy nie tylko w OWU, ale również w innych dokumentach, które uzgodniliśmy z ubezpieczającym.

7. Umowę zawieramy na rok. Liczymy go od pierwszego dnia ochrony. Ten dzień potwierdzamy w umowie ubezpieczenia.
8. Mamy prawo nie zgodzić się na Twoje przystąpienie do ubezpieczenia. W takiej sytuacji o braku zgody poinformujemy Cię za pośrednictwem ubezpieczającego.
9. Jeżeli podasz w deklaracji przystąpienia nieprawdziwe informacje, które wpłyną na to, że obejmemy Cię ubezpieczeniem, możemy odmówić realizacji świadczenia przez 3 lata. Ten okres będziemy liczyć od momentu, w którym zaczęliśmy Cię ubezpieczać.
10. Możemy uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od tego, czy ubezpieczający:
  - 1) dostarczył nam dokumenty, o które prosiliśmy, lub
  - 2) udzielił nam informacji, których potrzebujemy, aby ocenić ryzyko ubezpieczeniowe.
11. Gdy ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia dla Ciebie, ma obowiązek, zanim przystąpisz do umowy ubezpieczenia:
  - 1) doręczyć Ci OWU i pozostałą dokumentację ubezpieczeniową oraz
  - 2) poinformować Cię o Twoich prawach i obowiązkach, które wynikają z tej umowy.

- Ubezpieczający nie musi doręczać Ci OWU i pozostałej dokumentacji ubezpieczeniowej, jeżeli wskażesz nam swój adres e-mail i zgodzisz się, abyśmy to my przekazali Ci te dokumenty e-mailem lub na innym trwałym nośniku. Takiej zgody możesz nam udzielić tylko wtedy, gdy po otrzymaniu dokumentów możesz je przechowywać i odtwarzać w niezmienionej postaci przez czas odpowiedni do celów, jakim one służą.
12. Nie odpowiadamy za skutki okoliczności, o których Ty lub ubezpieczający nie poinformowaliście nas zgodnie z prawdą (zob. ust. 9 i 10). Jeśli zrobiliście to celowo, w razie wątpliwości przyjmujemy, że zdarzenie ubezpieczeniowe z umowy ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem tych okoliczności.
  13. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia poinformujemy ubezpieczającego o różnicy między treścią umowy i OWU. Gdy tego nie zrobimy, nie będziemy mogli powoływać się na różnicę niekorzystną dla ubezpieczającego.
  14. Jeżeli postanowienia umowy ubezpieczenia odbiegają na niekorzyść ubezpieczającego od treści oferty, pisemnie informujemy go o tym, kiedy doręczamy mu umowę. Informujemy go też, że ma on prawo zgłosić nam sprzeciw w ciągu 7 dni od otrzymania tej informacji. Jeśli tego nie zrobi, uważamy umowę ubezpieczenia za zawartą zgodnie z treścią polisy następnego dnia po upływie terminu na złożenie sprzeciwu.

## Rozdział 12.

### Zawarcie kolejnej umowy

#### jakie są zasady

1. Po roku możemy zaproponować ubezpieczającemu kolejną umowę. Składamy mu wtedy propozycję zawarcia umowy na kolejny rok polisowy. Przesyłamy mu ją na piśmie lub e-mailem najpóźniej 30 dni przed końcem umowy.
2. Ubezpieczający ma obowiązek poinformować Cię o:
  - 1) wysokości składki za kolejny rok polisowy – powinien to zrobić w terminie, który pozwoli Ci zdecydować o kontynuowaniu ubezpieczenia;
  - 2) zmianie zakresu ubezpieczenia – powinien to zrobić:
    - a) zanim zgodzi się na zmianę,
    - b) w terminie, który pozwoli Ci zapoznać się ze zmianą i zdecydować o kontynuowaniu ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający zobowiązuje się, że w razie zmiany warunków umowy – zanim się na nie zgodzi – poinformuje Cię o ich zakresie.
4. Potrzebujemy Twojego upoważnienia, którego udzielasz ubezpieczającemu. Zgadzasz się w nim, żeby ubezpieczający zdecydował o zmianach ubezpieczenia. Upoważnienia udzielasz w deklaracji przystąpienia.

