



KARTA PRODUKTU

Ubezpieczenie na życie i na wypadek pobytu w szpitalu „Ochrona Szpitalna”

Obowiązuje od 19 września 2024 roku

Karta produktu została opracowana przez Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. i ma za zadanie pokazać kluczowe informacje o produkcie i pomóc zrozumieć cechy produktu. Karta produktu zawiera zakres informacji zgodny z opracowanymi przez Komisję Nadzoru Finansowego wytycznymi dla zakładów ubezpieczeń dotyczącymi dystrybucji ubezpieczeń oraz rekomendacjami dla zakładów ubezpieczeń dotyczącymi badania adekwatności produktu.

I. Informacje podstawowe

Główny cel ubezpieczenia

Głównym celem ubezpieczenia na życie i na wypadek pobytu w szpitalu „Ochrona Szpitalna” jest ochrona życia i zdrowia ubezpieczonego.

Opis świadczeń

1. Świadczenia o charakterze ochronnym (świadczenia stałe)

- **Z tytułu śmierci ubezpieczonego:** świadczenie w wysokości 100 zł.
- **Z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku:** świadczenie w wysokości 100 zł albo 150 zł, albo 200 zł za każdy dzień hospitalizacji (w przypadku dzieci, które nie ukończyły 5 roku życia – 50% tego świadczenia; w przypadku leczenia ubezpieczonego chemioterapią lub radioterapią – dodatkowo jednorazowe świadczenie w wysokości pięciokrotności dziennego świadczenia).
- **Z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku:** świadczenie w wysokości dwukrotności świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku.¹⁾
- **Z tytułu przejścia opłacania składek:** świadczenie polegające na przejęciu przez ubezpieczyciela obowiązku opłacania składek.²⁾

¹⁾ Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku podwajające kwotę wypłaty świadczenia dziennego wypłacane jest w przypadku rozszerzenia ochrony ubezpieczeniowej o umowę dodatkową „Podwójne świadczenie szpitalne”.

²⁾ Świadczenie z tytułu przejścia opłacania składek jest realizowane w przypadku rozszerzenia ochrony ubezpieczeniowej o umowę dodatkową „Przejęcie opłacania składki ubezpieczeniowej”.

Horyzont czasowy

Umowa zawierana jest na okres 5 lat. Ubezpieczający ma możliwość przedłużenia umowy na kolejne pięcioletnie okresy na warunkach zaproponowanych przez ubezpieczyciela. Minimalny rekomendowany okres trwania ubezpieczenia zależy od okresu czasu, w jakim ubezpieczony chce być objęty ochroną ubezpieczeniową.

Sposób opłacania składki

Składka opłacana jest regularnie z częstotliwością miesięczną na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczyciela. Wysokość składki ustalana jest w oparciu o wiek ubezpieczonego i uwzględnia rodzaj, poziom należnych świadczeń oraz prawdopodobieństwo wypłaty świadczeń w tym przedziale wieku, jak również opłaty oraz koszty związane z zawarciem i obsługą umowy.

Główne cechy ubezpieczenia

- Ubezpieczenie ma charakter ochronny i jest dobrowolne.
- Umowa może być zawarta w wariantcie indywidualnym (z jednym ubezpieczonym) albo ze współmałżonkiem ubezpieczonego jako drugim ubezpieczonym albo w wariantcie rodzinnym – ze współmałżonkiem i dziećmi (maksymalnie 3) jako dodatkowymi ubezpieczonymi.
- Ubezpieczający ma możliwość wnioskowania o zmianę sumy ubezpieczenia oraz dodania umowy dodatkowej w dowolnym momencie podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej.

II. Informacje o premiach i rabatach

Po upływie 5 rocznicy umowy i po upływie każdego następnego 5 lat obowiązywania umowy ubezpieczyciel wypłaci premię w postaci świadczenia za bezszkodowość w wysokości 10% wszystkich składek zapłaconych w poprzednich 5 latach obowiązywania umowy, pod warunkiem, że w tym okresie nie zostało wypłacone żadne świadczenie z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego.

III. Dodatkowe informacje o ubezpieczeniu

1. Zakres ochrony ubezpieczeniowej

Zakres umowy ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego oraz pobyt ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela (w przypadku zawarcia umowy w wariantcie rodzinnym albo ze współmałżonkiem ochroną są objęci również dodatkowi ubezpieczeni). Zakres umowy może zostać rozszerzony o umowę dodatkową na wypadek pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz umowę dodatkową na wypadek przejścia opłacania składek.

2. Zasady ustalania wysokości świadczenia należnego z tytułu umowy

W razie wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową ubezpieczyciel wypłaci uprawnionemu świadczenie określone w Karcie produktu w sekcji I. „Informacje podstawowe” w części „Świadczenia o charakterze ochronnym”.

