

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE GENERALI, Z MYŚLĄ O ŻYCIU PLUS

Obowiązujące od 16 kwietnia 2026 roku

Spis treści

Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie Generali, z myślą o życiu PLUS

- 6** Wykaz istotnych informacji zawartych w OWU (Skorowidz)
- 6** Postanowienia ogólne
- 6** Definicje
- 7** Przedmiot i zakres ubezpieczenia
- 7** Zawarcie Umowy
- 8** Ochrona ubezpieczeniowa
- 8** Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy
- 8** Suma ubezpieczenia
- 8** Składka
- 9** Skutki nieopłacenia pierwszej i kolejnej Składki
- 9** Zmiana częstotliwości opłacania Składek
- 9** indeksacja
- 9** Wskazanie osób Uposażonych
- 10** Skutki podania nieprawdziwych informacji
- 10** Świadczenie z tytułu Umowy
- 10** Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności
- 10** Wypłata świadczeń
- 10** Prawa i obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego
- 11** Prawa i obowiązki Towarzystwa
- 11** Reklamacje
- 12** Postanowienia końcowe

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na życie Generali, z myślą o życiu PLUS
(kod GPR_OWU_04.2026) dalej „OWU”
z uwzględnieniem definicji z OWU
(Skorowidz)

| | 1. Przesłanki 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; § 21 | § 20; § 22 |

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
GENERALI, Z MYŚLĄ O ŻYCIU PLUS**

(KOD GPR_OWU_04.2026)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie Generali, z myślą o życiu PLUS (zwane dalej „OWU”) stanowią podstawę zawarcia umowy ubezpieczenia (zwanej dalej „Umową”).
2. Przez Umowę Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Senatorskiej 18, 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.

Definicje

§ 2

1. Użyte w Umowie, OWU oraz Dokumentie ubezpieczenia wymienione poniżej terminy oznaczają:
 - 1) **Dokument ubezpieczenia** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem oraz warunki tej Umowy (polisa), a także każdy inny dokument potwierdzający zmianę warunków Umowy;
 - 2) **Miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego obowiązywania Umowy (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) **Rocznica polisy** – wskazana w Dokumentie ubezpieczenia każda rocznica dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, przy czym jeżeli Rocznica 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;
 - 4) **Rok polisy** – roczny okres między kolejnymi Rocznicami polisy, pierwszy Rok polisy rozpoczyna się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, a kończy z upływem dnia poprzedzającego najbliższą Rocznicę polisy;
 - 5) **Składka** – łączna kwota składki należnej od Ubezpieczającego na podstawie zawartej Umowy oraz Składki (Składek) za Umowy dodatkowe, płatna w całym okresie obowiązywania Umowy, której wysokość i częstotliwość płatności określona jest w Dokumentie ubezpieczenia;
 - 6) **Składka za Umowę dodatkową** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 7) **Suma ubezpieczenia** – kwota określona w Dokumentie ubezpieczenia, stanowiąca wysokość zobowiązania Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy;

- 8) **Suma ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej** – kwota określona w Dokumentacie ubezpieczenia, stanowiąca wysokość zobowiązania Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej;
 - 9) **Ubezpieczający** – podmiot zawierający Umowę 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;
 - 12) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczającego za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, w przypadku zawarcia Umowy na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego), uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego;
 - 13) **Uposażony zastępczy** – osoba wskazana przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczającego za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, w przypadku zawarcia Umowy na cudzy rachunek (tj. rachunek Ubezpieczonego), uprawniona do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego, jeżeli wskazanie jedyne Uposażonego stało się bezskuteczne;
 - 14) **Uprawiony** – Uposażony lub Uposażony zastępczy, a w przypadku gdy nie został on wskazany lub został wskazany bezskutecznie, osoba wskazana w § 19 ust. 6;
 - 15) **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia w dniu zawarcia Umowy, powiększona o liczbę pełnych lat trwania Umowy, jakie upłynęły od dnia zawarcia Umowy do daty, w której Wiek jest obliczany;
 - 16) **Wniosek o zawarcie umowy** – formularz Towarzystwa, na którym Ubezpieczający składa ofertę zawarcia Umowy (zwany dalej „Wnioskiem”);
 - 17) **Wskaźnik indeksacji** – wskaźnik, o jaki Ubezpieczający ma prawo podwyższyć Sumy ubezpieczenia z tytułu Umów dodatkowych oraz składki za Umowy dodatkowe, ustalany przez Towarzystwo na podstawie wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych publikowanego przez Główny Urząd Statystyczny.
2. 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 może zostać rozszerzony o Umowy dodatkowe wskazane przez Ubezpieczającego we Wniosku, wraz z zawarciem Umowy albo w trakcie jej trwania ze skutkiem od najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej.
3. Zakres Umowy zostaje rozszerzony o Umowy dodatkowe na podstawie i warunkach określonych w odrębnych ogólnych warunkach ubezpieczeń dodatkowych.

