

## Przewodnik po Umowach dodatkowych

### 1. Śmierć wskutek NW

#### Dotyczy

**Ubezpieczony**

**Współmałżonek/Partner**

**Dziecko**

**Rodzic/Teść**

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek powodujący śmierć Ubezpieczonego nastąpił wskutek którejkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa określonych w Art. XII ust. 2 pkt 1) – 5), 8) – 10) oraz ust. 3 OWU.

### 2. Śmierć wskutek NW przy pracy

#### Dotyczy

**Ubezpieczony**

**wypadek przy pracy** – nieszczęśliwy wypadek, w którym uczestniczył Ubezpieczony oraz który nastąpił:

- 1) podczas lub w związku z wykonywaniem na rzecz jego pracodawcy zwykłych czynności wynikających z zakresu obowiązków służbowych i charakteru wykonywanej pracy lub poleceń przełożonych;
- 2) w czasie pozostawania w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązków wynikających ze stosunku pracy;
- 3) w czasie trwania podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w pkt 1), chyba że wypadek został spowodowany postępowaniem Ubezpieczonego, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań.

Wypadek przy pracy musi być potwierdzony w przedstawionym Towarzystwu protokole powypadkowym sporządzonym zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi świadczeń z tytułu wypadków przy pracy.

Za wypadek przy pracy nie uważa się zdarzenia zaistniałego w drodze do lub z pracy.

Świadczenie wypłacane jest w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla umowy dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku przy pracy.

### 3. Śmierć wskutek wypadku komunikacyjnego

#### Dotyczy

**Ubezpieczony**

**Współmałżonek/Partner**

**Dziecko**

**wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek, w którym Ubezpieczony/Współmałżonek/Partner/Dziecko uczestniczył jako pieszy lub kierowca, lub pasażer środka lokomocji i uległ wypadkowi w związku z ruchem drogowym, wodnym lub powietrznym, a także w związku z ruchem pojazdu szynowego.

Niniejszy materiał stanowi wewnętrzny dokument Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. i jest skierowany wyłącznie do Agentów ubezpieczeniowych oraz Współpracowników Agentów ubezpieczeniowych Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Adresaci niniejszego dokumentu ponoszą odpowiedzialność za udostępnienie go Klientom i potencjalnym Klientom Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Ma on wyłącznie charakter szkoleniowy i informacyjny oraz nie stanowi oferty w rozumieniu ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny. Szczegółowe warunki ubezpieczenia, w tym ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności z nimi związane, jak również informacje na temat zasad działania produktów określone są w obowiązujących Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na Życie Małych i Średnich Firm MIŚ, przekazywanych Klientowi przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.

**środek lokomocji** – pojazd silnikowy, którego konstrukcja umożliwia jazdę z prędkością przekraczającą 25 km/h, a także rower oraz pojazd szynowy, statek wodny rozumiany jako urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, w tym również prom, wodolot i poduszkowiec, a także statek powietrzny, rozumiany jako urządzenie zdolne do unoszenia się w atmosferze na skutek oddziaływania powietrza innego niż oddziaływanie powietrza odbitego od podłoża, z wyłączeniem balonów, sterowców, szybowców, motoszybowców, skrzydłowców, spadochronów osobowych oraz urządzeń transportu osobistego.

Świadczenie wypłacane jest w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla umowy dodatkowej w dniu zajścia wypadku.

#### 4. Śmierć wskutek NW lub katastrofy naturalnej

##### Dotyczy

##### **Ubezpieczony**

Świadczenie wypłacane jest w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla umowy dodatkowej w dniu śmierci Ubezpieczonego będącej następstwem:

- utonięcia;
- zadławienia;
- wstrząsu anafilaktycznego;
- pożaru, uderzenia pioruna;
- powodzi, huraganu.

#### 5. Śmierć wskutek zawału serca lub udaru mózgu

##### Dotyczy

##### **Ubezpieczony**

Śmierć Ubezpieczonego spowodowana bezpośrednio zawałem serca lub udarem mózgu zdefiniowanych w OWU, które miały miejsce w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną.

Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:

- 1) zawał serca lub udar mózgu oraz śmierć Ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) śmierć Ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu nastąpiła przed upływem 90 dni od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu;
- 3) istnieje związek przyczynowo–skutkowy pomiędzy zawałem serca lub udarem mózgu, a śmiercią Ubezpieczonego.