## Rozdział 13.

### Okres ochrony ubezpieczeniowej

#### kiedy nasze ubezpieczenie działa

1. Twoja ochrona rozpoczyna się 1. dnia miesiąca po tym, jak ubezpieczający spełnił następujące warunki:
  - 1) do 25. dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym rozpoczyna się okres naszej odpowiedzialności, przekazał nam za Ciebie należną składkę;
  - 2) do 20. dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym rozpoczyna się okres naszej odpowiedzialności, przekazał nam przez Portal dla partnera Twoje dane;
  - 3) przekazał nam dokumenty, o które prosiliśmy.
 Ochrona może rozpocząć się też 1. dnia innego miesiąca, który uzgodniliśmy z ubezpieczającym, jeśli spełnił on te warunki.
2. Datę początku Twojej ochrony potwierdzamy w e-mailu, który przesyłamy Ci na adres wskazany w deklaracji.
3. Ochrona wszystkich osób ubezpieczonych, także Twoja, kończy się:
  - 1) z dniem doręczenia nam oświadczenia ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy;
  - 2) z dniem rozwiązania umowy za porozumieniem stron;
  - 3) z upływem okresu wypowiedzenia umowy;
  - 4) z ważnych powodów, m.in. dlatego, że liczba ubezpieczonych zmniejszyła się o więcej niż 5 proc. w stosunku do liczby, którą uzgodniliśmy z ubezpieczającym i która wynika z umowy (zob. rozdział 11, ust. 2, pkt 2 oraz rozdział 15, ust. 4). W takiej sytuacji ochrona kończy się z upływem okresu, za który ubezpieczający przekazał nam ostatnią składkę, zanim zmniejszyła się liczba ubezpieczonych;
  - 5) w razie zaległości w opłacie składki – z ostatnim dniem miesiąca po miesiącu, za który ubezpieczający opłacił ostatnią należną składkę (zob. rozdział 17, ust. 15).
4. Twoja ochrona jako ubezpieczonego kończy się:
  - 1) w zakresie Ubezpieczenia zdrowotnego oraz Ubezpieczenia na wypadek śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku – z upływem okresu, za który ubezpieczający przekazał nam za Ciebie składkę, jeśli rezygnujesz z ubezpieczenia. Uwzględniamy tu terminy na:
    - a) zgłoszenie zmiany – 20. dzień miesiąca przed zmianą i
    - b) zapłatę składki – 25. dzień miesiąca przed zmianą (zob. rozdział 8, ust. 6);
  - 2) z upływem okresu, za który ubezpieczający przekazał nam za Ciebie składkę, jeżeli w tym okresie ustał stosunek prawny między Tobą jako ubezpieczonym a ubezpieczającym. W ust. 6 opisujemy sytuację, w której tę ochronę możemy przedłużyć;
  - 3) w dniu Twojej śmierci.
5. Twoja ochrona jako współubezpieczonego kończy się:
  - 1) w dniu, w którym przestajemy chronić ubezpieczonego;
  - 2) z upływem okresu, za który ubezpieczający przekazał nam za Ciebie składkę, jeśli rezygnujesz z ubezpieczenia. Uwzględniamy tu terminy na:
    - a) zgłoszenie zmiany – 20. dzień miesiąca przed zmianą i
    - b) zapłatę składki – 25. dzień miesiąca przed zmianą (zob. rozdział 8, ust. 6);
  - 3) w rocznicę polisy przypadającą w roku kalendarzowym, w którym dziecko kończy:
    - a) 18 lat – gdy nie uczęszcza do szkoły ani uczelni oraz
    - b) 26 lat – gdy uczęszcza do szkoły lub uczelni (zob. rozdział 2, ust. 2);
  - 4) z upływem okresu, za który ubezpieczający przekazał nam składkę, gdy powiadomił nas o rozwiązaniu małżeństwa lub ustaniu partnerstwa, lub rozwiązania przysposobienia. Uwzględniamy tu terminy na:
    - a) zgłoszenie zmiany – 20. dzień miesiąca przed zmianą i
    - b) zapłatę składki – 25. dzień miesiąca przed zmianą (zob. rozdział 8, ust. 6);

- 5) w dniu Twojej śmierci.
6. Możemy przedłużyć ochronę o 1 miesiąc po ustaniu stosunku prawnego między Tobą jako ubezpieczonym a ubezpieczającym, pod warunkiem, że ubezpieczający opłacił za Ciebie składkę za ten miesiąc.

## Rozdział 14.

### Odstąpienie od umowy

#### kiedy ubezpieczający może zrezygnować z umowy lub od niej odstąpić

1. Jeśli ubezpieczający jest osobą fizyczną, może odstąpić od umowy w ciągu 30 dni od dnia jej zawarcia, a jeśli jest przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni od jej zawarcia. W obu przypadkach powinien przesłać nam oświadczenie o odstąpieniu.
2. Jeżeli ubezpieczający odstąpi od umowy, zwrócimy mu wpłaconą składkę. Pomniejszymy ją o kwotę należną nam za okres, w którym udzielaliśmy ochrony.

