

SKOROWIDZ
SZCZEGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA ŻYCIE I OD NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

Rodzaj informacji/ postanowienia wzorca umownego	Nr zapisu
1. przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 pkt 2; § 8
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 10

SZCZEGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA ŻYCIE I OD NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW
25.07.2023



POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

- Niniejsze Szczególne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Na Życie i od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków przyjęte Uchwałą Zarządu Generali Życie T.U. S.A., zwane dalej „SWU”, stanowią podstawę zawarcia umowy ubezpieczenia pomiędzy Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (zwane dalej „ubezpieczycielem”) a 4Life Direct Sp. z o.o. (zwanym dalej „ubezpieczającym”) i mają zastosowanie w stosunku do ubezpieczonych, którzy przystępować będą do tej umowy od dnia 25 lipca 2023 roku.
- Przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone w SWU świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie zdarzenia ubezpieczeniowego, a ubezpieczający zobowiązuje się do opłacania składki.
- Zmiany SWU mogą nastąpić tylko w przypadku zmiany prawa lub na skutek wytycznych organów administracji. Wszelkie zmiany SWU wymagają formy pisemnej albo innej formy uzgodnionej z ubezpieczającym i ubezpieczonym oraz ich doręczenia ubezpieczającemu i ubezpieczonemu.
- Przystąpienie do umowy, do której zastosowanie mają niniejsze SWU, może nastąpić zarówno poprzez złożenie pisemnego wniosku jak i przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, z zachowaniem obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa.

DEFINICJE

§ 2

Określenia użyte w niniejszych SWU oznaczają:

- 4Life Direct** – 4Life Direct Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, pod adresem ul. Chmielna 132/134, 00-805 Warszawa, będącą agentem ubezpieczeniowym działającym na rzecz ubezpieczyciela, wpisanym do rejestru pośredników ubezpieczeniowych pod numerem 11185495/A;
- choroba** – reakcję organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadzącą do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, będącą podstawą diagnozy lekarskiej, która rozpoczęła się i trwa w okresie obowiązywania odpowiedzialności ubezpieczyciela;
- choroba istniejąca** – chorobę lub choroby, na które zachorował ubezpieczony w okresie 10 lat poprzedzających rozpoczęcie odpowiedzialności ubezpieczyciela, lub uszkodzenie

ciała będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, którego ubezpieczony doznał przed rozpoczęciem odpowiedzialności ubezpieczyciela, wymagające opieki lekarza, leczenia lub hospitalizacji;

- nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, prowadzące do uszkodzenia ciała ubezpieczonego;
- paraplegia** – całkowite, trwałe i nieodwracalne porażenie dwukończynowe obejmujące nogi;
- polisa** – dokument wystawiony przez ubezpieczyciela i dostarczony przez 4Life Direct potwierdzający przystąpienie do umowy;
- składka** – kwotę należną z tytułu objęcia ubezpieczonego ochroną przez ubezpieczyciela;
- suma ubezpieczenia** – kwotę wskazaną w aktualnej polisie wypłacaną według zasad określonych w umowie;
- świadczenie** – kwotę należną ubezpieczonemu lub uposażonemu w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, wypłacaną według zasad określonych w SWU;
- tetraplegia** – całkowity, trwałe i nieodwracalny niedowład cztero kończynowy uniemożliwiający korzystanie z funkcji wszystkich kończyn;
- trwałe kalectwo** – uszkodzenie ciała ubezpieczonego, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujący upośledzenie sprawności organizmu, które według wiedzy medycznej uniemożliwia powrót do stanu zdrowia sprzed zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
Zgodnie z odpowiednią definicją ZUS („osoba całkowicie niezdolna do pracy i samodzielnej egzystencji na stałe”), całkowite i trwałe utracenie zdolności do wykonywania pracy w jakimkolwiek zawodzie oraz do samodzielnej egzystencji na stałe (do końca życia człowieka) będące wynikiem nieszczęśliwego wypadku powstałe w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela. Trwałe kalectwo musi trwać przez okres co najmniej 180 dni od daty pierwszego rozpoznania;
- trwałe uszkodzenie mózgu** – śmierć tkanki mózgowej w wyniku stałego i nieodwracalnego deficytu neurologicznego;