## 6. Niezdolność do pracy zarobkowej / niezdolność do pracy zarobkowej wskutek NW / całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji

### Dotyczy

#### Ubezpieczony

**Niezdolność do pracy zarobkowej** - całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy na podstawie stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania wolnego zawodu lub do prowadzenia działalności gospodarczej;

Orzekana przez lekarza orzecznika właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym, względem osoby, która całkowicie utraciła

zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy na okres, co najmniej 12 miesięcy.

Świadczenie wypłacane jest w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zdiagnozowania choroby lub zajścia nieszczęśliwego wypadku powodujących niezdolność.

## 7. Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW

### Dotyczy

#### Ubezpieczony

#### Współmałżonek/Partner

#### Dziecko

Trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie danego organu, narządu lub układu, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub upośledzeniu jego funkcji. Uszkodzenie to musi być spowodowane przyczyną zewnętrzną. Obejmuje tylko i wyłącznie przypadki umieszczone w Tabeli uszczerbków na zdrowiu, stanowiącej Załącznik nr 1 do OWU.

Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.

## 8. Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu

### Dotyczy

#### Ubezpieczony

#### Współmałżonek/Partner

Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu 1% sumy ubezpieczenia w wyniku złamania, zwichnięcia, skręcenia lub **rany** nie powodujących trwałego uszczerbku na zdrowiu.

**złamanie** – spowodowane urazem przerwanie ciągłości tkanki kostnej, obejmujące cały jej przekrój, a także urazowe złuszczenie chrząstki nasadowej. Złamaniem nie jest przerwanie ciągłości tkanki kostnej związane z istniejącym wcześniej stanem chorobowym (tzw. złamanie patologiczne);

**zwichnięcie** – spowodowane urazem uszkodzenie stawu, skutkujące przemieszczeniem powierzchni stawowych względem siebie, a w konsekwencji naciągnięcie lub naderwanie torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien;

**skręcenie** – uraz polegający na przekroczeniu fizjologicznego zakresu ruchu w stawie. Na skutek skręcenia może dojść do uszkodzenia torebki stawowej, więzadeł, chrząstki stawowej lub przyczepów ścięgien.

**rana** – uszkodzenie pełnej grubości skóry, wymagające zaopatrzenia chirurgicznego poprzez założenie szwów, klamer, plastrów chirurgicznych (Steri – Strip) lub zastosowanie kleju tkankowego. Definicja nie obejmuje ran powstałych w wyniku zamierzonego działania leczniczego oraz będących efektem samookaleczenia.

Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli łącznie spełnione zostały następujące warunki:

- 1) nieszczęśliwy wypadek powodujący złamanie, skręcenie, zwichnięcie lub ranę nastąpiły w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej;
- 2) istnieje związek przyczynowo–skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a złamaniem, skręceniem, zwichnięciem lub powstaniem rany.

## **Uraz niepowodujący trwałego uszczerbku na zdrowiu**

### **Dotyczy**

---

#### **Dziecko**

Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu 1% sumy ubezpieczenia w wyniku złamania, zwichnięcia lub skręcenia nie powodujących trwałego uszczerbku na zdrowiu.

Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli:

- 1) istnieje związek przyczynowo–skutkowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a złamaniem, skręceniem, lub zwichnięciem,
- 2) leczenie urazu wymagało interwencji lekarskiej w placówce medycznej i było połączone z dalszym leczeniem oraz wymagało co najmniej jednej wizyty kontrolnej u lekarza, a w przypadku urazu narządu ruchu na zlecenie lekarza narząd ruchu został trwale unieruchomiony (gips, gips syntetyczny, szyny, stabilizator, kołnierz ortopedyczny, gorset, opatrunek dessaulta, longeta) na co najmniej 7 dni, lub leczenie urazu narządu ruchu trwało powyżej 21 dni.

## **9. Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek NW przy pracy**

### **Dotyczy**

---

#### **Ubezpieczony**

W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku przy pracy za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.

## 10. Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek zawału serca lub udaru mózgu

### Dotyczy

#### Ubezpieczony

W przypadku wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu wystąpienia zawału lub udaru mózgu za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu.

## 11. Poważne zachorowanie – Wariant I

### Dotyczy

#### Ubezpieczony

#### Współmałżonek/Partner

Anemia aplastyczna, guz wewnątrzczaszkowy, leczenie operacyjne choroby wieńcowej (by-pass), niewydolność nerek, nowotwór złośliwy, oparzenia, operacja aorty, operacja zastawek serca, przeszczep dużych narządów, udar mózgu, utrata wzroku, zakażenie wirusem HIV, zawał serca.