Zawarcie Umowy

§ 5

Przed zawarciem Umowy Towarzystwo doręcza Ubezpieczającemu warunki Umowy, 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

1. Umowa zawierana jest na okres jednego Roku polisy. Umowa ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny Rok polisy na warunkach określonych w OWU, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem Roku polisy, oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy.
2. Umowa może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu jej zawarcia ukończył 15 lat i nie ukończył 81 roku życia.
3. Umowa zawierana jest na podstawie poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego Wniosku. Integralną częścią Wniosku są pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający, a w przypadku zawarcia Umowy 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.
5. 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.
6. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę przez przedstawiciela, obowiązek, o którym mowa w ust. 3 i 4, ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.

§ 7

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

§ 8

1. Umowę uważa się za zawartą z chwilą zaakceptowania przez Towarzystwo Wniosku. Towarzystwo wskazuje datę zawarcia Umowy w Dokumentacie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie Umowy pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem oraz warunki tej Umowy.
2. 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.

3. W przypadku braku sprzeciwu, Umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią Dokumentu ubezpieczenia, następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego na złożenie sprzeciwu.
4. Jeżeli Towarzystwo odmówi zawarcia Umowy, 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.

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:

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

Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy

§ 10

1. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy 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.
2. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy, termin 30 dni, o którym mowa w ust. 1, biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
3. Odstąpienie od Umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenienia Składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku odstąpienia od Umowy Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu Składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminie 7 dni od dnia otrzymania oświadczenia o odstąpieniu.

§ 11

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia Umowy w każdym czasie poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia w tym względzie.
2. Umowa ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach i odpowiednio wskazanej dacie:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego – z upływem dnia, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego;
 - 2) wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczającego – z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy;
 - 3) nieopłacenia przez Ubezpieczającego Składki – w terminie i na zasadach określonych w § 16 ust. 2 – z upływem dnia, w którym upływa wyznaczony termin dodatkowy;
 - 4) rozwiązania ostatniej Umowy dodatkowej posiadanej w ramach Umowy – z dniem rozwiązania Umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4;
 - 5) wpływu oświadczenia Ubezpieczającego o nieprzedłużaniu Umowy na kolejny Rok polisy – z upływem Roku polisy, na który Umowa została zawarta;
 - 6) dostarczenia Ubezpieczającemu oświadczenia Towarzystwa o nieprzedłużaniu Umowy na kolejny Rok polisy – z upływem Roku polisy, na który Umowa została zawarta.
3. W przypadku wypowiedzenia Umowy przed upływem Roku polisy, na który została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku zawarcia Umów dodatkowych w wariantcie pakietowym, najpóźniej na 30 dni przed Rocznicą polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 69 lat, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu bezterminową kontynuację Umowy wraz z pakietem Umów dodatkowych. W takiej sytuacji zapłcenie Składki w wysokości wskazanej w propozycji Towarzystwa jest równoznaczne z akceptacją tej propozycji i kontynuacją Umowy na warunkach i w zakresie zaproponowanym przez Towarzystwo. Zapisy § 6 ust. 4 i 5 nie będą miały zastosowania.