3. Wskazanie podmiotu uprawnionego do wypłaty świadczenia z tytułu umowy

Podmiotem uprawnionym do wypłaty świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego jest uposażony lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego.

Podmiotem uprawnionym do otrzymania świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu jest ubezpieczony.

4. Czynniki, które mogą wpłynąć na zmianę wysokości świadczenia

- zmiana zakresu ubezpieczenia – zawarcie umowy dodatkowej w dowolnym momencie podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej;
- zmiana wysokości dziennego świadczenia – możliwa na wniosek ubezpieczającego w dowolnym momencie podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej.

5. Okres ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się od daty wskazanej w polisie jako data rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

- w dniu odstąpienia ubezpieczającego od umowy;
- w dniu rozwiązania umowy z powodu braku opłacenia składki w dodatkowym 30-dniowym terminie albo wypowiedzenia umowy przez ubezpieczającego;
- z dniem końca 5-letniego okresu, na jaki umowa została zawarta, w przypadku gdy ubezpieczający nie zaakceptuje warunków jej przedłużenia zaproponowanych przez ubezpieczyciela;
- w dniu ukończenia przez ubezpieczonego 80. roku życia, a w przypadku zawarcia umowy w wariancie ze współmałżonkiem – z dniem ukończenia 80. roku życia przez ostatniego ubezpieczonego;
- w dniu, w którym wypłacone zostanie świadczenie za maksymalną liczbę dni hospitalizacji;
- w dniu śmierci ubezpieczonego, a w przypadku zawarcia umowy w wariancie ze współmałżonkiem – w dniu śmierci ostatniego ubezpieczonego.

W przypadku zawarcia umowy w wariancie rodzinnym ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego dziecka wygasa w dniu ukończenia przez nie 18. roku życia.

6. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

1. Obowiązek wypłaty świadczenia z tytułu hospitalizacji nie zachodzi, jeśli hospitalizacja ubezpieczonego lub nieszczęśliwy wypadek w wyniku którego nastąpiła hospitalizacja był konsekwencją:

- a) 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 i terroryzmu;
- b) epidemii ogłaszanych oficjalnie przez odpowiednie organy administracji samorządowej lub Ministerstwa Zdrowia;
- c) niedorozwoju umysłowego ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych ubezpieczonego oraz ich skutków;
- d) nadużywania przez ubezpieczonego alkoholu, alkoholizmu ubezpieczonego, 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);
- e) pozostawiania 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 poczytalności;
- f) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika;
- g) hospitalizacji wynikającej z choroby istniejącej;
- h) hospitalizacji spowodowanej rutynowymi lub innymi badaniami, które nie są bezpośrednio wynikiem choroby lub nieszczęśliwego wypadku;
- i) jakichkolwiek aktów łamania przez ubezpieczonego obowiązującego prawa;
- j) kosmetycznych zabiegów stomatologicznych;
- k) pobytów w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, sanatoriach, prewentoriach, hospicjach, ośrodkach leczniczych i uzdrowiskowych, spa, szpitali uzdrowiskowych i sanatoryjnych, wodolecznictwa lub w miejscach odbywania kwarantanny, placówkach lecznictwa odwykowego i placówkach rehabilitacyjno-uzdrowiskowych;
- l) 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;
- m) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- n) 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, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
- o) schorzeń wynikających z promieniowania, skażenia promieniotwórczego, reakcji jądrowej, skażenia chemicznego, w tym z zatrucia substancjami stałymi, cieczami, oparami lub gazami trującymi;
- p) wad wrodzonych ubezpieczonego i schorzeń będących ich skutkiem;