## Rozdział 15.

### Wypowiedzenie umowy

#### kiedy i w jaki sposób umowa się rozwiązuje

1. Umowa się rozwiąże, gdy:
  - 1) wypowie ją ubezpieczający – z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia;
  - 2) upływie okres, na który została zawarta, i jej nie przedłużyliśmy (zob. rozdział 12).
2. Jeżeli zawarliśmy z ubezpieczającym umowę ubezpieczenia na czas określony, możemy ją wypowiedzieć jedynie:
  - 1) w przypadkach wskazanych w ustawie;
  - 2) z ważnego powodu – ze skutkiem natychmiastowym; ważne powody to zaległości w opłacaniu składek lub zmniejszenie się liczby ubezpieczonych w stosunku do liczby, którą uzgodniliśmy z ubezpieczającym (zob. ust. 3 i 4 poniżej oraz rozdział 13, ust. 3, pkt 4);
  - 3) jeśli ubezpieczający nie opłacił składki albo jej pierwszej raty, gdy nasza ochrona nie działa, zanim jej nie opłaci.
3. Uznamy umowę za wypowiedzianą przez ubezpieczającego, jeśli zalega on z zapłatą składki za wszystkie ubezpieczone osoby. Umowę rozwiążemy z upływem jednego miesiąca, który liczymy od końca okresu, za który ubezpieczający opłacił ostatnią należną składkę (zob. rozdział 17, ust. 15).
4. Możemy wypowiedzieć umowę, jeśli liczba ubezpieczonych zmniejszy się o więcej niż 5 proc. w stosunku do liczby, którą uzgodniliśmy z ubezpieczającym i która wynika z zapisów umowy (zob. rozdział 11, ust. 2, pkt 2). Umowa rozwiązuje się z upływem okresu, za który ubezpieczający przekazał nam ostatnią składkę, zanim zmniejszyła się liczba ubezpieczonych.
5. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w dowolnym momencie bez podawania przyczyny z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia. Okres wypowiedzenia rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca po miesiącu, w którym otrzymaliśmy oświadczenie o wypowiedzeniu.
6. Jeśli ubezpieczający wypowie umowę, zwrócimy mu składkę za niewykorzystany okres odpowiedzialności.

## Rozdział 16.

### Obowiązki ubezpieczającego, nasze i Twoje

#### do czego zobowiązuje umowa

1. Ubezpieczający powinien przekazywać nam wszystkie dane i wykonywać umowę, a przede wszystkim:
  - 1) informować nas o zmianach danych osobowych oraz teleadresowych – Twoich, uposażonych oraz swoich;
  - 2) przekazywać nam dane osób, które przystępują do umowy i rezygnują z ochrony;
  - 3) wyznaczyć osobę odpowiedzialną za wykonywanie umowy oraz poinformować Ciebie i nas, że wyznaczył taką osobę lub ją zmienił;
  - 4) terminowo opłacać składki za wszystkie osoby, które przystąpiły do umowy, także za Ciebie;
  - 5) odpowiadać zgodnie z prawdą i posiadaną wiedzą na pytania we wniosku i innych dokumentach,
  - 6) przekazywać nam aktualną liczbę zatrudnionych.
2. Ubezpieczający do 20. dnia miesiąca powinien przekazać nam przez Portal dla partnera dane osób, które przystępują do umowy. Jeśli to zrobi w tym terminie, okres naszej odpowiedzialności rozpocznie się 1. dnia kolejnego miesiąca. Jeśli nie dotrzyma tego terminu, nasza ochrona rozpocznie się 1. dnia następnego miesiąca.
3. Ubezpieczający najpóźniej do 20. dnia miesiąca powiadamia nas przez Portal dla partnera o zmianach w wykazie osób ubezpieczonych od kolejnego miesiąca. Jeżeli nie otrzymamy zgłoszenia zmian, uznajemy, że wykaz osób z ostatniego miesiąca się nie zmienia.
4. Ubezpieczający przekazuje Ci warunki umowy ubezpieczenia, w tym OWU, zanim przystąpisz do ubezpieczenia oraz zanim zgodzisz się finansować składkę.
5. Ubezpieczający powinien informować Cię o:
  - 1) zmianie warunków umowy oraz ich wpływie na świadczenia. Ubezpieczający powinien to zrobić, zanim zgodzi się na zmianę;
  - 2) świadczeniach, które przysługują Ci na podstawie umowy. Jeżeli świadczenia się zmieniają w trakcie obowiązywania umowy, ubezpieczający powinien przekazać Ci tę informację niezwłocznie po tym, jak otrzyma ją od nas;
  - 3) zmianie sumy ubezpieczenia, jeśli zgodnie z umową wysokość Twojego świadczenia ustalamy na podstawie sumy ubezpieczenia – ubezpieczający powinien przekazać Ci tę informację niezwłocznie po tym, jak otrzyma ją od nas.
6. Masz prawo żądać, abyśmy:
  - 1) udzielił Ci informacji o postanowieniach umowy i OWU w zakresie, w jakim dotyczą Twoich praw i obowiązków, przede wszystkim:
    - a) jak opłacać składkę ubezpieczeniową,
    - b) na czym polega Twoje ubezpieczenie, jakie są jego warunki, kiedy ono nie działa i z jakich przyczyn możemy odmówić realizacji świadczenia;
  - 2) prawidłowo i terminowo wypełniali nasze obowiązki (zob. ust. 14) oraz przestrzegali przepisów prawa. Nasze obowiązki wynikają głównie z przepisów kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