Liczba poważnych zachorowań Ubezpieczonego może zostać rozszerzona, na etapie przygotowywania oferty w Merkurym+, maksymalnie **do 42** jednostek chorobowych

## 12. Poważne zachorowanie – Wariant II

### Dotyczy

#### Ubezpieczony

Anemia aplastyczna, angioplastyka naczyń wieńcowych, choroba Parkinsona, guz wewnątrzczaszkowy, leczenie operacyjne choroby wieńcowej (by-pass), niewydolność nerek, nowotwór złośliwy inwazyjny, ciężkie oparzenia, operacja aorty, operacja zastawek serca, przewlekła niewydolność wątroby, paraliż, przeszczep dużych narządów, sepsa, stwardnienie rozsiane, śpiączka, ciężki udar mózgu, utrata kończyn, utrata słuchu, utrata wzroku, zakażenie wirusem HIV, zawał serca.

Liczba poważnych zachorowań Ubezpieczonego może zostać rozszerzona, na etapie przygotowywania oferty w Merkurym+, maksymalnie **do 42** jednostek chorobowych.

## 13. Poważne zachorowanie – choroby infekcyjne

### Dotyczy

#### Ubezpieczony

Gorączka krwotoczna (Ebola, Denga, Żółta gorączka), gruźlica, poliomyelitis, tężec, odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu i rdzenia, wścieklizna.

## 14. Poważne zachorowanie Dziecka

### Dotyczy

#### **Dziecko**

Anemia aplastyczna, bakteryjne zapalenie opon mózgowych, choroba Heinego-Medina (poliomyelitis), cukrzyca, dystrofia mięśniowa, guz wewnątrzczaszkowy/łagodny nowotwór wewnątrzczaszkowy, niewydolność nerek, niewydolność wątroby, nowotwór złośliwy inwazyjny, ciężkie oparzenia, paraliż, piorunujące (nadostre) wirusowe zapalenie wątroby, poważny uraz głowy, przeszczep dużych narządów, stwardnienie rozsiane, śpiączka, tężec, utrata kończyn, utrata mowy, utrata słuchu, utrata wzroku, zakażenie wirusem HIV, zapalenie mózgu.

## 15. Operacje chirurgiczne

### Dotyczy

#### **Ubezpieczony**

#### **Współmałżonek/Partner**

#### **Dziecko**

W przypadku poddania się Ubezpieczonego/Współmałżonka/Partnera/Dziecka operacji chirurgicznej spośród 540 wymienionych w katalogu będącym załącznikiem do Ogólnych Warunków, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wykonania operacji chirurgicznej:

- Kategoria A-100% SU,
- Kategoria B-80% SU,
- Kategoria C-60% SU,
- Kategoria D-40% SU,
- Kategoria E-20% SU.

## 16. Operacje chirurgiczne – otwarty katalog operacji

### Dotyczy

#### **Ubezpieczony**

#### **Współmałżonek/Partner**

#### **Dziecko**

W przypadku poddania się Ubezpieczonego/Współmałżonka/Partnera/Dziecka operacji chirurgicznej, która nie jest wyszczególniona w Katalogu operacji stanowiącym Załącznik nr 3 do OWU, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia aktualnej dla Umowy Dodatkowej w dniu wykonania operacji chirurgicznej

## 17. Zabiegi specjalistyczne

### Dotyczy

#### **Ubezpieczony**

W przypadku wykonania zabiegu specjalistycznego wymienionego w Katalogu Zabiegów Specjalistycznych (m.in. skleroterapia, septoplastyka nosa, usunięcie migdałków, cięcie cesarskie) w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci określony procent SU aktualnej w dniu wykonania zabiegu specjalistycznego. Kwota świadczenia wynosi się od 10% do 50% SU w zależności od zabiegu – wg. tabeli z OWU.

Niniejszy materiał stanowi wewnętrzny dokument Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. i jest skierowany wyłącznie do Agentów ubezpieczeniowych oraz Współpracowników Agentów ubezpieczeniowych Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Adresaci niniejszego dokumentu ponoszą odpowiedzialność za udostępnienie go Klientom i potencjalnym Klientom Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Ma on wyłącznie charakter szkoleniowy i informacyjny oraz nie stanowi oferty w rozumieniu ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny. Szczegółowe warunki ubezpieczenia, w tym ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności z nimi związane, jak również informacje na temat zasad działania produktów określone są w obowiązujących Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na Życie Małych i Średnich Firm MIŚ, przekazywanych Klientowi przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.

