

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE GENERALI, Z MYŚLĄ O CAŁYM TWOIM ŻYCIU (KOD WLF_01.2026)

Obowiązujące od 22 stycznia 2026 roku

Spis treści

4	Skorowidz
5	Postanowienia ogólne
5	Definicje
5	Przedmiot i zakres ubezpieczenia
6	Zawarcie Umowy głównej
6	Ochrona ubezpieczeniowa
6	Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej
7	Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej
7	Składka
7	Skutki nieopłacenia pierwszej i kolejnej Składki
7	Zmiana częstotliwości opłacania Składek
7	Przekształcenie Umowy głównej w bezskładkową
7	Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej i Składki za Umowę główną
8	Indeksacja
8	Wskazanie osób Uposażonych
9	Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności
9	Skutki podania nieprawdziwych informacji
9	Świadczenie z tytułu Umowy głównej
9	Wypłata świadczenia
10	Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego
10	Prawa i obowiązki Towarzystwa
10	Reklamacje
11	Postanowienia końcowe
13	Załącznik nr 1 do OWU – Tabela limitów

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na życie
Generali, z myślą o całym Twoim życiu (kod WLF_OWU_01.2026) dalej „OWU”
z uwzględnieniem definicji z OWU (Skorowidz)

	1. Przestanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
Numer jednostki redakcyjnej w OWU	§ 4 ust. 1; § 24	§ 22; § 23

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE GENERALI, Z MYŚLĄ O CAŁYM TWOIM ŻYCIU (KOD WLF_01.2026)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie Generali, z myślą o całym Twoim życiu (zwane dalej „**OWU**”) stanowią podstawę zawarcia Umowy ubezpieczenia.
2. Przez Umowę ubezpieczenia Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Senatorskiej 18, 00-082 Warszawa, zwana dalej „**Towarzystwem**”, zobowiązuje się spełnić określone w OWU świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie zdarzenia ubezpieczeniowego, a Ubezpieczający zobowiązuje się do opłacania Składek.
3. Tabela limitów – kod WLF_TOIL_01.2026 (zwana dalej „**Tabela**”) stanowi załącznik nr 1 do OWU.

Definicje

§ 2

1. Użyte w Umowie ubezpieczenia, OWU oraz Dokumentcie ubezpieczenia wymienione poniżej terminy oznaczają:
 - 1) **Dokument ubezpieczenia** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem oraz warunki tej umowy (polisa), a także każdy inny dokument potwierdzający zmianę warunków Umowy ubezpieczenia;
 - 2) **Miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego obowiązywania Umowy głównej (przy czym jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu kalendarzowym – w ostatnim dniu takiego miesiąca) i kończący się z upływem dnia poprzedzającego najbliższy Miesiąc polisy;
 - 3) **Płatnica polisy** – data wymagalności Składki, przypadająca na pierwszy dzień okresu, za który jest należna;
 - 4) **Rocznica polisy** – wskazana w Dokumentcie ubezpieczenia każda rocznica dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej, przy czym jeżeli Rocznicą polisy przypada w dniu 29 lutego, a w danym roku nie ma takiego dnia, za Rocznicę polisy uznaje się ostatni dzień lutego w danym roku kalendarzowym;
 - 5) **Rok polisy** – roczny okres między kolejnymi Rocznicami polisy, pierwszy Rok polisy rozpoczyna się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy głównej, a kończy z upływem dnia poprzedzającego najbliższą Rocznicę polisy;
 - 6) **Składka** – należna od Ubezpieczającego łączna kwota Składki za Umowę główną oraz Składek za Umowy dodatkowe, płatna w całym okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia, której wysokość i częstotliwość płatności określona jest w Dokumentcie ubezpieczenia;
 - 7) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 6) **Składka za Umowę główną** – składka należna z tytułu Umowy głównej;
 - 7) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumentcie ubezpieczenia, stanowiąca wysokość zobowiązania Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 8) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej** – kwota określona w Dokumentcie ubezpieczenia, stanowiąca wysokość zobowiązania Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy głównej;
 - 9) **Ubezpieczający** – podmiot zawierający Umowę ubezpieczenia z Towarzystwem, zobowiązany do opłacania Składek;
 - 10) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
 - 11) **Umowa dodatkowa** – umowa zawarta na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, rozszerzająca zakres ochrony ubezpieczeniowej Umowy głównej;
 - 12) **Umowa główna** – umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU;
 - 10) **Umowa ubezpieczenia** – Umowa główna wraz z posiadanymi przez Ubezpieczającego Umowami dodatkowymi;
 - 11) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczającego za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego), uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego;
 - 12) **Uposażony zastępczy** – osoba wskazana przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczającego za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego), uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego, jeżeli wskazanie jedynego Uposażonego stało się bezskuteczne;
 - 13) **Uprawniony** – Uposażony lub Uposażony zastępczy, a w przypadku gdy nie został on wskazany lub został wskazany bezskutecznie, osoba wskazana w § 21 ust. 6;
 - 14) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy głównej, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy głównej, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy głównej do daty, w której Wiek jest obliczany;
 - 15) **Wniosek o zawarcie umowy** – formularz Towarzystwa, na którym Ubezpieczający składa ofertę zawarcia Umowy ubezpieczenia (zwany dalej „**Wnioskiem**”);
 - 16) **Wskaźnik indeksacji** – wskaźnik, o jaki Ubezpieczający ma prawo podwyższyć Sumę ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej i Umów dodatkowych oraz Składkę, ustalany przez Towarzystwo na podstawie wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych publikowanego przez Główny Urząd Statystyczny.