Suma ubezpieczenia

§ 12

Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy wynosi 100 zł i jest niezmienna w trakcie trwania Roku polisy i kolejno następujących po sobie Latach polisy.

Składka

§ 13

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia pierwszej Składki nie później niż w terminie 60 dni od dnia podpisania 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 przez cały okres trwania Umowy.
3. Składkę z tytułu Umowy Towarzystwo ustala w zależności od Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy oraz Wzrostu Ubezpieczonego, z uwzględnieniem wyników oceny ryzyka.

§ 15

1. Najpóźniej na 30 dni przed rozpoczęciem kolejnego Roku polisy Towarzystwo może poinformować Ubezpieczającego o nowej wysokości Składki, ustalonej zgodnie z § 14 ust. 3, jaka będzie obowiązywała w kolejnym Roku polisy.

2. Opłacenie przez Ubezpieczającego Składki za kolejny Rok polisy w wysokości zaproponowanej przez Towarzystwo jest równoznaczne z akceptacją przez niego nowej wysokości Składki.
3. W sytuacji gdy Ubezpieczający nie opłaci Składki za kolejny Rok polisy w wysokości zaproponowanej przez Towarzystwo, zastosowanie mają zapisy § 16 ust 2 i 3.

Skutki nieopłacenia pierwszej i kolejnej Składki

§ 16

1. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci pierwszej Składki w terminie, o którym mowa w § 13 ust. 1, Umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego.
2. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci kolejnej Składki w terminie i wysokości określonych w Dokumentcie ubezpieczenia, Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o zaległości oraz wezwie go do zapłaty Składki w dodatkowym 10-dniowym terminie od dnia otrzymania wezwania. Towarzystwo poinformuje również o skutkach nieopłacenia Składki w tym terminie.
3. Skutkiem nieopłacenia Składki jest rozwiązanie Umowy oraz zawartych Umów dodatkowych i wygaśnięcie ochrony.

Zmiana częstotliwości opłacania Składek

§ 17

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 30 dni przed dniem, w którym zmiana jest możliwa do dokonania.

Indeksacja

§ 18

1. Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie Sum ubezpieczenia z tytułu Umów dodatkowych o Wskaźnik indeksacji określony przez Towarzystwo.
2. Minimalny Wskaźnik indeksacji wynosi 3%.
3. W przypadku gdy Towarzystwo przygotuje propozycję indeksacji, o której mowa w ust. 1, przekazuje ją Ubezpieczającemu najpóźniej na 30 dni przed Rocznicą polisy.
4. 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.
5. Ubezpieczający może:
 - 1) skorzystać z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji Sum ubezpieczenia z tytułu Umów dodatkowych albo
 - 2) zrezygnować z zaproponowanej przez Towarzystwo indeksacji Sum ubezpieczenia z tytułu Umów dodatkowych.
6. 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.
7. 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. 8 i 9.
8. 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. 7, nie jest wymagane.
9. W sytuacji, gdy Ubezpieczający złoży wniosek o zmianę wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu 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. 7, nie jest wymagane.
10. Rezygnacja z indeksacji w danym Roku polisy nie pozbawia Ubezpieczającego prawa do indeksacji w kolejnych latach obowiązywania Umowy.

Wskazanie osób Uposażonych

§ 19

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 lub w trakcie trwania Umowy ze skutkiem od dnia otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia w tym względzie.
3. Jeżeli Umowa 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 jedynego Uposażonego stało się bezskuteczne, prawo do świadczenia nabywa Uposażony zastępczy.
 10. Postanowienia ust. 1-5 oraz ust. 8 stosuje się odpowiednio do Uposażonego zastępczego.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 20

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, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy 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 o Umowy dodatkowej;
 - 2) podwyższenia Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej, ale tylko dla kwoty, o którą suma ubezpieczenia została podwyższona.W takich przypadkach termin, wskazany w ust. 2, liczony jest odpowiednio od daty zawarcia Umowy dodatkowej albo od dnia podwyższenia Sumy Ubezpieczenia z tytułu Umowy dodatkowej.