7. Możesz bez podawania przyczyny w każdej chwili zrezygnować z Ubezpieczenia zdrowotnego oraz Ubezpieczenia na wypadek śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Ponownie możesz przystąpić do ubezpieczenia tylko w rocznicę polisy lub później. Twoja rezygnacja z ubezpieczenia oznacza też rezygnację z ubezpieczenia współubezpieczonych.
8. Masz obowiązek informować nas i ubezpieczającego o zmianach danych z deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia – Twoich, współubezpieczonych i uposażonych.
9. Abyśmy mogli realizować umowę, potrzebujemy Twojej zgody na kontakt e-mailowy i telefoniczny. Udzielasz jej w deklaracji przystąpienia. W związku z tym masz obowiązek podać nam swój numer telefonu i adres e-mail oraz każdorazowo informować nas i ubezpieczającego o zmianach tych danych.
10. Ubezpieczający i Ty macie obowiązek poinformować nas zgodnie z prawdą o wszystkich znanych Wam okolicznościach, o które pytamy we wniosku (w tym formularzach) lub innych pismach przed zawarciem umowy. Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, jest to też obowiązek przedstawiciela i dotyczy dodatkowo jemu znanych okoliczności. W czasie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczający i Ty macie obowiązek zgłaszać zmiany tych okoliczności niezwłocznie po tym, jak się o nich dowiecie.
11. Ubezpieczający i Ty macie obowiązek przekazać nam wszystkie informacje, których potrzebujemy, aby stwierdzić uprawnienia do otrzymania świadczenia.
12. Abyśmy mogli realizować umowę, potrzebujemy akceptacji przez Ciebie niezbędnych oświadczeń oraz wyrażenia przez Ciebie zgód określonych i wymaganych w deklaracji przystąpienia. Akceptacji tych oświadczeń i zgód udzielasz w deklaracji przystąpienia.
13. Zanim przekażesz nam swoje dane osobowe, masz obowiązek zapoznać się z klauzulą informacyjną, która dotyczy przetwarzania danych osobowych, i to potwierdzić.
14. Mamy obowiązek:
  - 1) przeprowadzić analizę potrzeb ubezpieczającego;
  - 2) doręczyć ubezpieczającemu OWU oraz pozostałą dokumentację ubezpieczeniową, zwłaszcza ustandaryzowany dokument z informacjami o ubezpieczeniu – zanim zawrzemy z nim umowę;
  - 3) doręczyć ubezpieczającemu polisę;
  - 4) prawidłowo i terminowo wykonywać obowiązki przewidziane w umowie oraz przepisach prawa;
  - 5) informować ubezpieczającego o zmianie warunków umowy i o tym, jak one wpłyną na wartość lub zakres świadczeń w ramach umowy – zanim zgodzi się on na takie zmiany;
  - 6) przekazywać na Twoje żądanie informacje o dokumentach, których potrzebujemy od osoby, która zgłasza roszczenie (zob. pkt 8);
  - 7) informować ubezpieczającego lub Ciebie o tym, że doszło do zdarzenia objętego naszą odpowiedzialnością, jeżeli zgłosiła je nam osoba trzecia;
  - 8) informować osobę, która zgłasza roszczenie, jakich dokumentów potrzebujemy, jeśli nie możemy go rozpatrzyć bez nich;
  - 9) informować osobę, która zgłasza roszczenie, oraz Ciebie, jeśli to nie Ty je zgłaszasz, dlaczego nie możemy zrealizować świadczenia w całości lub części w przewidzianym terminie, oraz wypłacić bezsporną część świadczenia;
  - 10) informować osobę, która zgłasza roszczenie, oraz Ciebie, jeśli to nie Ty je zgłaszasz, że świadczenie jej lub Tobie nie przysługuje w całości lub części, wskazać okoliczności i podstawę prawną, które to uzasadniają, i pouczyć Was o możliwości dochodzenia roszczeń w sądzie;
  - 11) udostępniać ubezpieczającemu, Tobie, osobie, która zgłasza roszczenie, osobie, która ma prawo żądać spełnienia świadczenia, oraz Twojemu spadkobiercy, który zawiadomił nas o zdarzeniu, informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie naszej odpowiedzialności lub wysokość świadczenia. Na prośbę tych osób możemy udostępnić informacje i dokumenty również w postaci elektronicznej;
  - 12) udostępniać na prośbę ubezpieczającego lub Twoją:
    - a) informację o oświadczeniach, które złożyliście na etapie zawierania umowy lub przystępowania do ubezpieczenia, lub
    - b) kopie przygotowanych wtedy dokumentów.
15. Potrzebujemy zgody ubezpieczającego, żeby doręczać mu całą dokumentację umowy oraz korespondencję w trakcie trwania umowy na adres e-mail, który nam wskazał.
16. Nie świadczymy ochrony i nie wypłacimy świadczenia w zakresie, w jakim naraziłoby nas to na konsekwencje związane z tym, że nie przestrzegamy:
  - 1) rezolucji ONZ lub
  - 2) regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Polski lub innych krajów oraz
  - 3) aktów prawnych wydanych przez organizacje międzynarodowe.
 Dotyczy to sytuacji, gdy te regulacje mają zastosowanie do przedmiotu naszej umowy.