13. **ubezpieczający** – 4Life Direct;
14. **ubezpieczony** – osobę fizyczną wymienioną w polisie, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia;
15. **ubezpieczyciel** – Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Senatorskiej 18;
16. **umowa** – umowę grupowego ubezpieczenia na życie i od następstw nieszczęśliwych wypadków, zawartą pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczającym z uwzględnieniem postanowień SWU;
17. **uposażony** – osobę wskazaną przez ubezpieczającego za zgodą ubezpieczonego, uprawnioną do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego;
18. **uszkodzenie ciała** – fizyczne uszkodzenie ciała wymienione w Tabeli Świadczeń, doznane przez ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, wymagające porady lekarskiej, leczenia, opieki lub hospitalizacji;
19. **utrata funkcji kończyn(y)** – całkowitą, stałą i nieodwracalną fizyczną utratę kończyn (amputacja urazowa) lub jej funkcji powyżej nadgarstka lub stawu skokowego. Amputacja kończyn będąca następstwem leczenia i powikłań chorob nie jest amputacją urazową w rozumieniu SWU;
20. **utrata wzroku** – całkowitą, trwałą i nieodwracalną utratę wzroku w stopniu, w którym nawet przy użyciu pomocy wizualnych, badanie wzroku wynosi 3/60 lub mniej w skali ostrości wzroku przy użyciu tablic Snellena;
21. **wniosek** – wniosek ubezpieczeniowy o przystąpienie do umowy;
22. **wnioskodawca** – osobę występującą z roszczeniem o wypłatę świadczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - a) śmierć ubezpieczonego oraz
 - b) uszkodzenie ciała ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,które miały miejsce w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY

§ 4

1. Przystąpić do umowy mogą osoby fizyczne, które w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową:
 - a) mają ukończone 18 lat, ale nie mają ukończonych 71 lat;
 - b) nie są objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy.
2. Ubezpieczyciel po zaakceptowaniu wniosku wystawia polisę jako dokument potwierdzający przystąpienie ubezpieczonego do umowy i objęcie go ochroną ubezpieczeniową.

OBOWIĄZYWANIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 5

1. Ochrona ubezpieczeniowa zaczyna obowiązywać w dniu wskazanym w polisie jako data rozpoczęcia odpowiedzialności, pod warunkiem opłacenia przez ubezpieczającego składki za ubezpieczonego, w terminie określonym w umowie.
2. Ochrona ubezpieczeniowa obowiązuje przez okres 1 roku od daty jej rozpoczęcia wskazanej w polisie.

3. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się:
 - a) po upływie roku, zgodnie z punktem 2;
 - b) w dniu śmierci ubezpieczonego;
 - c) z datą wystąpienia z umowy, zgodnie z punktem 4, w zależności od tego, które z tych zdarzeń będzie pierwsze.
4. Ubezpieczony ma prawo do wystąpienia z umowy w każdym czasie.

UPOSAŻONY

§ 6

1. Ubezpieczający za zgodą ubezpieczonego może wskazać uposażonych do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego w okresie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej.
2. Jeżeli wskazano kilku uposażonych, z których jeden lub kilku nie żyje w chwili śmierci ubezpieczonego lub utracili oni prawo do świadczenia, pozostałe w ten sposób udziały przypadają pozostałym uposażonym proporcjonalnie do ich udziałów.
3. Jeżeli nie wskazano uposażonych, uposażeni nie żyją w chwili śmierci ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, świadczenie jest wypłacane członkom rodziny ubezpieczonego według kolejności pierwszeństwa:
 - a) małżonek w całości;
 - b) dzieci w częściach równych jeśli brak współmałżonka;
 - c) wnuki w częściach równych jeśli brak współmałżonka i dzieci;
 - d) rodzice w częściach równych jeśli brak współmałżonka, dzieci i wnuków;
 - e) rodzeństwo w częściach równych jeśli brak osób wymienionych powyżej;
 - f) inni ustawowi spadkobiercy ubezpieczonego w częściach równych jeśli brak osób wymienionych powyżej, z wyłączeniem gminy właściwej dla ostatniego miejsca zamieszkania ubezpieczonego oraz Skarbu Państwa.
4. Jeżeli udziały procentowe uposażonych w kwocie świadczenia nie zostaną określone, przyjmuje się, że są one równe.