- q) choroby AIDS ubezpieczonego;
- r) astmy oskrzelowej ubezpieczonego, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc ubezpieczonego (POCHP), przewlekłego zapalenia oskrzeli ubezpieczonego;
- s) uszkodzenia ciała powstałego u ubezpieczonego w wyniku aktywnej służby lub szkolenia w formacji wojskowej, obrony cywilnej, policji, agencji ochrony osób i mienia lub każdej innej formacji o charakterze militarnym lub paramilitarnym.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu hospitalizacji, jeżeli miała ona na celu:
- a) operację plastyczną lub kosmetyczną ubezpieczonego, z wyjątkiem operacji niezbędnej do usunięcia następstw nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela;
- b) wykonywanie zabiegów rehabilitacyjnych u ubezpieczonego;
- c) leczenie lub zabiegi związane z ciążą, usunięciem ciąży, porodem lub porodem, poza przypadkami gdy zdiagnozowano komplikacje porożu bądź poród o przebiegu patologicznym stanowiące zagrożenie dla życia ubezpieczonego;
- d) poddanie się leczeniu dentystycznemu przez ubezpieczonego, z wyjątkiem przypadków, gdy pobyt w klinice chirurgii szczękowej spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem;
- e) pobranie narządów lub tkanek do przeszczepu od ubezpieczonego;
- f) leczenie wszelkiego rodzaju uzależnień ubezpieczonego; a także, jeżeli hospitalizacja:
- g) została zlecona ubezpieczonemu lub o której postanowiono przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela;
- h) była następstwem schorzeń lub stanów chorobowych:
- a. zdiagnozowanych u ubezpieczonego lub
- b. leczonych u ubezpieczonego, lub
- c. których leczenie zalecono u ubezpieczonego, w okresie 10 lat poprzedzających rozpoczęcie odpowiedzialności ubezpieczyciela.
2. 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.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności z tytułu poszczególnych umów dodatkowych wskazane są w ogólnych warunkach umów:

- **Podwójne świadczenie szpitalne:** w § 9 i 12 ogólnych warunków umowy podstawowej;
- **Przejęcie opłacania składki ubezpieczeniowej:** w § 7 ogólnych warunków umowy dodatkowej.

7. Odstąpienie od umowy

Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy w terminie 30 dni od daty rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela. Szczegółowe informacje dotyczące odstąpienia od umowy wskazane są w § 5 ust. 2 OWU.

8. Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej

Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia umowy w każdym czasie ze skutkiem na koniec okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka.

9. Zgłaszanie zdarzeń ubezpieczeniowych

Zdarzenie ubezpieczeniowe powinno zostać zgłoszone za pośrednictwem 4Life Direct Sp. z o.o.. Szczegółowe zasady zgłaszania zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym niezbędne dokumenty, wskazane są w § 11 OWU.

10. Tryb składania i rozpatrywania reklamacji

Reklamacje dotyczące usług Generali Życie T.U. S.A. należy składać:

- w formie pisemnej – osobiście w siedzibie 4Life Direct Sp. z o.o., ul. Chmielna 132/134, 00-805 Warszawa, albo przesyłać przesyłką pocztową na adres siedziby albo wysłać za pośrednictwem usługi e-Doręczenia na adres do doręczeń elektronicznych AE:PL-12472-18103-UCUTG-15;
- ustnie – telefonicznie pod numerem +48 22 354 50 00 albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w miejscu, o którym mowa powyżej.

Odpowiedź na reklamację zostanie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika albo na wniosek klienta w formie elektronicznej. Ubezpieczyciel rozpatruje reklamację w terminie nie dłuższym niż 30 dni, a w przypadku braku możliwości rozpatrzenia reklamacji w tym terminie (szczególnie skomplikowane przypadki), informuje za pośrednictwem 4Life Direct Sp. z o.o. o przyczynach opóźnienia, okolicznościach do ustalenia, przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi (nie dłuższym niż 60 dni). Niezależnie od powyższego klient może składać reklamacje 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.

Szczegółowe zasady rozpatrywania reklamacji zostały wskazane w § 13 OWU.

11. Opodatkowanie

Opodatkowanie świadczeń ubezpieczyciela w przypadku osób fizycznych regulują przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych. 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.

IV. Zastrzeżenia i informacje prawne dotyczące produktu

1. Karta produktu nie stanowi wzorca umownego ani też nie jest częścią umowy uzgodnionej indywidualnie. Karta produktu prezentowana jest w celach informacyjnych i nie powinna być wyłączną podstawą podejmowania decyzji inwestycyjnych dotyczących ubezpieczenia.
2. Informacji zawartych w Karcie produktu nie należy odczytywać jako oferty w rozumieniu art. 66 Kodeksu Cywilnego, rekomendacji do złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ani usług doradztwa podatkowego.
3. Klient powinien rozważyć ryzyka związane z zakupem produktu, potencjalne korzyści oraz straty, a także charakterystykę produktu i konsekwencje prawne.
4. Decyzja o nabyciu produktu ubezpieczeniowego powinna zostać podjęta po wcześniejszym zapoznaniu się z dokumentacją ubezpieczeniową, w tym zwłaszcza z ogólnymi warunkami ubezpieczenia, gdzie znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu, m.in. przedmiocie i zakresie oraz wyłączeniach odpowiedzialności.
5. W związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia agent ubezpieczeniowy otrzymuje prowizję uwzględnioną w kwocie składki ubezpieczeniowej lub inny rodzaj wynagrodzenia, w tym premię uzależnioną od osiągniętych wyników lub nagrody rzeczowe.