## Rozdział 17.

### Składka

#### jak ustalamy jej wysokość i jak ją opłacać

1. Składkę może finansować w całości ubezpieczający lub Ty jako ubezpieczony albo w części ubezpieczający i w części Ty jako ubezpieczony.
2. Składkę obliczamy na podstawie taryfy składek aktualnej w dniu, w którym:
  - 1) ubezpieczający składa wniosek o zawarcie umowy lub
  - 2) proponujemy ubezpieczającemu umowę na kolejny rok polisowy.
3. Na wysokość składki mają wpływ:
  - 1) w Ubezpieczeniu na wypadek śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku – wysokość sumy ubezpieczenia;
  - 2) w Ubezpieczeniu zdrowotnym:
    - a) wariant zakresu Ubezpieczenia zdrowotnego,
    - b) rozszerzenie zakresu Ubezpieczenia zdrowotnego,
    - c) pakiet ubezpieczenia,
    - d) proporcja między liczbą osób zatrudnionych a liczbą osób, które przystępują do ubezpieczenia jako ubezpieczeni,
    - e) liczba oraz struktura płciowa osób, które zatrudnia ubezpieczający;
    - f) to, kto finansuje składkę – ubezpieczający czy Ty, czy ubezpieczający i Ty (zob. ust. 1);
4. Wysokość składki potwierdzamy w umowie ubezpieczenia.
5. Składka może się zmienić, gdy będziemy zawierać umowę na kolejny rok (zob. rozdział 12, ust. 1).
6. Ubezpieczający opłaca składkę co miesiąc.