Definicje określone w ust. 1 należy rozumieć także w odpowiednim przypadku i liczbie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

§ 4

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego, która wystąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
2. Przedmiot i zakres Umowy głównej może zostać rozszerzony o Umowy dodatkowe wskazane przez Ubezpieczającego:
 - 1) wraz z zawarciem Umowy głównej albo
 - 2) ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy, przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.

- Zakres Umowy głównej zostaje rozszerzony o Umowy dodatkowe na podstawie i warunkach określonych w odrębnych ogólnych warunkach ubezpieczeń dodatkowych.

Zawarcie Umowy głównej

§ 5

Przed zawarciem Umowy głównej Towarzystwo doręcza Ubezpieczającemu warunki Umowy głównej, w tym treść OWU wraz z załącznikami oraz Skorowidzem. Jeżeli Towarzystwo posługuje się wzorcami umowy w postaci elektronicznej, doręcza wymienione w zdaniu poprzedzającym dokumenty w taki sposób, aby Ubezpieczający mógł je przechowywać i odtwarzać w zwykłym toku czynności.

§ 6

- Umowa główna zawierana jest na czas nieokreślony.
- Umowa główna może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 71 roku życia.
- Umowa główna zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
- Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy głównej na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) również Ubezpieczony, zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytało we Wniosku lub w innych pismach przed zawarciem Umowy głównej.
- W celu oceny ryzyka na wniosek Towarzystwa Ubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania lekarskie przeprowadzane są w placówkach medycznych współpracujących z Towarzystwem. Koszt badań pokrywa Towarzystwo.
- Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę główną przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i 4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.

§ 7

- Na podstawie dostarczonych informacji, określonych we Wniosku, Towarzystwo ma prawo:
 - zawrzeć Umowę główną na warunkach określonych we Wniosku albo
 - zaproponować zawarcie Umowy głównej na warunkach odmiennych od określonych we Wniosku albo
 - odmówić zawarcia Umowy głównej.
- Towarzystwo jest zobowiązane do podjęcia decyzji, o której mowa w ust. 1, nie później niż w terminie 60 dni od dnia otrzymania Wniosku.

