

SKOROWIDZ
OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
„TWOJA OCHRONA”

Rodzaj informacji/ postanowienia wzorca umownego	Nr zapisu
1. przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 pkt 2; § 10
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 11

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
„TWOJA OCHRONA”
20.01.2022



POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

- Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Twoja Ochrona”, przyjęte Uchwałą Zarządu Generali Życie T.U. S.A., zwane dalej „OWU”, stosuje się do umów zawieranych od 20 stycznia 2022 r.
- Zmiany OWU mogą nastąpić tylko w przypadku zmiany prawa lub na skutek wytycznych organów administracji. Wszelkie zmiany OWU wymagają formy pisemnej albo innej formy uzgodnionej z ubezpieczającym oraz ich doręczenia drugiej stronie umowy.
- Umowa ubezpieczenia, do której zastosowanie mają OWU, może zostać zawarta 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 OWU 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 nr 11185495/A;
- nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, którego konsekwencją jest śmierć ubezpieczonego, pod warunkiem, że śmierć ta nastąpi nie później niż 180 dni po dniu, w którym nieszczęśliwy wypadek, w rozumieniu niniejszych OWU, miał miejsce;
- polisa** – dokument wystawiony przez ubezpieczyciela i dostarczony przez 4Life Direct, potwierdzający zawarcie umowy;
- składka** – kwotę należną z tytułu umowy, określoną w polisie, wyrażoną w walucie będącej prawnym środkiem płatniczym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, ustaloną w oparciu o taryfę składek obowiązującą w dniu złożenia wniosku;
- suma ubezpieczenia** – kwotę wskazaną w aktualnej polisie, wypłacaną według zasad określonych w umowie;

- świadczenie** – kwotę należną uposażonemu zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia;
- świadczenie komunikacyjne** – umowa dodatkowa, która:
 - podwaja wysokość sumy ubezpieczenia, jeśli do nieszczęśliwego wypadku doszło w trakcie kierowania lub jazdy prywatnym pojazdem mechanicznym lub w przypadku, gdy ubezpieczony jako pieszy został potrącony przez pojazd mechaniczny poruszający się po drodze publicznej lub autostradzie;
 - potraja wysokość sumy ubezpieczenia, jeśli do nieszczęśliwego wypadku doszło podczas korzystania przez ubezpieczonego z publicznego środka transportu takiego jak samolot, pociąg, autobus, taksówka lub prom u licencjonowanego przewoźnika;
- ubezpieczający** – osobę fizyczną zawierającą z ubezpieczycielem umowę; osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą zawierają umowę poza zakresem tej działalności;
- ubezpieczony** – osobę fizyczną wymienioną w polisie, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
- ubezpieczyciel** – Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Senatorskiej 18;
- umowa** – umowę ubezpieczenia „Twoja Ochrona” zawartą na podstawie wniosku oraz OWU;
- umowa dodatkowa** – wskazaną w polisie dodatkową umowę ubezpieczenia, jeżeli taką opcję wybrał ubezpieczający, którą za opłatą dodatkowej składki zawarto razem z umową „Twoja Ochrona”;
- uposażony** – osobę wskazaną przez ubezpieczającego lub ubezpieczającego za uprzednią zgodą ubezpieczonego, w przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek (tj. rachunek ubezpieczonego), uprawnioną do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego;
- wniosek** – wniosek ubezpieczeniowy o zawarcie umowy sporządzony w formie pisemnej albo przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość;
- współmałżonek** – osobę wskazaną w polisie, z którą w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie, ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim albo w partnerskim związku nieformalnym (konkubincie) i prowadzi wspólne gospodarstwo domowe, przy czym obie osoby są stanu wolnego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego oraz śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, które nastąpiły w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.
3. Umowa może być zawierana w dwóch wariantach:
 - a) indywidualnym: z jednym ubezpieczonym albo
 - b) ze współmałżonkiem ubezpieczonego: jako drugim ubezpieczonym.

ZAWARCIE UMOWY

§ 4

1. Umowa zostanie zawarta, jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:
 - a) w dniu jej zawarcia zarówno ubezpieczający jak i ubezpieczony mają ukończone 18 lat, a ubezpieczony nie ma ukończonych 70 lat;
 - b) ubezpieczyciel zaakceptował wniosek i wystawił polisę jako dokument potwierdzający zawarcie umowy.
2. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zawarcia umowy zgodnie z wnioskiem ubezpieczającego i niniejszym zobowiązuje się do zawarcia umowy, w przypadku gdy warunki określone w § 4 pkt 1 zostaną spełnione, z wyjątkiem przypadków, w których zawarcie umowy jest zabronione obowiązującymi przepisami prawa.
3. Ubezpieczający może zawrzeć umowę na cudzy rachunek (na rachunek ubezpieczonego). W takim przypadku ubezpieczający zobowiązany jest do uzyskania zgody ubezpieczonego na objęcie go ochroną ubezpieczeniową oraz na sumę ubezpieczenia.
4. W przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek, ubezpieczony może żądać, aby 4Life Direct, działający w imieniu ubezpieczyciela, udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.