7. Ubezpieczający we wskazanym przez nas terminie powinien opłacić składkę za wszystkie osoby, które ubezpieczamy.
8. Częstotliwość oraz termin płatności składki określiliśmy w umowie ubezpieczenia.
9. Składkę obliczamy za czas trwania naszej ochrony. Jeśli umowa wygaśnie przed upływem okresu, na który ją zawarliśmy, zwrócimy ubezpieczającemu składkę za niewykorzystany okres.
10. Ubezpieczający ma obowiązek opłacać składkę przez cały okres ochrony, także w okresie wypowiedzenia.
11. Ubezpieczający opłaca składkę na wskazany przez nas rachunek bankowy z góry w pełnej wymaganej kwocie.
12. Uznajemy składkę za opłaconą z chwilą, w której bank zaksięgował ją na wskazanym przez nas koncie bankowym.
13. Składkę uznajemy za nieopłaconą, jeśli ubezpieczający:
  - 1) wpłacił ją w niższej wysokości niż składka należna za wszystkie osoby, które ubezpieczamy;
  - 2) wpłacił ją na niewłaściwe konto bankowe;
  - 3) nie opłacił składki w terminie, który określiliśmy w polisie lub umowie ubezpieczenia.
14. Jeśli ubezpieczający nie opłaci całej składki w terminie, wysłaliśmy mu wezwanie do zapłaty. W wezwaniu:
  - 1) wskażemy mu dodatkowy termin na wpłatę zaległości i
  - 2) poinformujemy go, że – jeśli nie opłaci składki w tym terminie – rozwiążemy umowę, zgodnie z ust. 15 poniżej. Jeśli ubezpieczający nie opłaci zaległości w terminie z wezwania do zapłaty, umowę rozwiążemy z upływem jednego miesiąca od końca okresu, za który ubezpieczający opłacił ostatnią należną składkę.
15. Jeśli będzie zaległość w opłaceniu składki, wpłaty ubezpieczającego przeznaczymy w pierwszej kolejności na pokrycie zaległości.
16. Jeśli ubezpieczający spłaci zaległą składkę, zanim rozwiążemy umowę, zostaje wtedy zachowana ciągłość ubezpieczenia.
17. Wezwania do zapłaty zaległej składki będziemy wysyłać ubezpieczającemu e-mailem na adres, który nam on wskazał, jeżeli zgodził się on na taką formę komunikacji (zob. rozdział 16, ust. 15).

## Rozdział 18.

### Reklamacje

#### Jak składać reklamacje i jak je rozpatrujemy

1. Ty oraz Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony i spadkobierca, który ma interes prawny, aby zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia (każdy będący osobą fizyczną), na podstawie Umowy ubezpieczenia (w tym rozdziale nazywamy Was „Klientami”), możecie w każdym czasie zgłaszać nam reklamacje, czyli zastrzeżenia co do tego, jak świadczymy nasze usługi. Reklamacje może składać również: osoba, która poszukuje ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczający lub Ubezpieczony, którzy są osobą prawną lub spółką bez osobowości prawnej.
2. Reklamacje można składać:
  - 1) na piśmie, w postaci papierowej:
    - a. osobiście w naszej siedzibie (ul. Senatorska 18, 00-082 Warszawa) lub w każdej naszej jednostce obsługującej Klientów,
    - b. przesyłką pocztową, albo
    - c. w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej;
  - 2) na piśmie, w postaci elektronicznej:
    - a. za pomocą formularza dostępnego na [www.generali.pl/reklamacja](http://www.generali.pl/reklamacja) albo
    - b. na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-92978-86984-TBFWV-37;
  - 3) ustnie:
    - a) telefonicznie pod numerem +48 913 913 913 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo
    - b) osobiście do protokołu podczas wizyty w naszej siedzibie lub w jednostce obsługującej Klientów.
3. Klient, który składa reklamację, powinien w niej podać:
  - 1) swoje dane, umożliwiające identyfikację,
  - 2) numer polisy oraz
  - 3) zastrzeżenia, które zgłasza.
4. Rozpatrujemy reklamację i na nią odpowiadamy niezwłocznie, w ciągu 30 dni od dnia, w którym ją otrzymaliśmy. Terminu tego dotrzemy, jeżeli wyślemy odpowiedź na reklamację przed tym, jak on upłynie. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, gdy nie możemy odpowiedzieć na reklamację w ciągu 30 dni, odpowiemy w ciągu 60 dni od dnia, w którym ją otrzymaliśmy. W takiej sytuacji informujemy Klienta, który ją złożył:
  - 1) co jest przyczyną opóźnienia,
  - 2) jakie okoliczności musimy ustalić, aby rozpatrzyć sprawę, oraz
  - 3) w jakim przewidywanym terminie odpowiemy.
5. Na reklamację odpowiadamy zgodnie z poniższymi zasadami:
  - 1) gdy Klient złożył reklamację pisemnie w postaci elektronicznej za pomocą formularza dostępnego na [www.generali.pl/reklamacja](http://www.generali.pl/reklamacja) – odpowiadamy pisemnie za pomocą środka komunikacji elektronicznej, który Klient wskazał w formularzu, albo na wniosek Klienta na piśmie w postaci papierowej;
  - 2) gdy Klient wysłał reklamację na adres do doręczeń elektronicznych – odpowiadamy na adres Klienta do doręczeń elektronicznych albo na wniosek Klienta na piśmie w postaci papierowej;
  - 3) gdy Klient złożył reklamację na piśmie w postaci papierowej – odpowiadamy na piśmie w postaci papierowej albo na wniosek Klienta na piśmie w postaci elektronicznej;
  - 4) gdy Klient złożył reklamację ustnie – odpowiadamy na piśmie w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem Klienta.
6. Gdy reklamację składa osoba prawna lub spółka nieposiadająca osobowości prawnej, na reklamację odpowiadamy w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku. Reklamacje składane przez te osoby rozpatrujemy na zasadach opisanych w tym rozdziale. Do tych reklamacji nie stosujemy zasad określonych w pkt 5 i 8.