§ 8

- Umowę główną uważa się za zawartą z chwilą zaakceptowania przez Towarzystwo Wniosku. Towarzystwo wskazuje datę zawarcia Umowy głównej w Dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie Umowy głównej pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem oraz jej warunki.
- Jeżeli w odpowiedzi na złożony wniosek Towarzystwo doręcza Ubezpieczającemu Dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego we Wniosku oferty, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie, wyznaczając mu 14-dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu.
- W przypadku braku sprzeciwu, Umowa główna dochodzi do skutku zgodnie z treścią Dokumentu ubezpieczenia, następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego na złożenie sprzeciwu.
- Jeżeli Towarzystwo odmówi zawarcia Umowy głównej, poinformuje o tym Ubezpieczającego, podając przyczyny odmowy oraz zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 14 dni od dnia podjęcia decyzji o odmowie zawarcia Umowy głównej.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 9

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej Składki, a wygasa we wcześniejszej z następujących dat:

- w dniu rozwiązania Umowy głównej, o którym mowa w § 11 albo
- w dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy głównej.

Odstąpienie od Umowy głównej i rozwiązanie Umowy głównej

§ 10

- Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy głównej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu, w tym za pośrednictwem infolinii Towarzystwa, w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy głównej.
- Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy głównej Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy głównej, termin 30 dni, o którym mowa w ust. 1, biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
- Odstąpienie od Umowy głównej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenienia Składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
- W przypadku odstąpienia od Umowy głównej Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu Składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminie 7 dni od dnia otrzymania oświadczenia o odstąpieniu.

§ 11

- Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia Umowy głównej w każdym czasie poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia w tym względzie.
- Umowa główna ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach i odpowiednio wskazanej dacie:
 - śmierci Ubezpieczonego – z upływem dnia, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego;
 - wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczającego – z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy głównej;

- 3) nieopłacenia przez Ubezpieczającego Składki – w terminie i na zasadach określonych w § 15 ust. 2 – z upływem dnia, w którym upływa wyznaczony termin dodatkowy.

Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej

§ 12

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia aktualna na dzień zawarcia Umowy głównej potwierdzona jest w Dokumencie ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wyboru wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej z przedziału pomiędzy jej minimalną a maksymalną wartością, określoną w ust. 2 i 3.
2. Minimalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej wynosi 100 zł (sto złotych).
3. Maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej wynosi 10 000 zł (dziesięć tysięcy złotych).

Składka

§ 13

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia pierwszej Składki nie później niż w terminie 60 dni od dnia złożenia Wniosku.
2. Kolejne Składki mogą być opłacane z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną lub miesięczną i płatne są najpóźniej do pierwszego dnia okresu, za który są należne (data wymagalności Składki).
3. Pierwsza i każda kolejna Składka wpłacana jest na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo we Wniosku oraz Dokumencie ubezpieczenia.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany rachunku bankowego przeznaczonego do wpłat Składek, o czym poinformuje Ubezpieczającego.

§ 14

1. Wysokość Składki oraz jej częstotliwość i sposób opłacania określone są we Wniosku oraz potwierdzone w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Składka płatna jest do Rocznicy polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 85 lat.
3. Wysokość Składki za Umowę główną ustalana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie taryfą składek, w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej, częstotliwości opłacania Składek oraz Wzrostu Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka. Wysokość Składki za Umowę główną potwierdzana jest przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.

Skutki nieopłacenia pierwszej i kolejnej Składki

§ 15

1. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci pierwszej Składki w terminie, o którym mowa w § 13 ust. 1, Umowę główną uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego.
2. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci kolejnej Składki w wymaganym terminie, po upływie 30 dni od daty jej wymagalności, Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o zaległości oraz wezwie go do zapłaty Składki regularnej w dodatkowym 30-dniowym terminie od dnia otrzymania wezwania. Towarzystwo poinformuje również o skutkach nieopłacenia Składki regularnej w tym terminie.
3. Skutkiem nieopłacenia Składki jest rozwiązanie Umowy głównej oraz zawartych Umów dodatkowych i wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej.

Zmiana częstotliwości opłacania Składek

§ 16

1. Ubezpieczający ma prawo do zmiany częstotliwości opłacania Składek w całym okresie obowiązywania Umowy.
2. Towarzystwo dokona zmian częstotliwości opłacania Składek na wniosek Ubezpieczającego pod warunkiem, że dyspozycja zmian została złożona prawidłowo i wpłynęła na co najmniej 14 dni przed dniem, w którym zmiana jest możliwa do dokonania.