SKŁADKI

§ 7

Składki są płatne przez ubezpieczającego na warunkach określonych w umowie.

ŚWIADCZENIA

§ 8

1. W przypadku śmierci ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaci uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie.
2. Ubezpieczyciel wypłaci ubezpieczonemu świadczenie za uszkodzenie ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku w przypadku gdy ubezpieczony przeżyje okres co najmniej 14 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
3. Wysokość świadczenia z tytułu uszkodzenia ciała uzależniona jest od wysokości sumy ubezpieczenia i rodzaju uszkodzenia ciała ubezpieczonego zgodnie z Tabelą Świadczeń.
4. W przypadku trwałego kalectwa, tetraplegii, paraplegii oraz trwałego uszkodzenia mózgu, jeżeli istnieją wątpliwości co do stopnia uszkodzenia ciała ubezpieczonego, który jest niezbędny do ustalenia wysokości świadczenia, wysokość tę ustala się, nie później niż w ciągu 12 miesięcy od dnia

SZCZEGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I OD NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW 25.07.2023

strona 3/5

nieszczęśliwego wypadku. W przypadku braku wątpliwości wypłata świadczenia odbywa się zgodnie z § 9 punkt 5.

- Świadczenie za uszkodzenia ciała ubezpieczonego nie jest należne, jeżeli upłynęło więcej niż 12 miesięcy od dnia nieszczęśliwego wypadku, za wyjątkiem trwałego kalectwa, tetraplegii, paraplegii oraz trwałego uszkodzenia mózgu.
- Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do ubezpieczonego.
- Tabela świadczeń:

Uszkodzenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku:		Wysokość świadczenia wyrażona jako % sumy ubezpieczenia.
Niepełnosprawność	1. trwałe kalectwo	100%
	2. utrata wzroku w obu oczach	100%
	3. utrata możliwości korzystania z dwóch lub więcej kończyn	100%
	4. tetraplegia	100%
	5. paraplegia	100%
	6. trwałe uszkodzenie mózgu	100%

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 9

- Obowiązek wypłaty świadczenia z tytułu uszkodzenia ciała powstaje, gdy w okresie obowiązywania odpowiedzialności ubezpieczyciela ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
- W celu rozpoczęcia procedury wypłaty świadczenia, osoba występująca z roszczeniem powinna skontaktować się z ubezpieczycielem za pośrednictwem 4Life Direct.
- Wnioskodawca zgłaszający roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązany jest złożyć następujące dokumenty:
 - w przypadku śmierci ubezpieczonego:
 - wypełniony i podpisany wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości wnioskodawcy;
 - kopię odpisu skróconego aktu zgonu, a w przypadku, o którym mowa w § 6 punkt 3, 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;
 - w przypadku uszkodzenia ciała ubezpieczonego:
 - wypełniony i podpisany wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości wnioskodawcy;
 - wypełniony wniosek – oświadczenie lekarza;
 - kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego;
 - kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej uraz, w tym wyników badania RTG (płyty CD);
 - kopię protokołu powypadkowego (BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony;
 - w przypadku trwałego kalectwa – dodatkowo kopię orzeczenia ZUS, KRUS lub innego podmiotu uprawnionego do orzekania, potwierdzające całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji na stałe albo kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji.