Świadczenie z tytułu Umowy

§ 21

W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Uprawnionemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 22

Towarzystwo nie świadczy ochrony ubezpieczeniowej oraz nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona ubezpieczeniowa albo wypłata świadczenia z tytułu Umowy 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, zakresu lub przedmiotu ubezpieczenia, stron Umowy, osób lub podmiotów, na rzecz których miałyby zostać wypłacone świadczenie.

Wypłata świadczeń

§ 23

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 § 19 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. Koszty tłumaczenia 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.
5. 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

§ 24

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki w wysokości i terminach określonych w Dokumencie ubezpieczenia lub innych pismach, w których Towarzystwo potwierdziło zmianę jej wysokości.
2. W razie zawarcia Umowy 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:
 - 1) warunków Umowy, w tym treści OWU wraz z załącznikami, oraz Skorowidzem będących podstawą do zawarcia Umowy;

- 2) informacji o zmianie warunków Umowy, zmianie prawa właściwego dla Umowy wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy;
- 3) informacji o zmianie Sumy ubezpieczenia.
3. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 1, powinny być przekazane Ubezpieczonemu przed zawarciem Umowy.
4. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 2, powinny być przekazywane Ubezpieczonemu przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy lub prawa właściwego dla Umowy.
5. Informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 3, powinny być przekazywane Ubezpieczonemu niezwłocznie po ich przekazaniu Ubezpieczającemu przez Towarzystwo.
6. Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia Towarzystwa o zmianach danych osobowych i teleadresowych Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego i Uposażonego zastępczego.
7. Ubezpieczony może żądać od Towarzystwa udzielenia mu informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.

Prawa i obowiązki Towarzystwa

§ 25

Towarzystwo zobowiązane jest do:

- 1) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych Umową;
- 2) przekazywania Ubezpieczającemu informacji dotyczących zmian warunków Umowy lub zmiany prawa właściwego dla zawartej Umowy przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy;
- 3) informowania Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu Umowy, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania Umowy;
- 4) informowania Ubezpieczającego o zmianie Sumy ubezpieczenia;
- 5) 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;
- 6) informowania osoby występującej z roszczeniem, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia zobowiązania Towarzystwa, jeżeli jest to niezbędne do prowadzenia dalszego postępowania;
- 7) informowania osoby występującej z roszczeniem o przyczynach niemożności jego zaspokojenia, w przypadku, gdy Towarzystwo nie wypłaci świadczenia w terminie określonym w § 23 ust. 4;
- 8) 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;
- 9) udostępniania Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz osobie występującej z roszczeniem informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia;
- 10) 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;
- 11) udzielania na wniosek Ubezpieczonego informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.

Reklamacje

§ 26

1. Będący osobą fizyczną Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy oraz spadkobierca posiadający interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub w spełnieniu świadczenia z Umowy („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, Ubezpieczonego będących osobami prawnymi lub spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej.
2. Reklamacje mogą być składane przez Klientów:
 - 1) 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
 - 2) 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 nie dotyczące 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 w formie papierowej 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 składać mogą 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

§ 27

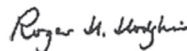
1. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Za zgodą stron Umowy mogą zostać wprowadzone do niej postanowienia dodatkowe lub odmienne od OWU.
3. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia dotyczące Umowy składane są przez Towarzystwo pisemnie albo w innej formie uzgodnionej z Ubezpieczającym.
4. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia dotyczące Umowy składane są przez Ubezpieczającego pisemnie albo w innej formie uzgodnionej z Towarzystwem, z wyłączeniem Reklamacji, o których mowa w § 26.
5. Strony Umowy są zobowiązane do informowania się o każdej zmianie danych teleadresowych wykorzystywanych do kontaktu pomiędzy stronami.
6. Towarzystwo udostępni 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 mogą zostać wytoczone albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy, a także przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy.
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 16 kwietnia 2026 roku.

Agnieszka Callen



Członek Zarządu
Generali Życie TU S.A.

Roger Hodgkiss



Prezes Zarządu
Generali Życie TU S.A.