Przekształcenie Umowy głównej w bezskładkową

§ 17

1. Przekształcenie Umowy głównej w bezskładkową następuje automatycznie od Rocznicy polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 85 lat.
2. Po przekształceniu Umowy głównej w bezskładkową:
 - 1) Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej pozostaje w niezmienionej wysokości do końca trwania Umowy głównej;
 - 2) kontynuowana jest ochrona ubezpieczeniowa z tytułu posiadanych przez Ubezpieczającego Umów dodatkowych;
 - 3) kontynuowane jest opłacanie przez Ubezpieczającego Składek za posiadane przez Ubezpieczającego Umowy dodatkowe.

Zmiana Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej i Składki za Umowę główną

§ 18

1. Ubezpieczający może wnioskować o:
 - 1) podwyższenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej, z zastrzeżeniem ust. 3;
 - 2) obniżenie w Płatnicę polisy Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej – po upływie drugiego Roku polisy.
2. Ubezpieczający wnioskuje o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia zawierającego zgodę Ubezpieczonego na zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej.
3. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej nie jest możliwe, w przypadku gdy:
 - 1) Ubezpieczony ukończył 71 rok życia;
 - 2) Umowa główna została przekształcona w bezskładkową.
4. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o stanie zdrowia lub do poddania się, na wniosek Towarzystwa, badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w placówce medycznej współpracującej z Towarzystwem. Koszty tych badań pokrywa Towarzystwo.
5. Na podstawie informacji, o której mowa w ust. 4, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej, o czym poinformuje Ubezpieczającego.

6. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę główną. Nowa wysokość Składki za Umowę główną obliczona jest zgodnie z § 14 ust. 3 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej.
7. Towarzystwo dokona zmiany wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej, ze skutkiem od najbliższej Płatnicy polisy pod warunkiem, że dyspozycja zmian zostanie złożona przez Ubezpieczającego prawidłowo i wpłynie na co najmniej 14 dni przed Płatnicą polisy.

§ 19

1. Towarzystwo może proponować Ubezpieczającemu podwyższanie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej.
2. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej powoduje zmianę wysokości Składki za Umowę główną. Nowa wysokość Składki za Umowę główną obliczona jest zgodnie z § 14 ust. 3 i odpowiada zmienionej Sumie ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej.
3. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za Umowę główną w nowej wysokości jest równoznaczne z akceptacją propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej. W takim przypadku podwyższona Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej obowiązuje od najbliższej Płatnicy polisy przypadającej po złożeniu przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1.
4. Brak opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za Umowę główną w nowej wysokości jest równoznaczny z brakiem akceptacji propozycji podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej oraz Składka za Umowę główną nie zostaną zmienione.