OBOWIĄZYWANIE UMOWY

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od daty wskazanej w polisie jako data rozpoczęcia odpowiedzialności.
2. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy w terminie 30 dni od daty rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczyciel nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. W przypadku odstąpienia od umowy przez ubezpieczającego, ubezpieczyciel zwraca mu wpłacone składki.
3. Umowa zostaje zawarta na okres 5 lat od daty rozpoczęcia odpowiedzialności wskazanej w polisie. Ubezpieczający ma możliwość jej przedłużenia na kolejne okresy 5-letnie, z zastrzeżeniem § 6 i § 8.
4. Ubezpieczyciel co najmniej na 45 dni przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa, może zaproponować jej przedłużenie na zmienionych warunkach. Zapłata składki przez ubezpieczającego, w wysokości zgodnej z propozycją

ubezpieczyciela, oznacza zgodę na przedłużenie umowy na zmienionych warunkach. Jeżeli ubezpieczający nie zaakceptuje, zmienionych warunków umowy, zostaje ona rozwiązana z końcem okresu, na jaki została zawarta.

5. Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia umowy w każdym czasie ze skutkiem na koniec okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka.
6. Gdy ubezpieczony lub współmałżonek ukończą 80 lat, odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do tej osoby wygasa.
7. Umowa rozwiązuje się w dniu śmierci ubezpieczonego, lub z datą jej wypowiedzenia, zgodnie z § 5 punkt 5, lub zgodnie z § 5 punkt 4 albo 6, lub zgodnie z § 8 punkt 2, w zależności od tego, które z tych zdarzeń będzie pierwsze.

WARIANTY

§ 6

1. Jeżeli umowa została zawarta w wariantcie ze współmałżonkiem, po śmierci jednego z nich umowa nie rozwiązuje się. Ubezpieczyciel wypłaca uposażonemu, zgodnie z warunkami umowy, świadczenie za osobę zmarłą, a drugi ze współmałżonków może nadal podlegać ubezpieczeniu, pod warunkiem terminowego opłacania składek. W takim przypadku wariant małżeński zmieniany jest na wariant indywidualny z odpowiednio dopasowaną składką. Suma ubezpieczenia w kontynuowanej umowie pozostaje bez zmian.
2. Jeżeli umowa została zawarta w wariantcie ze współmałżonkiem, po ustaniu związku małżeńskiego lub nieformalnego, o których mowa w § 2 punkt 15, na wniosek ubezpieczającego po akceptacji ubezpieczonych, umowa może być kontynuowana w wariantcie ze współmałżonkiem na dotychczasowych warunkach lub w wariantcie indywidualnym dla każdego z ubezpieczonych na warunkach przedstawionych przez ubezpieczyciela.
3. W przypadku śmierci ubezpieczającego, który nie jest ubezpieczonym, wszelkie jego prawa i obowiązki wynikające z umowy przechodzą na jego następców prawnych, z zastrzeżeniem postanowień pkt 1.

UPOSAŻONY

§ 7

1. Ubezpieczający może wskazać uposażonych do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy. Ubezpieczający może to wskazanie w każdym czasie zmienić lub odwołać. W przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek wskazanie oraz zmiana uposażonego wymaga uprzedniej zgody ubezpieczonego.
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

§ 8

1. Składki są płatne miesięcznie w wysokości wskazanej w polisie, zgodnie z wyborem ubezpieczającego.
2. Jeżeli, pomimo uprzedniego wezwania wystosowanego przez ubezpieczyciela, ubezpieczający nie dokonał wpłaty zaległej składki w ciągu dodatkowego terminu 30 dni od terminu jej wymagalności, umowę uważa się za wypowiedzianą przez ubezpieczającego, a odpowiedzialność ubezpieczyciela wygasa.
3. Składki zostały obliczone z uwzględnieniem rodzaju i wysokości sumy ubezpieczenia oraz prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń uprawniających do wypłaty należnych świadczeń w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, jak również opłat oraz kosztów zawarcia i obsługi umowy.

ZMIANA WYSOKOŚCI SUMY UBEZPIECZENIA

§ 9

1. Ubezpieczyciel, na wniosek ubezpieczającego, a w przypadku gdy ubezpieczający i ubezpieczony to różne osoby, również za zgodą ubezpieczonego, przedstawia warunki zmiany wariantu lub wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie. Ubezpieczyciel może także zaproponować zmianę warunków umowy, tj. zaproponować dodanie umowy dodatkowej lub zaproponować podwyższenie sumy ubezpieczenia. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej przed zmianą sumy ubezpieczenia lub dodaniem umowy dodatkowej konieczne jest uzyskanie zgody ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel dostarczy ubezpieczającemu nową polisę na potwierdzenie zmian w umowie.
3. Ubezpieczający może odstąpić od uzgodnionych zmian umowy w ciągu 30 (trzydziestu) dni od daty rozpoczęcia obowiązywania nowej sumy ubezpieczenia lub dodatkowego świadczenia (umowy dodatkowej) i jest uprawniony do otrzymania zwrotu różnicy zapłaconej składki. Jeżeli do czasu zawarcia zmian w umowie ubezpieczyciel nie poinformował ubezpieczającego o prawie do odstąpienia, okres 30 (trzydziestu) dni rozpoczyna się od dnia, w którym ubezpieczający został poinformowany o prawie do odstąpienia. W przypadku odstąpienia strony pozostają związane wcześniejszymi warunkami umowy. Ubezpieczający nie będzie uprawniony do zwrotu składki, jeżeli odstąpi od uzgodnionych zmian lub wypowie umowę po upływie 30 (trzydziestu) dni.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 10

1. Obowiązek wypłaty świadczenia powstaje w przypadku śmierci ubezpieczonego, w okresie obowiązywania odpowiedzialności ubezpieczyciela.