### Wyjaśnienie

Trwały nośnik to materiał lub narzędzie, które umożliwiają odtworzenie ich zawartości w niezmienionej postaci (podstawa: art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta). Może to być np. papier, pendrive, płyta CD lub DVD, dysk twardy.

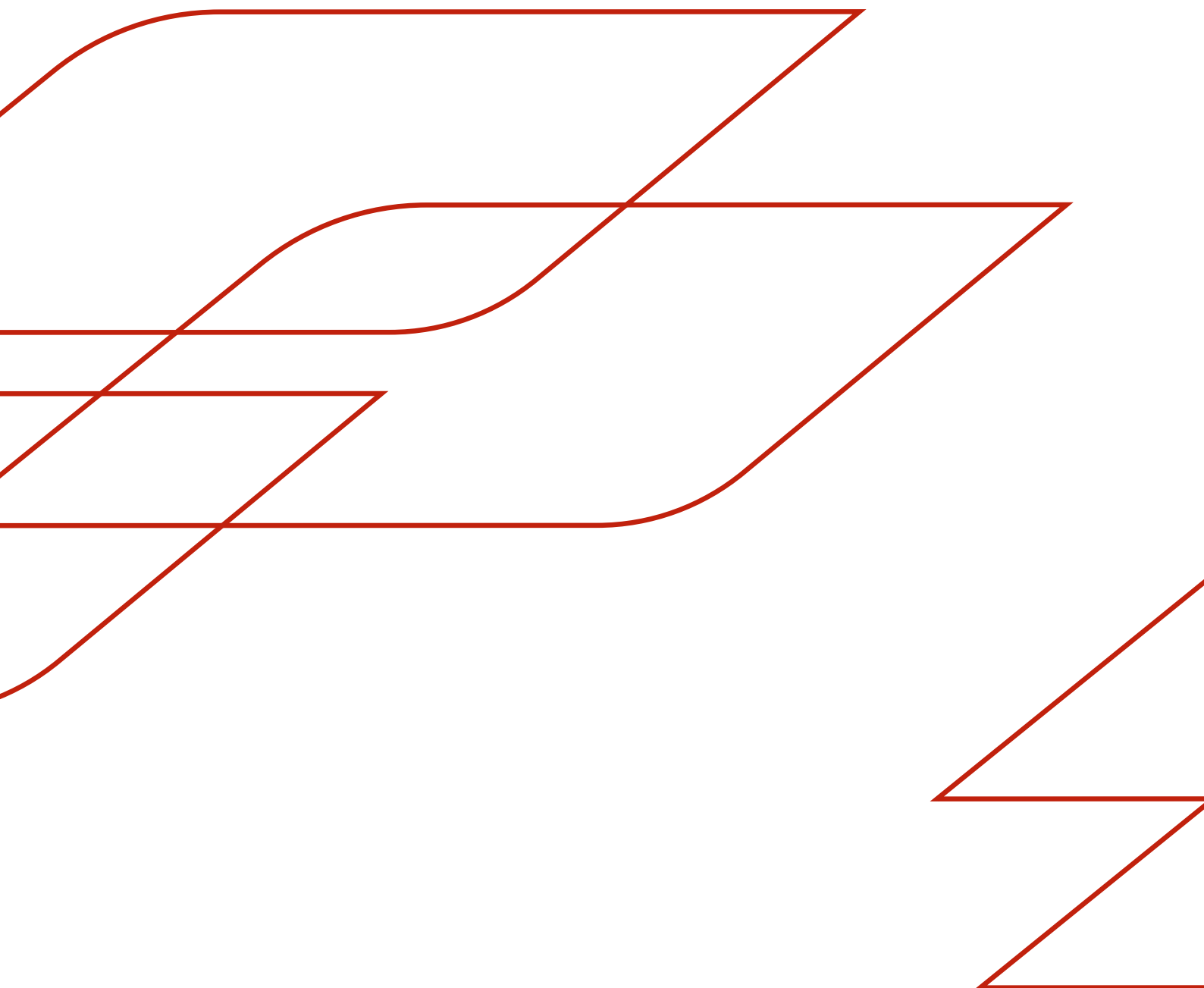
7. Spór między Klientem a nami może być zgodnie z prawem zakończony w drodze:
  - 1) pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami a podmiotami rynku finansowego przed Rzecznikiem Finansowym ([www.rf.gov.pl](http://www.rf.gov.pl));
  - 2) mediacji przed Sądem Polubownym działającym przy Komisji Nadzoru Finansowego ([https://www.knf.gov.pl/dla\\_ryнку/sad\\_polubowny\\_przy\\_KNF](https://www.knf.gov.pl/dla_ryнку/sad_polubowny_przy_KNF)).
8. Skargi mogą być składane przez inne podmioty niż wskazane w pkt 1 lub gdy ich przedmiotem są nieprawidłowości niedotyczące świadczonych przez nas usług. Osoba, która składa skargę, powinna w niej podać przynajmniej dane umożliwiające jej identyfikację oraz zgłaszane nieprawidłowości. Takie skargi rozpatrujemy w ciągu 30 dni od dnia, w którym je otrzymaliśmy. Terminu tego dotrymamy, jeżeli wyślemy odpowiedź przed tym, jak on upłynie. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, gdy nie możemy odpowiedzieć na skargę w ciągu 30 dni, odpowiemy w ciągu 60 dni od dnia, w którym ją otrzymaliśmy. Niezwłocznie po rozpatrzeniu skargi informujemy składającego skargę o sposobie załatwienia sprawy. Robimy to pisemnie albo w sposób z nim uzgodniony. Do skarg, o których mówimy w tym punkcie, stosujemy zapisy tego rozdziału, ale nie stosujemy zapisów pkt 3 i 5.
9. Klient może też składać skargi na naszą działalność do Komisji Nadzoru Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną klientów podmiotów rynku finansowego. Skargi na naszą działalność do Komisji Nadzoru Finansowego mogą składać też pozostałe podmioty, które wskazujemy w pkt 1.
10. Podmioty wskazane w pkt 1 mogą zgłaszać 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, jeśli te zastrzeżenia nie są bezpośrednio związane z udzielaną ochroną ubezpieczeniową. Mogą je zgłaszać pod warunkiem, że robią to zgodnie z zasadami ustalonymi przez te podmioty rynku finansowego. Podstawa prawna: załącznik do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
11. W Generali podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