Indeksacja

§ 20

1. W każdą Rocznicę polisy Ubezpieczającemu przysługuje prawo do podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej oraz posiadanych Umów dodatkowych o Wskaźnik indeksacji zaproponowany przez Towarzystwo.
2. Minimalny Wskaźnik indeksacji określony został w Tabeli.
3. W przypadku, gdy indeksacja spowoduje przekroczenie maksymalnej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej, określonej w § 12 ust. 3, Towarzystwo zaproponuje Sumę ubezpieczenia na poziomie maksymalnej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej.
4. W przypadku, gdy indeksacja spowoduje przekroczenie maksymalnej Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, określonej w ogólnych warunkach danego ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zaproponuje Sumę ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej na poziomie maksymalnej Sumy ubezpieczenia z tytułu danej Umowy dodatkowej.
5. Propozycja indeksacji przekazywana jest Ubezpieczającemu przez Towarzystwo najpóźniej na 30 dni przed każdą Rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Propozycja indeksacji nie jest przygotowywana:
 - 1) dla Umów dodatkowych, dla których zapisy ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego wyłączają możliwość indeksacji;
 - 2) w przypadku przejścia przez Towarzystwo opłacania Składek, na podstawie Umowy dodatkowej przejścia opłacania składek na wypadek Niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej;
 - 3) po ukończeniu przez Ubezpieczonego 71 roku życia.
7. Ubezpieczający może:
 - 1) skorzystać z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej oraz Sum ubezpieczenia z tytułu posiadanych Umów dodatkowych albo
 - 2) zrezygnować z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej oraz Sum ubezpieczenia z tytułu posiadanych Umów dodatkowych.
8. Indeksacja Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej powoduje podwyższenie Składki za Umowę główną o dodatkową kwotę, obliczaną zgodnie z zasadami określonymi w § 14 ust. 3. Dodatkowa kwota, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, obliczana jest za tę część Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej, o jaką Suma Ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej została podwyższona w wyniku indeksacji.
9. Indeksacja Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej powoduje podwyższenie Składki za Umowę dodatkową, o dodatkową kwotę, obliczaną zgodnie z zasadami określonymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego. Dodatkowa kwota, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, obliczana jest za tę część Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej o jaką Suma Ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej została podwyższona w wyniku indeksacji.
10. W przypadku rezygnacji z indeksacji Ubezpieczający ma obowiązek poinformować o tym Towarzystwo najpóźniej do 7 dnia przed Rocznicą polisy. Brak zawiadomienia o rezygnacji z indeksacji traktowany jest jako wyrażenie na nią zgody, z wyłączeniem przypadków, o których mowa w ust. 11 i 12.
11. W sytuacji gdy Ubezpieczający przed otrzymaniem propozycji indeksacji złoży wniosek o:
 - 1) zawarcie lub wypowiedzenie Umowy dodatkowej lub
 - 2) zmianę częstotliwości opłacania Składek,
 skutkujące zmianą w Rocznicę polisy, to jest to równoznaczne z rezygnacją z proponowanej przez Towarzystwo indeksacji. W takim przypadku złożenie zawiadomienia o rezygnacji z indeksacji, o którym mowa w ust. 10, nie jest wymagane.
12. W sytuacji gdy Ubezpieczający złoży wniosek o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej lub Umowy dodatkowej skutkujący zmianą w Rocznicę polisy, to jest to równoznaczne z rezygnacją z proponowanej przez Towarzystwo indeksacji. W takim przypadku złożenie zawiadomienia o rezygnacji z indeksacji, o którym mowa w ust. 10, nie jest wymagane.
13. Rezygnacja z indeksacji w danym Roku polisy nie pozbawia Ubezpieczającego prawa do indeksacji w kolejnych latach obowiązywania Umowy ubezpieczenia.

Wskazanie osób Uposażonych

§ 21

1. Ubezpieczający może wskazać jedną lub więcej osób Uposażonych do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.
2. Wskazanie Uposażonego możliwe jest wraz ze składaniem Wniosku ze skutkiem od dnia zawarcia Umowy głównej lub w trakcie jej trwania ze skutkiem od dnia otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia w tym względzie.
3. Jeżeli Umowa główna zawarta jest na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego) do wykonania uprawnienia, o którym mowa w ust. 1, konieczna jest uprzednia zgoda Ubezpieczonego.
4. Jeżeli wskazano kilku Uposażonych, powinny zostać określone ich udziały procentowe w kwocie świadczenia.
5. Jeżeli udziały procentowe Uposażonych w kwocie świadczenia nie zostaną określone, przyjmuje się, że są one równe.

6. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, gdy nie został wskazany żaden Uposażony ani Uposażony zastępczy lub wskazanie jedyne Uposażonego oraz Uposażonego zastępczego okazało się bezskuteczne, świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
 - 1) małżonek;
 - 2) dzieci – w częściach równych;
 - 3) rodzice – w częściach równych;
 - 4) rodzeństwo – w częściach równych;
 - 5) pozostałe osoby będące spadkobiercami ustawowymi Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy właściwej dla ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz Skarbu Państwa – w częściach równych.
7. Świadczenie może być wypłacone członkowi rodziny wymienionemu w dalszej kolejności wyłącznie wtedy, gdy żadna z osób wskazanych w punktach poprzedzających nie jest uprawniona do otrzymania świadczenia z powodu okoliczności wskazanych w ust. 8.
8. Wskazanie Uposażonego jest bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed Ubezpieczonym albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. W takim przypadku udział bezskutecznie wskazanego Uposażonego w kwocie świadczenia dolicza się proporcjonalnie do udziałów pozostałych Uposażonych. Uważa się, że osoba nie dożyła śmierci Ubezpieczonego także, gdy zmarła jednocześnie z nim.
9. Jeżeli wskazanie jedyne Uposażonego stało się bezskuteczne, prawo do świadczenia nabywa Uposażony zastępczy.
10. Postanowienia ust. 1-5 oraz ust. 8 stosuje się odpowiednio do Uposażonego zastępczego.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 22