2. W celu rozpoczęcia procedury wypłaty świadczenia należy skontaktować się z ubezpieczycielem za pośrednictwem 4Life Direct.
3. Wnioskodawca zgłaszający roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązany jest złożyć następujące dokumenty:
 - a) wypełniony i podpisany wniosek o wypłatę świadczenia;
 - b) oświadczenie potwierdzające dane z dokumentu tożsamości wnioskodawcy;
 - c) kopię odpisu skróconego aktu zgonu ubezpieczonego;
 - d) kopię dokumentacji zgodnej z prawem polskim, określającej przyczynę śmierci ubezpieczonego;
 - e) kopię protokołu powypadkowego (BHP, policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony;
 - f) w przypadku, o którym mowa w § 7 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.
4. 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.
5. Ubezpieczyciel za pośrednictwem 4Life Direct informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
6. Wypłata wszystkich świadczeń następuje w ciągu 7 dni roboczych od daty dostarczenia do 4Life Direct kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, zgodnie ze wzorem umieszczonym na stronie internetowej Direct, oraz dokumentów wymienionych w punkcie 3 i 4. Termin wypłaty świadczeń nie przekroczy terminów do wypłaty określonych przepisami prawa.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 11

1. Obowiązek wypłaty świadczenia nie zachodzi, jeśli śmierć ubezpieczonego nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń:
 - a) aktywnej służby lub szkolenia w formacji wojskowej, obrony cywilnej, policji, agencji ochrony osób i mienia lub każdej innej formacji o charakterze militarnym lub paramilitarnym;
 - b) 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;
 - c) jakichkolwiek aktów łamania przez ubezpieczonego obowiązującego prawa;
 - d) 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);
 - e) pozostawiania przez ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza;

- f) promieniowania, skażenia promieniotwórczego, reakcji jądrowej, skażenia chemicznego, w tym zatrucia substancjami stałymi, cieczami, oparami lub gazami trującymi;
 - g) 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;
 - h) próby samobójczej ubezpieczonego, świadomego samo-okaleczenia ubezpieczonego lub okaleczenia ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - i) niedorozwoju umysłowego ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - j) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - k) 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;
 - l) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego.
2. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci ubezpieczonego.

REKLAMACJE

§ 12

1. Będący osobą fizyczną ubezpieczający, ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z umowy do otrzymania świadczenia (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 ustępem nie mają zastosowania postanowienia ust. 4 i 5.
8. Niezależnie od powyższego klient może składać skargi i zażalenia na działalność ubezpieczyciela do uprawnionych organów, np. Komisji Nadzoru Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną klientów podmiotów rynku finansowego.
9. Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu 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 konsu-

mentami mieszkającymi w Unii Europejskiej a przedsiębiorcami mającymi siedzibę w Unii Europejskiej. Rozstrzygnięcie ww. sporów odbywa się za pośrednictwem platformy ODR dostępnej pod następującym adresem: <https://webgate.ec.europa.eu/odr/main/?event=main.home.show&lng=PL>.

10. Podmioty określone w 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

§ 13

1. Wszystkie zawiadomienia lub oświadczenia stron umowy powinny być składane drugiej stronie na piśmie i przesyłane na koszt wysyłającego lub za pomocą elektronicznych kanałów komunikacji, które zostaną przyjęte i utrwalone na elektronicznym nośniku informacji przez ubezpieczyciela.
2. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia dotyczące umowy składane są przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uposażonego w języku polskim na adres 4Life Direct wskazany w § 2 punkt 1, z wyłączeniem reklamacji, o których mowa w § 12. Jeżeli zachodzi konieczność tłumaczenia

dokumentacji związanej z wypłatą świadczenia, obowiązek dostarczenia tłumaczenia spoczywa na osobie występującej z roszczeniem.

3. Ubezpieczony i ubezpieczający mają obowiązek informowania ubezpieczyciela, za pośrednictwem 4Life Direct, o każdej zmianie danych kontaktowych zawartych we wniosku.
4. Ogólne Warunki Ubezpieczenia, polisa i wniosek składają się na umowę i 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 OWU mają zastosowanie właściwe przepisy prawa polskiego.
8. W przypadku sporu między stronami umowy właściwe są polskie sądy powszechne według właściwości ogólnej albo sądy powszechne właściwe według miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego 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.

AG/OWU/v2/20.01.2022



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



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