## Rozdział 19.

### Postanowienia końcowe

#### co jeszcze jest ważne

1. My i ubezpieczający powinniśmy przesyłać sobie zawiadomienia oraz oświadczenia dotyczące umowy tak, jak uzgodniliśmy, czyli elektronicznie. Wyjątkiem są reklamacje. Zasady ich składania i rozpatrywania opisaliśmy w rozdziale 18.
2. W korespondencji i w kontaktach z nami obowiązuje język polski. Dokumentacja, m.in. medyczna, którą nam przekazujesz, może być w języku obcym. Możemy jednak wymagać dokumentów tłumaczonych na język polski.
3. W sprawach nieuregulowanych w OWU stosujemy odpowiednio powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego, przede wszystkim kodeksu cywilnego oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
4. Opodatkowanie naszych świadczeń dla osób fizycznych regulują przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, a dla osób prawnych oraz innych podatników podatku dochodowego od osób prawnych – przepisy ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych. Kwoty – które osoby fizyczne otrzymują z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych – są wolne od podatku dochodowego. Wyjątkiem jest dochód z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w ubezpieczeniach, które wiążą się z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Kwoty – które osoby prawne oraz inni podatnicy podatku dochodowego od osób prawnych otrzymują z tytułu ubezpieczeń na życie – stanowią ich przychód. Bierze się go pod uwagę przy obliczaniu dochodu, który jest opodatkowany podatkiem dochodowym.
5. Na [www.generali.pl](http://www.generali.pl) publikujemy sprawozdania o naszej wypłacalności i kondycji finansowej.
6. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby – Twojego, ubezpieczającego, uposażonego lub innego uprawnionego z umowy.
7. Spór między Tobą a nami może się zakończyć w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami a podmiotami rynku finansowego przed Rzecznikiem Finansowym ([www.rf.gov.pl](http://www.rf.gov.pl)), zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
8. Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia „Generali, z myślą o zdrowiu pracowników” przyjął Uchwałą Zarząd Generali. Obowiązują one od 13.02.2026 r.



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