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie dwóch lat od daty zawarcia Umowy głównej.
2. W przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej, termin, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, będzie liczony od daty jej podwyższenia, ale tylko dla kwoty, o którą Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej została podwyższona.
3. Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy głównej naraziłaby Towarzystwo 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 głównej, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy głównej, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać wypłacone świadczenie.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 23

1. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w § 6 ust. 3 i 4, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli do naruszenia obowiązków określonych w § 6 ust. 3 i 4 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od zawarcia Umowy głównej, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy głównej podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.
3. Zapisy ust. 1 i 2 mają zastosowanie również w przypadku:
 - 1) rozszerzenia zakresu Umowy głównej o Umowy dodatkowe;
 - 2) podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej lub Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą ta suma ubezpieczenia została podwyższona.W takich przypadkach termin, wskazany w ust. 2, liczony jest odpowiednio od daty zawarcia Umowy dodatkowej albo od daty podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej lub Sumy Ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy głównej

§ 24

W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Uprawnionemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy głównej.

Wypłata świadczenia

§ 25

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopię dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 3) kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 4) kopię statystycznej karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci;
 - 5) w przypadku, o którym mowa w § 21 ust. 6, 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.
2. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski. Koszt przetłumaczone dokumentów na język polski ponosi osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.

- Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4.

Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

§ 26

- Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki w wysokości i terminach określonych w Dokumencie ubezpieczenia lub innych pismach, w których Towarzystwo potwierdziło zmianę jej wysokości.
- W razie zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego), Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Ubezpieczonemu, na piśmie lub jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę na innym trwałym nośniku:
 - warunków Umowy ubezpieczenia, w tym treści OWU wraz z załącznikami, oraz Skorowidzem będących podstawą do zawarcia Umowy ubezpieczenia;
 - informacji o zmianie warunków Umowy ubezpieczenia, zmianie prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia;
 - informacji o zmianie sumy ubezpieczenia.
- Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 1, powinny być przekazane Ubezpieczonemu przed zawarciem Umowy ubezpieczenia.
- Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 2, powinny być przekazywane Ubezpieczonemu przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia.
- Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 3, powinny być przekazywane Ubezpieczonemu niezwłocznie po ich przekazaniu Ubezpieczającemu przez Towarzystwo.
- Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia Towarzystwa o zmianach danych osobowych i teleadresowych Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego i Uposażonego zastępczego.
- Ubezpieczony może żądać od Towarzystwa udzielenia mu informacji o postanowieniach zawartej Umowy ubezpieczenia oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.

Prawa i obowiązki Towarzystwa

§ 27

Towarzystwo zobowiązane jest do:

- prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych Umową ubezpieczenia;
- przekazywania Ubezpieczającemu informacji dotyczących zmian warunków Umowy ubezpieczenia lub zmiany prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia;
- informowania Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu Umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia;
- informowania Ubezpieczającego o zmianie Sumy ubezpieczenia;
- informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego o zajściu zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną, jeżeli zdarzenie zostało zgłoszone do Towarzystwa, a Ubezpieczający ani Ubezpieczony nie są osobami występującymi z tym zgłoszeniem;
- informowania osoby występującej z roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia zobowiązania Towarzystwa, jeżeli jest to niezbędne do prowadzenia dalszego postępowania;
- informowania osoby występującej z roszczeniem o przyczynach niemożności jego zaspokojenia, w przypadku, gdy Towarzystwo nie wypłaci świadczenia w terminie określonym w § 25 ust. 4;
- informowania osoby występującej z roszczeniem o przyczynie odmowy wypłaty świadczenia albo o przyczynie wypłaty świadczenia w innej wysokości niż określona w zgłoszeniu roszczenia wraz ze wskazaniem podstawy prawnej uzasadniającej całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
- udostępniania Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz osobie występującej z roszczeniem informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia;
- potwierdzania, na żądanie Ubezpieczającego oraz osoby występującej z roszczeniem, udostępnionych im informacji, a także sporządzania na ich koszt kopii dokumentów i potwierdzania ich za zgodność z oryginałem;
- udzielania na wniosek Ubezpieczonego informacji o postanowieniach zawartej Umowy ubezpieczenia oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.