## 18. Pobyt w szpitalu

### Dotyczy

#### **Ubezpieczony**

#### **Współmałżonek/Partner**

W przypadku pobytu Ubezpieczonego/Współmałżonka/Partnera w szpitalu (trwającego nieprzerwanie, przez co najmniej 1 dzień) spowodowanego chorobą Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:

- 0,6% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
- 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.

W przypadku pobytu Ubezpieczonego/Współmałżonka/Partnera w szpitalu (trwającego nieprzerwanie, przez co najmniej 1 dzień) spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:

- 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
- 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.

W przypadku, gdy Ubezpieczony/Współmałżonek/Partner w czasie pobytu w szpitalu będzie przebywał na OIOM-ie, Towarzystwo wypłaci również świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Ta część świadczenia wypłacana jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.

Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego/Współmałżonka/Partnera w szpitalu nieprzekraczającymi 180 dni w okresie jednego roku polisowego.

## Pobyt w szpitalu

### Dotyczy

#### **Dziecko**

W przypadku pobytu Dziecka w szpitalu, trwającego nieprzerwanie, przez co najmniej 7 dni, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej. Na etapie przygotowywania oferty, istnieje możliwość skrócenia wymaganej minimalnej liczby dni pobytu dziecka w szpitalu do 5 dni. Do liczby dni pobytu w szpitalu wliczany jest pobyt dziecka na SOR.

W okresie jednego roku polisowego wypłacone zostaną nie więcej niż 2 świadczenia.

## 19. Pobyt w szpitalu wskutek NW

### Dotyczy

#### **Ubezpieczony**

#### **Współmałżonek/Partner**

W przypadku pobytu Ubezpieczonego/Współmałżonka/Partnera w szpitalu (trwającego nieprzerwanie, przez co najmniej 1 dzień) spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:

Niniejszy materiał stanowi wewnętrzny dokument Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. i jest skierowany wyłącznie do Agentów ubezpieczeniowych oraz Współpracowników Agentów ubezpieczeniowych Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Adresaci niniejszego dokumentu ponoszą odpowiedzialność za udostępnienie go Klientom i potencjalnym Klientom Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Ma on wyłącznie charakter szkoleniowy i informacyjny oraz nie stanowi oferty w rozumieniu ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny. Szczegółowe warunki ubezpieczenia, w tym ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności z nimi związane, jak również informacje na temat zasad działania produktów określone są w obowiązujących Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na Życie Małych i Średnich Firm MIŚ, przekazywanych Klientowi przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.

- 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
- 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.

Jeżeli nieszczęśliwy wypadek zaistniał przed rozpoczęciem odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego, a spowoduje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, świadczenie z tytułu tego pobytu w szpitalu będzie wypłacone w wysokości:

- 0,6% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
- 0,5% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.

W przypadku, gdy Ubezpieczony/Współmałżonek/Partnera w czasie pobytu w szpitalu będzie przebywał na OIOM-ie, Towarzystwo wypłaci również świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na OIOM-ie. Ta część świadczenia wypłacana jest za okres nieprzekraczający 5 dni pobytu na OIOM-ie.

Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego/Współmałżonka/Partnera w szpitalu nieprzekraczającymi 180 dni w okresie jednego roku polisowego.

### **Pobyt w szpitalu wskutek NW**

#### **Dotyczy**

---

#### **Dziecko**

W przypadku pobytu Dziecka w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, trwającego nieprzerwanie, przez co najmniej 7 dni. Na etapie przygotowywania oferty, istnieje możliwość skrócenia wymaganej minimalnej liczby dni pobytu dziecka w szpitalu do 5 dni. Do liczby dni pobytu w szpitalu wliczany jest pobyt dziecka na SOR.

Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej.

W okresie jednego roku polisowego wypłacone zostaną nie więcej niż 2 świadczenia.

## **20. Rekonwalescencja w następstwie wypadku / w następstwie wypadku lub choroby**

#### **Dotyczy**

---

#### **Ubezpieczony**

Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu za każdy dzień pobytu na rekonwalescencji – max 30 dni w odniesieniu do jednego zdarzenia (łącznie do 60 dni w ciągu jednego roku polisowego) - świadczenie w wysokości 1% sumy ubezpieczenia, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu poprzedzający rekonwalescencję Ubezpieczonego:

- był skutkiem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa oraz
- rozpoczął się i miał miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa oraz trwał nieprzerwanie, co najmniej 14 dni.