- W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w punkcie 3 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia, ubezpieczyciel za pośrednictwem 4Life Direct może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
- Odpowiednie kwoty świadczeń będą wypłacone w terminie 7 dni roboczych od daty dostarczenia do 4Life Direct kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia zgodnie ze wzorem umieszczonym na stronie internetowej 4Life Direct oraz dokumentów, o których mowa w punkcie 3 i 4. Termin wypłaty świadczeń nie przekroczy terminów do wypłaty określonych przepisami prawa.
- Wnioskodawca jest zobowiązany do podania wszystkich informacji zgodnie ze stanem faktycznym.
- Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w punkcie 3 i 4, lub opinii wskazanego przez ubezpieczyciela lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach 4Life Direct może skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z ubezpieczycielem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez ubezpieczyciela.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 10

- Obowiązek wypłaty świadczenia z tytułu uszkodzenia ciała nie zachodzi, jeśli roszczenie ubezpieczonego nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń:
 - stresu pourazowego;
 - jakiegokolwiek choroby nie będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku;
 - działania wroga (w sensie militarnym), wojny (wypowiedzianej lub nie), wojny domowej, strajku, lokautu, zamieszek o charakterze rebelii lub rewolucyjnym, uzurpacji władzy, aktywnego udziału w działaniach militarnych, paramilitarnych lub policyjnych;
 - wynikających z choroby istniejącej;
 - jakichkolwiek aktów łamania przez ubezpieczonego obowiązującego prawa;
 - kosmetycznych zabiegów stomatologicznych;
 - ponownego przyjęcia do szpitala z tej samej lub powiązanej przyczyny w okresie 12 miesięcy;
 - zaburzeń psychicznych ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 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);
 - pozostawiania przez ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezależnych przez lekarza, uśiłowania lub popełnienia przestępstwa przez ubezpieczonego, próby samobójczej ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia ubezpieczonego lub okaleczenia ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika;
 - prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;

- m) prowadzenia niebezpiecznej działalności zawodowej i gospodarczej polegającej na wykonywaniu pracy i czynności pod wodą i pod ziemią na głębokości poniżej 40 metrów, pracy i czynności z materiałami wybuchowymi, pracy i czynności na powierzchni znajdującej się na wysokości powyżej 20 metrów, która nie jest osłonięta ze wszystkich stron do wysokości co najmniej 1,5 m pełnymi ścianami lub ścianami z oknami oszklonymi albo wyposażona w inne stałe konstrukcje lub urządzenia chroniące przed upadkiem z wysokości;
- n) wynikających z promieniowania, skażenia promieniotwórczego, reakcji jądrowej, skażenia chemicznego, w tym z zatrucia substancjami stałymi, cieczami, oparami lub gazami trującymi;
- o) 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, lotnictwo, paralotnictwo, szybownictwo, motolotnictwo, 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, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- p) aktywnej służby lub szkolenia w formacji wojskowej, obrony cywilnej, policji, agencji ochrony osób i mienia lub każdej innej formacji o charakterze militarnym lub paramilitarnym;
- q) zabiegów chirurgii plastycznej, kosmetycznej, niepłodności, otyłości, zabiegów sztucznego zapłodnienia lub zabiegów wynikających z wyboru ubezpieczonego, chyba że są wynikiem obrażeń doznanych w nieszczęśliwym wypadku.
2. Wypłata świadczenia z tytułu uszkodzenia ciała nie przysługuje, jeżeli ubezpieczony umrze w ciągu 14 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
 3. Ubezpieczyciel nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu umowy naraziłaby ubezpieczyciela na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Rzeczypospolitej Polskiej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeżeli mają zastosowanie do umowy ubezpieczenia, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron umowy ubezpieczenia, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać wypłacone świadczenie.
 4. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do uszkodzenia ciała ubezpieczonego.

REKLAMACJE

§ 11

1. Będący osobą fizyczną ubezpieczający, ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z umowy do otrzymania

świadczenia oraz spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub w spełnieniu świadczenia z tytułu umowy (zwany w tym paragrafie „klient”) może składać w każdym czasie zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez ubezpieczyciela, w tym skargi i zażalenia (zwane dalej „reklamacje”). Reklamacje mogą być składane również przez poszukującego ochrony ubezpieczeniowej lub zleceńodawcę gwarancji ubezpieczeniowej, jak również ubezpieczających lub ubezpieczonych, w tym będących osobami prawnymi lub spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej.