Reklamacje

§ 28

- Będący osobą fizyczną Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy ubezpieczenia do otrzymania świadczenia oraz spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub w spełnieniu świadczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia (zwany w tym paragrafie „Klient”) może składać w każdym czasie reklamacje, których przedmiotem są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo. Reklamacje, obejmujące zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, mogą być również składane przez poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, będących osobami prawnymi lub spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej.
- Reklamacje mogą być składane przez Klientów:
 - na piśmie, w postaci papierowej – osobiście w siedzibie Towarzystwa, ul. Senatorska 18, 00-082 Warszawa, lub w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej Klientów, albo przesyłane przesyłką pocztową, albo nadane w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej, albo
 - na piśmie, w postaci elektronicznej – z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej za pomocą formularza dostępnego na www.generali.pl/reklamacja (formularz dostępny od 13 lutego 2026 roku), albo wysłane na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-48634-65343-GDUJD-13, albo

- 3) ustnie – telefonicznie pod numerem +48 913 913 913 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie lub jednostce, o których mowa w pkt 1.
3. Reklamacja powinna zawierać dane Klienta umożliwiające jego identyfikację, numer polisy oraz zastrzeżenia zgłaszane przez Klienta.
4. Towarzystwo rozpatruje reklamację niezwłocznie po jej otrzymaniu. Odpowiedź na reklamację jest udzielana bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od chwili otrzymania reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w powyższym terminie, Towarzystwo poinformuje Klienta, który wystąpił z reklamacją, 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 Klienta jest udzielana na następujących zasadach:
 - 1) do 12 lutego 2026 roku włącznie – na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika. Na wniosek Klienta odpowiedź na reklamację może być dostarczona pocztą elektroniczną;
 - 2) od 13 lutego 2026 roku:
 - a. gdy reklamacja została złożona przez Klienta na piśmie w postaci elektronicznej z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej – formularza dostępnego na www.generali.pl/reklamacja, odpowiedź jest udzielana również na piśmie w postaci elektronicznej z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej wskazanego przez Klienta w formularzu, chyba że Klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej;
 - b. gdy reklamacja została wysłana przez Klienta na adres do doręczeń elektronicznych, odpowiedź jest udzielana również na adres Klienta do doręczeń elektronicznych, chyba że Klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej;
 - c. gdy reklamacja została złożona przez Klienta na piśmie w postaci papierowej, odpowiedź jest udzielana również na piśmie w postaci papierowej, chyba że Klient wniósł o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;
 - d. gdy reklamacja została złożona przez Klienta ustnie, odpowiedź jest udzielana w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem Klienta.
6. W przypadku reklamacji składanych przez osoby prawne lub spółki nieposiadające osobowości prawnej, odpowiedź jest udzielana w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta. Do reklamacji, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, postanowienia niniejszego paragrafu stosuje się odpowiednio, z wyłączeniem ust. 5 i 8.
7. Spór między Klientem a Towarzystwem może być zakończony w drodze:
 - 1) pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między Klientami a podmiotami rynku finansowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, przed Rzecznikiem Finansowym (www.rf.gov.pl);
 - 2) mediacji przed Sądem Polubownym działającym przy Komisji Nadzoru Finansowego (https://www.knf.gov.pl/dla_ryнку/sad_polubowny_przy_KNF).
8. Skargi mogą być składane przez inne podmioty niż wymienione w ust. 1 lub gdy ich przedmiotem są nieprawidłowości niedotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo. Skargi powinny zawierać przynajmniej dane umożliwiające identyfikację składającego skargę oraz zgłaszane nieprawidłowości. Skargi są rozpatrywane w terminie 30 dni od ich otrzymania przez Towarzystwo. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie skargi i udzielenie odpowiedzi w powyższym terminie, Towarzystwo może przedłużyć termin rozpatrzenia skargi do 60 dni. Towarzystwo informuje zainteresowanego o sposobie załatwienia skargi niezwłocznie po jej rozpatrzeniu, na piśmie lub w inny sposób uzgodniony z tą osobą. Do skarg składanych zgodnie z niniejszym ustępem postanowienia niniejszego paragrafu stosuje się odpowiednio, z wyłączeniem ust. 3 i 5.
9. Niezależnie od powyższego Klient może składać skargi na działalność Towarzystwa do uprawnionych organów, np. Komisji Nadzoru Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną Klientów podmiotów rynku finansowego. Skargi na działalność Towarzystwa do Komisji Nadzoru Finansowego mogą składać także pozostałe podmioty, wskazane w ust. 1.
10. Podmioty określone w ust. 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