## 21. Pobyt w szpitalu wskutek NW przy pracy

### Dotyczy

#### Ubezpieczony

W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu (trwającego nieprzerwanie, przez co najmniej 1 dzień) spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:

- 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
- 0,3% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.

Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy nieprzekraczającymi 30 dni w okresie jednego roku polisowego.

## 22. Pobyt w szpitalu wskutek wypadku komunikacyjnego

### Dotyczy

#### Ubezpieczony

W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu (trwającego nieprzerwanie, przez co najmniej 1 dzień) spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:

- 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
- 0,3% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.

Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego nieprzekraczającymi 30 dni w okresie jednego roku polisowego.

## 23. Pobyt w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru mózgu

### Dotyczy

#### Ubezpieczony

W przypadku pobytu Ubezpieczonego w szpitalu (trwającego nieprzerwanie, przez co najmniej 4 dni) na skutek zawału serca lub udaru mózgu Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości:

- 1% sumy ubezpieczenia za każdy z pierwszych 14 dni pobytu w szpitalu oraz
- 0,3% sumy ubezpieczenia za każdy następny dzień tego pobytu.

Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w związku z łącznymi pobytami Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku przy pracy nieprzekraczającymi 30 dni w okresie jednego roku polisowego.

## 24. Rehabilitacja medyczna

### Dotyczy

---

#### Ubezpieczony

Zakres odpowiedzialności obejmuje:

- zabiegi rehabilitacyjne, które zostały zalecone przez lekarza, jako kontynuacja leczenia szpitalnego, jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany był: nieszczęśliwym wypadkiem, operacją, zawałem serca lub udarem mózgu i rozpoczęły się w ciągu 12 m-cy od zlecenia;
- konsultację lekarza rehabilitacji z ustaleniem programu zabiegów rehabilitacyjnych, z wyłączeniem badań diagnostycznych;
- konsultację lekarza rehabilitacji z końcową oceną stanu usprawnienia, z wyłączeniem badań diagnostycznych.

Świadczenie z tytułu tej umowy polega na zrefundowaniu Ubezpieczonemu kosztów poniesionych na rehabilitację przeprowadzoną w placówce rehabilitacyjnej.

Towarzystwo ponosi odpowiedzialność maksymalnie za dwa zdarzenia ubezpieczeniowe w danym roku polisowym, do łącznej wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z tej umowy.

## 25. Rehabilitacja medyczna wskutek NW

### Dotyczy

---

#### Ubezpieczony

Zakres odpowiedzialności obejmuje:

- zabiegi rehabilitacyjne, które zostały zalecone przez lekarza, jako kontynuacja leczenia szpitalnego, jeżeli pobyt w szpitalu spowodowany był nieszczęśliwym wypadkiem i rozpoczęły się w ciągu 12 m-cy od zlecenia;
- konsultację lekarza rehabilitacji z ustaleniem programu zabiegów rehabilitacyjnych, z wyłączeniem badań diagnostycznych;
- konsultację lekarza rehabilitacji z końcową oceną stanu usprawnienia, z wyłączeniem badań diagnostycznych.

Świadczenie z tytułu umowy Rehabilitacja medyczna wskutek NW polega na zrefundowaniu Ubezpieczonemu kosztów poniesionych na rehabilitację przeprowadzoną w placówce rehabilitacyjnej.

Towarzystwo ponosi odpowiedzialność maksymalnie za dwa zdarzenia ubezpieczeniowe w danym roku polisowym, do łącznej wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z tej umowy.

## 26. Leczenie specjalistyczne

### Dotyczy

#### Ubezpieczony

Zakres odpowiedzialności obejmuje przeprowadzanie leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego, które rozpoczęło się i miało miejsce w okresie odpowiedzialności Towarzystwa oraz dotyczyło:

- chemioterapii albo radioterapii;
- terapii interferonowej;
- wszczepieniakardiowertera/defibrylatora
- wszczepienia rozrusznika serca;
- ablacji.
- dializoterapii

W przypadku leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej umowy w dniu wykonania zabiegu, podanie pierwszej dawki leku / promieniowania jonizującego lub wykonania pierwszej dializy w przypadku dializoterapii.

## 27. Ryczałtowe pokrycie kosztów leków zaleconych po pobycie w szpitalu

### Dotyczy

#### Ubezpieczony

Wypłata Ubezpieczonemu świadczenia w wysokości aktualnej sumy ubezpieczenia pod warunkiem, że zalecenia zakupu leków będzie wynikać z karty pobytu Ubezpieczonego w szpitalu. Maksymalnie 3 świadczenia w ciągu roku polisowego.

Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu bądź Umowy Dodatkowej dotyczącej pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego. Nie ma konieczności przedstawiania faktur na zakupione leki.

## 28. Refundacja kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych przez Ubezpieczonego w następstwie NW

### Dotyczy

#### Ubezpieczony

Towarzystwo zrefunduje koszty naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wymienionych w załączniku do OWU, poniesione przez Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ on w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.

Zwrot kosztów naprawy, wypożyczenia lub zakupu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych następuje na podstawie faktur lub rachunków wystawionych imiennie na

Ubezpieczonego, do wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem, że zakup przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych został zalecony przez lekarza, a wydatek został poniesiony w okresie nie dłuższym niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.

## 29. Refundacja kosztów leczenia w następstwie NW

### Dotyczy

---

#### **Ubezpieczony**

Refundacja obejmuje koszty leczenia takie jak: udzielenia pomocy lekarskiej lub ambulatoryjnej, pobyt w szpitalu, badania, zabiegi (z wyłączeniem zabiegów rehabilitacyjnych) i operacje (z wyłączeniem operacji plastycznych), nabycie lekarstw i środków opatrunkowych przepisanych przez lekarza, przewóz ubezpieczonego do szpitala lub ambulatorium. Refundacja kosztów leczenia następuje na podstawie dostarczonych rachunków lub faktur, do wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem, że koszty zostały poniesione nie później niż 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.

## 30. Refundacja kosztów wizyty w lekarza specjalisty

### Dotyczy

---

#### **Ubezpieczony**

Towarzystwo zwróci koszty (do określonej wysokości) poniesione przez Ubezpieczonego na wizytę u lekarza specjalisty na terenie kraju, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej:

- chirurg ogólny;
- kardiolog;
- laryngolog;
- okulista.

W ciągu roku polisowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu maksymalnie 3 świadczenia, przy czym jednorazowe świadczenie nie może przekroczyć kwoty:

- Wariant 1 – 100,00 zł,
- Wariant 2 – 150,00 zł,
- Wariant 3 – 200,00 zł,

zgodnie z wyborem wariantu dokonany przez Ubezpieczającego.

## 31. Śmierć

### Dotyczy

**Współmałżonek/Partner**

**Dziecko**

W przypadku śmierci Współmałżonka/Partnera/Dziecka w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci Współmałżonka/Partnera/Dziecka.

## Śmierć

### Dotyczy

**Rodzic/Teść**

W przypadku śmierci Rodzica w okresie odpowiedzialności Towarzystwa zostanie wypłacone świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci Rodzica, Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyrna lub Macochy, pod warunkiem, że biologiczny ojciec lub matka Ubezpieczonego nie żyją i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci ojca lub matki.

W przypadku śmierci Teścia w okresie odpowiedzialności Towarzystwa zostanie wypłacone świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci Teścia. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci Ojczyrna lub Macochy Współmałżonka, pod warunkiem, że biologiczny ojciec lub matka. Współmałżonka nie żyją i Ubezpieczony nie otrzymał wcześniej od Towarzystwa świadczenia z tytułu śmierci ojca lub matki Współmałżonka

## 32. Urodzenie Dziecka / Urodzenie Dziecka rozszerzone o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną

### Dotyczy

**Dziecko**

W przypadku urodzenia w okresie odpowiedzialności Towarzystwa żywego Dziecka Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu urodzenia Dziecka a w przypadku przysposobienia aktualnej w dacie przysposobienia Dziecka wskazanej w akcie urodzenia lub orzeczeniu sądu opiekuńczego.

W przypadku urodzenia Dziecka:

- z ciąży mnogiej – za każde żywe Dziecko urodzone w wyniku ciąży mnogiej,
- z wadą wrodzoną (która została zdiagnozowana do końca 3. roku życia Dziecka i jest wymieniona w katalogu – załącznik nr 3 do OWU)

świadczenie z tytułu urodzenia Dziecka zostanie powiększone o 40%, o ile Ubezpieczający wybrał umowę dodatkową Urodzenie Dziecka rozszerzone o urodzenie Dziecka w wyniku ciąży mnogiej lub z wadą wrodzoną.