2. Reklamacje mogą być składane:

- a) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie 4Life Direct wskazanej w § 2 punkt 1 albo przesyłane przesyłką pocztową;
 - b) ustnie – telefonicznie pod numerem +48 22 354 50 00 albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w miejscu, o którym mowa w punkcie 1 powyżej.
3. Reklamacja powinna zawierać dane klienta umożliwiające jego identyfikację, numer polisy oraz zastrzeżenia zgłaszane przez klienta.
 4. Reklamacja rozpatrywana jest niezwłocznie po jej otrzymaniu. Odpowiedź na reklamację jest udzielana bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od chwili otrzymania reklamacji, chyba że mają miejsce szczególnie skomplikowane okoliczności, uniemożliwiające rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w tym terminie. W takim przypadku ubezpieczyciel za pośrednictwem 4Life Direct poinformuje klienta, który złożył reklamację o przyczynach opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
 5. Odpowiedź na reklamację jest udzielana w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika. Na wniosek klienta odpowiedź na reklamację może być dostarczona pocztą elektroniczną.
 6. Spór między klientem a ubezpieczycielem może być zakończony w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami a podmiotami rynku finansowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, przed Rzecznikiem Finansowym (www.rf.gov.pl).
 7. Skargi i zażalenia składane przez inne podmioty, niż wymienione w punkcie 1 lub w innej formie, niż określona w punkcie 2, dotyczące działania lub zaniechania związanego z zawarciem lub wykonaniem umowy ubezpieczenia, powinny zawierać dane i informacje, o których mowa w punkcie 3. Skargi i zażalenia, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, są rozpatrywane w terminie 30 dni od ich otrzymania przez ubezpieczyciela, najpóźniej w terminie 14 dni od wyjaśnienia okoliczności niezbędnych do ich załatwienia. Ubezpieczyciel za pośrednictwem 4Life Direct informuje zainteresowanego o sposobie załatwienia skargi lub zażalenia niezwłocznie po ich rozpatrzeniu, w sposób uzgodniony z tą osobą. Do skarg i zażaleń składanych zgodnie z niniejszym punktem nie mają zastosowania postanowienia punktów 4 i 5.
 8. Niezależnie od powyższego klient może składać skargi i zażalenia na działalność ubezpieczyciela do uprawnionych organów, np. Komisji Nadzoru Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych

organów zajmujących się ochroną klientów podmiotów rynku finansowego.

9. Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE (rozporządzenie w sprawie ODR w sporach konsumenckich), istnieje możliwość pozasądowego rozstrzygania sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z internetowych umów sprzedaży lub umów o świadczenie usług zawieranych między konsumentami mieszkającymi w Unii Europejskiej a przedsiębiorcami mającymi siedzibę w Unii Europejskiej. Rozstrzyganie ww. sporów odbywa się za pośrednictwem platformy ODR dostępnej pod następującym adresem: <https://webgate.ec.europa.eu/odr/main/?event=main.home.show&lng=PL>.
10. Podmioty określone w punkcie 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

§ 12

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia dotyczące ubezpieczenia powinny być składane w języku polskim na

adres 4Life Direct wskazany w § 2 punkt 1, z wyłączeniem reklamacji, o których mowa w § 11.

2. Jeżeli zachodzi konieczność tłumaczenia dokumentacji związanej z wypłatą świadczenia, obowiązek dostarczenia tłumaczenia spoczywa na osobie wnioskującej o wypłatę świadczenia.
3. Ubezpieczony ma obowiązek informowania ubezpieczyciela za pośrednictwem 4Life Direct o każdej zmianie danych kontaktowych podanych we wniosku.
4. SWU, polisa i wniosek stanowią podstawę do ustalenia warunków udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
5. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych z tytułu umowy regulują przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.
6. Polisa nie posiada wartości wykupu.
7. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych SWU mają zastosowanie właściwe przepisy prawa polskiego.
8. W przypadku sporu właściwe są polskie sądy powszechne według właściwości ogólnej albo sądy powszechne właściwe według miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
9. Językiem obowiązującym w relacjach stron jest język polski.
10. Ubezpieczyciel publikuje sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń na stronie generali.pl.
11. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

NF/SWU/v4/25.07.2023



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



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