§ 29

1. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Za zgodą stron Umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone do niej postanowienia dodatkowe lub odmienne od OWU.
3. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia dotyczące Umowy ubezpieczenia składane są przez Towarzystwo pisemnie albo w innej formie uzgodnionej z Ubezpieczającym.
4. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia dotyczące Umowy ubezpieczenia składane są przez Ubezpieczającego pisemnie albo w innej formie uzgodnionej z Towarzystwem, z wyłączeniem reklamacji, o których mowa w § 28.
5. Strony Umowy ubezpieczenia są zobowiązane do informowania się o każdej zmianie danych teled adresowych wykorzystywanych do kontaktu pomiędzy stronami.
6. Towarzystwo udostępnia Ubezpieczającemu Konto Klienta na stronie generali.pl. Warunkiem korzystania z Konta Klienta jest akceptacja Regulaminu świadczenia usług drogą elektroniczną, który dostępny jest m.in. na stronie generali.pl w trakcie procesu rejestracji oraz po zalogowaniu się do Konta Klienta. Regulamin udostępniony jest nieodpłatnie w formie umożliwiającej jego pozyskanie, odtwarzanie, utrwalanie i drukowanie.
7. Opodatkowanie świadczeń Towarzystwa w przypadku osób fizycznych regulują przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych, a w przypadku osób prawnych oraz innych podatników podatku dochodowego od osób prawnych – przepisy ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych. 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. Kwoty otrzymane przez osoby prawne oraz innych podatników podatku dochodowego od osób prawnych z tytułu ubezpieczeń na życie stanowią ich przychód, brany pod uwagę przy obliczaniu dochodu podlegającego opodatkowaniu podatkiem dochodowym.

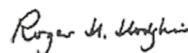
8. Powództwa o roszczenie z Umowy ubezpieczenia mogą zostać wytoczone albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, a także przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczającego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
9. Językiem obowiązującym w relacjach stron jest język polski.
10. Towarzystwo publikuje sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń na stronie generali.pl.
11. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.
12. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 22 stycznia 2026 roku.

Agnieszka Callen



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

Roger Hodgkiss



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

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWU
TABELA LIMITÓW
(KOD WLF_TOIL_01.2026)**

Tabela limitów

Lp.	Rodzaj limitu	Aktualna wysokość
1.	Zniżki za częstotliwość opłacania Składek ¹⁾	
	Składka roczna	5%
	Składka półroczna	2%
	Składka kwartalna	1%
	Składka miesięczna	0%
2.	Minimalny Wskaźnik indeksacji	3%

¹⁾ Zniżki za częstotliwość nie obejmują Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi, w ramach którego prowadzone jest Indywidualne Konto Emerytalne oraz Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi, w ramach którego prowadzone jest Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego.

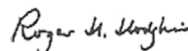
Niniejsza Tabela przyjęta została Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 22 stycznia 2026 roku.

Agnieszka Callen



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

Roger Hodgkiss



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