### 33. Narodziny Wnuka

#### Dotyczy

---

#### Ubezpieczony

W przypadku urodzenia się żywego Wnuka (dziecko własne lub przysposobione córki albo syna Ubezpieczonego, które urodziło się po 22. tygodniu trwania ciąży) w okresie odpowiedzialności Towarzystwa zostanie wypłacone świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla niniejszej Umowy Dodatkowej w dniu urodzenia Wnuka.

### 34. Urodzenie Dziecka martwego / Urodzenie Dziecka martwego lub poronienie

#### Dotyczy

---

#### Dziecko

W przypadku urodzenia Dziecka martwego (urodzone po 22. tygodniu trwania ciąży) bądź potwierdzonego dokumentacją medyczną poronienia (wydalenie lub wydobywanie z ustroju matki zarodka lub płodu, który nie oddycha ani nie wykazuje żadnych innych oznak życia, takich jak: czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli, o ile nastąpiło to przed upływem 22. tygodnia ciąży.).

W okresie odpowiedzialności Towarzystwa, zostanie wypłacone świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu urodzenia Dziecka martwego lub w dniu poronienia, z zastrzeżeniem, że w przypadku poronienia w trakcie tej samej ciąży więcej niż jednego płodu będzie wypłacone tylko jedno świadczenie.

Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu poronienia tylko w przypadku, gdy matka dziecka jest osobą Ubezpieczoną bądź Współmażonką bądź Partnerką.

### 35. Osierocenie Dziecka

#### Dotyczy

---

#### Ubezpieczony

Jeśli w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, nastąpi śmierć Ubezpieczonego, powodująca osierocenie Dziecka, Towarzystwo wypłaci każdemu Dziecku Ubezpieczonego, świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu śmierci Ubezpieczonego.

### 36. Pomoc medyczna (usługi medyczne typu Assistance)

#### Dotyczy

Ubezpieczony

Współmałżonek/Partner

Dziecko

W ramach Umowy Dodatkowej dotyczącej pomocy medycznej realizowane są niżej opisane świadczenia i usługi medyczne.

1. Usługi realizowane w przypadku nieszczęśliwego wypadku na terenie RP:
  - wizyta lekarza specjalisty lub organizacja i pokrycie kosztów wizyty w placówce medycznej (max.500 PLN na zdarzenie / max.4 razy w roku polisowym).
2. Usługi realizowane w przypadku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania na terenie RP:
  - wizyta pielęgniarki (max.400 PLN na zdarzenie),
  - dostawa leków (max.500 PLN na zdarzenie),
  - dostawa sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego (max.500 PLN na zdarzenie),
  - organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego (max.500 PLN na zdarzenie),
  - transport medyczny (max.2000 PLN na zdarzenie na wszystkie rodzaje transportu),
  - pomoc domowa po hospitalizacji (max.500 PLN na zdarzenie),
  - organizacja i pokrycie kosztu procesu rehabilitacyjnego (max.500 PLN na zdarzenie),
  - opieka nad Dzieckiem lub osobą niesamodzielną (max.500 PLN na zdarzenie).
3. Usługi realizowane w przypadku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania poza terenem RP:
  - wizyta lekarza specjalisty lub organizacja i pokrycie kosztów wizyty w placówce medycznej (max. 150 EUR na zdarzenie / max.1 raz w roku polisowym),
  - wizyta pielęgniarki (na koszt osoby wnioskującej o świadczenie),
  - transport medyczny (na koszt osoby wnioskującej o świadczenie),
  - transport medyczny powrotny (na koszt osoby wnioskującej o świadczenie),
  - transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi (na koszt osoby wnioskującej o świadczenie),
  - przekazanie ważnych informacji rodzinie lub pracodawcy.
4. Usługa realizowana w przypadku Urodzenia się Dziecka na terenie RP:
  - wizyta położnej (max.400 PLN na zdarzenie).
5. Usługi realizowane w przypadku zajścia trudnych sytuacji losowych:
  - wizyta psychologa lub organizacja i pokrycie kosztów wizyty w placówce medycznej (max.400 PLN na zdarzenie).
6. Usługi dodatkowe:
  - telefoniczna konsultacja z lekarzem specjalistą,
  - organizacja wizyty u lekarza specjalisty,
  - osoba towarzysząca przy transporcie z/do szpitala,
  - infolinia medyczna.

Organizacją wyżej wymienionych usług i świadczeń realizowanych na rzecz Ubezpiezonego lub Współubezpieczonego (Współmałżonek lub Partner Ubezpiezonego oraz niepełnoletnie Dzieci Ubezpiezonego zamieszkuje na stałe z Ubezpieczonym) zajmuje się Centrum Pomocy Generali (CPG) – telefoniczne centrum zgłoszeniowe, czynne 24 h/dobę, 7 dni w tygodniu, 365 dni w roku.

Niniejszy materiał stanowi wewnętrzny dokument Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. i jest skierowany wyłącznie do Agentów ubezpieczeniowych oraz Współpracowników Agentów ubezpieczeniowych Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Adresaci niniejszego dokumentu ponoszą odpowiedzialność za udostępnienie go Klientom i potencjalnym Klientom Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Ma on wyłącznie charakter szkoleniowy i informacyjny oraz nie stanowi oferty w rozumieniu ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny. Szczegółowe warunki ubezpieczenia, w tym ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności z nimi związane, jak również informacje na temat zasad działania produktów określone są w obowiązujących Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na Życie Małych i Średnich Firm MIŚ, przekazywanych Klientowi przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.

W przypadku zajścia zdarzenia wchodzącego w zakres usług dostępnych w ramach Umowy Dodatkowej dotyczącej pomocy medycznej prosimy o kontakt telefoniczny z CPG pod nr: **+48 22 543 88 08**.

### 37. Druga opinia medyczna

#### Dotyczy

#### Ubezpieczony

W przypadku, gdy u Ubezpieczonego rozpoznana zostanie choroba lub uszkodzenie ciała powodujące trwałą, krytyczną, nieodwracalną utratę zdrowia tj.:

- chorobę Alzheimera,
- chorobę neuronu ruchowego,
- chorobę Parkinsona,
- chorobę serca,
- niewydolność nerek,
- nowotwór,
- paraliż,
- poważne poparzenie,
- stwardnienie rozsiane,
- śpiączkę,
- transplantację organów,
- udar mózgu,
- utratę mowy,
- utratę słuchu,
- utratę wzroku,
- zakażenie wirusem HIV.

zostanie przygotowana, przetłumaczona na język polski, druga opinia medyczna za pośrednictwem amerykańskiej organizacji Best Doctors, która współpracuje lekarzami konsultantami specjalizującymi się w danym schorzeniu. Opinia będzie zawierać potwierdzenie bądź nową diagnozę, efektywny sposób leczenia, rokowania. Poza tym wskazani zostaną lekarze kwalifikujący się do podjęcia procesu leczenia. Zorganizowany może zostać również proces leczenia Ubezpieczonego za granicą, w szczególności: zorganizowanie oraz koordynacja: terapii medycznej, transportu medycznego Ubezpieczonego do miejsca gdzie przeprowadzone ma zostać leczenie, zakwaterowania Ubezpieczonego oraz przedstawienie szacunkowych kosztów leczenia.



## Umowy dodatkowe opisane poniżej są dostępne tylko dla placówek oświatowych

### 38. Niezdolność do pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej

#### Dotyczy

#### Ubezpieczony

W przypadku powstania niezdolności do pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu orzeczenia o niezdolności do pracy w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej.

Prawo do świadczenia zostanie przyznane, jeżeli Ubezpieczony był niezdolny do pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej nieprzerwanie przez okres 6 miesięcy, rozpoczynający swój bieg w okresie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej. Warunkiem wypłaty świadczenia jest istnienie niezdolności do pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej w dacie zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia i zgodnie z wiedzą medyczną brak pozytywnych rokowań na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do wykonywania pracy zarobkowej w zawodzie nauczyciela.

### 37. Urlop dla poratowania zdrowia nauczyciela

#### Dotyczy

#### Ubezpieczony

W przypadku pobytu Ubezpieczonego na urlopie dla poratowania zdrowia nauczyciela - co najmniej 180-dniowy, płatny urlop udzielony Ubezpieczonemu i spełniający łącznie następujące warunki:

- a) urlop został udzielony przez dyrektora szkoły w której Ubezpieczony jest zatrudniony w pełnym wymiarze zajęć na czas nieokreślony, z zastrzeżeniem że przesłanka nie dotyczy Ubezpieczonego będącego nauczycielem akademickim;
- b) o potrzebie udzielenia urlopu orzekł lekarz;
- c) urlop został udzielony w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej w stosunku do Ubezpieczonego.

Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej w dniu wskazanym w dokumentacji wystawionej przez dyrekcję placówki oświatowej i potwierdzającej udzielenie Ubezpieczonemu urlopu dla poratowania zdrowia, jako pierwszy dzień trwania tego urlopu.

Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu nie więcej niż trzy świadczenia.