Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego II.

(OWU_ZDRM_1/2009)

Pod skrzydłami lwa.

GENERALI GROUP

SPIS TREŚCI

Rozdział I. Postanowienia ogólne . . . 2
Rozdział II. Definicje . . . 2
Rozdział III. Przedmiot i zakres ubezpieczenia . . . 3
Rozdział IV. Ambulatoryjne świadczenia medyczne . . . 4
Rozdział V. Doraźna Pomoc Medyczna . . . 4
Rozdział VI. Szpitalne świadczenia medyczne . . . 4
Rozdział VII. Ograniczenia odpowiedzialności . . . 5
Rozdział VIII. Karencja . . . 5
Rozdział IX. Zawarcie umowy ubezpieczenia . . . 6
Rozdział X. Przystąpienie Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia . . . 6
Rozdział XI. Początek i koniec odpowiedzialności Generali . . . 6
Rozdział XII. Czas trwania umowy ubezpieczenia . . . 7
Rozdział XIII. Zmiana warunków ubezpieczenia . . . 7
Rozdział XIV. Odstąpienie i wypowiedzenie umowy ubezpieczenia . . . 8
Rozdział XV. Suma ubezpieczenia i wysokość refundacji kosztów świadczeń medycznych . . . 8
Rozdział XVI. Składka . . . 8
Rozdział XVII. Wypłata świadczenia z tytułu kosztów poniesionych na świadczenia medyczne . . . 9
Rozdział XVIII. Prawa i obowiązki stron . . . 9
Rozdział XIX. Skutki naruszenia obowiązków . . . 10
Rozdział XX. Postanowienia końcowe . . . 10

OGÓLNE WARUNKI
GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO II
(OWU_ZDRM_1/2009)

Rozdział I. Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego II, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych pomiędzy Generali Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, zwane dalej Generali, a Ubezpieczającymi.

Rozdział II. Definicje

§ 2

Terminy użyte w OWU, wniosku, polisie oraz innych dokumentach stanowiących integralną część Umowy ubezpieczenia oznaczają:

1) **Ambulatoryjne świadczenia medyczne** – ambulatoryjna usługa medyczna, której koszt refunduje Generali. Zakres ambulatoryjnych świadczeń medycznych przysługujących danemu Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu zdefiniowany jest w wybranym przez Ubezpieczonego wariancie pakietu ambulatoryjnego, który jest określony w Umowie ubezpieczenia potwierdzonej polisą;
2) **Autoryzacja** – wyrażenie przez Generali zgody na realizację wniosku Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego o wykonanie określonego szpitalnego świadczenia medycznego;
3) **Cennik ambulatoryjnych świadczeń medycznych** – wykaz ambulatoryjnych świadczeń medycznych wraz z przypisanymi do nich maksymalnymi cenami. Ceny te stanowią górną granicę, do której Generali zobowiązane jest refundować Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu koszty poniesione w związku z realizowanymi na jego rzecz ambulatoryjnymi świadczeniami medycznymi; Cennik przekazywany jest Ubezpieczającemu wraz z polisą;
4) **Cennik szpitalnych świadczeń medycznych** – wykaz szpitalnych świadczeń medycznych wraz z przypisanymi do nich maksymalnymi cenami. Ceny te stanowią górną granicę, do której Generali zobowiązane jest refundować Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu koszty poniesione w związku z realizowanymi na jego rzecz szpitalnymi świadczeniami medycznymi; Cennik przekazywany jest Ubezpieczającemu wraz z polisą;
5) **Choroba** – reakcja organizmu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego;
6) **Deklaracja przystąpienia** – oświadczenie Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, w którym wyraża on wolę przystąpienia do Umowy ubezpieczenia;
7) **Doraźna pomoc medyczna** – ogół czynności poprzedzających specjalistyczną pomoc medyczną, podejmowanych w stanach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, którego spodziewanym bezpośrednim następstwem jest utrata życia, trwałe uszkodzenie ciała lub trwała utrata zdrowia;
8) **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego lub jego Współmałżonka (Partnera), które nie ukończyło 18 roku życia a w przypadku, gdy kontynuuje naukę i pozostaje na wyłącznym utrzymaniu Ubezpieczonego lub jego Współmałżonka (Partnera) – do ukończenia 25 roku życia;
9) **Forma indywidualna** – forma ubezpieczenia, w której ochroną ubezpieczeniową objęty jest wyłącznie Ubezpieczony;
10) **Forma rodzinna** – forma ubezpieczenia, w której ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony, jego Współmałżonek (Partner) lub Dzieci; wszyscy Współubezpieczeni objęci są takim samym zakresem ambulatoryjnych lub szpitalnych świadczeń medycznych;
11) **Infolinia Medyczna** – jednostka organizacyjna świadcząca na rzecz Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego usługi informacyjne, w ramach których Ubezpieczony lub Współubezpieczony może:
    a) uzyskać informacje na temat aktualnego Wykazu Rekomendowanych Placówek Medycznych,
    b) uzyskać informacje na temat przysługujących mu ambulatoryjnych lub szpitalnych świadczeń medycznych;
12) **Karencja** – czasowe ograniczenie odpowiedzialności Generali w odniesieniu do szpitalnych świadczeń medycznych;.
13) **Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego** – wydany przez Generali dokument identyfikacyjny, potwierdzający prawo Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego do refundacji kosztu usług medycznych na zasadach opisanych w OWU lub zapewnienia ich zorganizowania przez Generali. Karta ważna jest wyłącznie z dokumentem ze zdjęciem;
14) **Partner** - osoba fizyczna wskazana przez Ubezpieczonego w Deklaracji przystąpienia lub innym dokumencie, pozostająca z Ubezpieczonym we wspólnym gospodarstwie domowym, która ukończyła 18 rok życia i nie przekroczyła 65 roku życia. Zmiany oświadczenia dotyczącego Partnera Ubezpieczony może dokonać raz na 36 miesięcy;
15) **Kwestionariusz medyczny** – dokument dołączany do wniosku o zawarcie umowy. Zawarte są w nim informacje na temat obecnego stanu zdrowia oraz przebytych chorób Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego. Informacje zawarte w kwestionariuszu wykorzystywane są w celu dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego i ustalenia wysokości składki;
16) **Limit ilościowy** – określony przez Generali limit liczby realizowanych na rzecz danego Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego ambulatoryjnych lub szpitalnych świadczeń medycznych w danym roku polisowym; jeżeli dane świadczenie medyczne podlega limitowi ilościowemu – informacja o tym umieszczana jest w cenniku ambulatoryjnych lub szpitalnych świadczeń medycznych przypisanych do danego wariantu pakietu ambulatoryjnego lub szpitalnego, który Ubezpieczający otrzymuje wraz z polisą;
17) **Limit wartościowy** – określona przez Generali i wskazana w cenniku ambulatoryjnych lub szpitalnych świadczeń medycznych kwota pieniężna stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Generali za dane świadczenie medyczne;
18) **Nagłe zachorowanie** – powstały w sposób nagły stan chorobowy zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego wymagający natychmiastowej pomocy medycznej;

19) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane gwałtownie i nagle działającą przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, w wyniku którego Ubezpieczony lub Współubezpieczony doznał obrażeń ciała. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca lub udaru mózgu oraz innych chorób i stanów chorobowych, nawet występujących nagle;
20) **Pakiet ambulatoryjny** – zbiór świadczeń medycznych zdefiniowany w wybranym wariancie pakietu ambulatoryjnego, wykonywanych w trybie ambulatoryjnym, w Rekomendowanej Placówce Medycznej lub w dowolnej Placówce Medycznej wybranej przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego;
21) **Pakiet szpitalny** – zbiór świadczeń medycznych zdefiniowany w wybranym wariancie pakietu szpitalnego, wykonywanych w warunkach szpitalnych, w Rekomendowanej Placówce Medycznej lub w dowolnej Placówce Medycznej wybranej przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego;
22) **Podgrupa Ubezpieczonych** – zbiór Ubezpieczonych posiadających jednolity zakres świadczeń medycznych;
23) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia;
24) **Rekomendowana Placówka Medyczna** – placówka medyczna funkcjonująca zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego, z którą Generali zawarło umowę na wykonywanie na rzecz Ubezpieczonych lub Współubezpieczonych ambulatoryjnych lub szpitalnych świadczeń medycznych; lista Rekomendowanych Placówek Medycznych znajduje się na stronie internetowej Generali;
25) **Rocznica polisy** – każda kolejna rocznica określonej w Umowie ubezpieczenia i potwierdzonej w polisie daty początku okresu ubezpieczenia;
26) **Rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy, pierwszy rok polisy zaczyna się w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a kończy z upływem dnia poprzedzającego najbliższą rocznicę polisy;
27) **Składka** – kwota należna Generali od Ubezpieczającego za udzielaną ochronę ubezpieczeniową. Terminy płatności składki oraz jej wysokość określone są w Umowie ubezpieczenia i potwierdzone w polisie. Składka może być rozłożona na raty. Częstotliwość zapłaty raty składki wskazana jest w polisie;
28) **Szpitalne świadczenie medyczne** – usługa medyczna wykonywana w warunkach szpitalnych, której koszt refunduje Generali. Świadczenia medyczne przysługujące danemu Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu zdefiniowane są w wybranym przez Ubezpieczonego wariancie pakietu szpitalnego, który jest jednoznacznie określony w Umowie ubezpieczenia potwierdzonej polisą;
29) **Termin wymagalności składki** – data początku okresu ubezpieczenia, a następnie taki sam dzień w kolejnych okresach, wyznaczanych przez częstotliwość opłacania składki. Jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym nie ma takiego dnia, terminem wymagalności składki jest ostatni dzień kończący okres, za który składka ochronna była ostatnio należna;
30) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, zawierająca Umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacania składek z tego tytułu;
31) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rachunek której zawarta została Umowa ubezpieczenia w formie indywidualnej lub formie rodzinnej, która ukończyła 18 rok życia i nie przekroczyła 65 roku życia; uprawniona do wskazania osób Współubezpieczonych w przypadku zawarcia ubezpieczenia w formie rodzinnej;
32) **Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Generali a Ubezpieczającym na podstawie OWU;
33) **Wariant pakietu ambulatoryjnego** – pakiet świadczeń ambulatoryjnych, dla którego został zdefiniowany zakres oraz określona została składka;
34) **Wariant pakietu szpitalnego** – pakiet świadczeń szpitalnych, dla którego został zdefiniowany zakres świadczeń medycznych oraz określona została składka;
35) **Wiek Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego** – liczba ukończonych pełnych lat Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego określana w dniu wypełnienia Deklaracji przystąpienia lub w dniu rocznicy polisy;
36) **Współmałżonek** – osoba fizyczna, która ukończyła 18 rok życia i nie przekroczyła 65 roku życia, pozostająca z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;
37) **Współubezpieczony** – Współmałżonek lub Partner Ubezpieczonego, a także Dzieci własne lub przysposobione. Wszyscy Współubezpieczeni muszą być imiennie wskazani w deklaracji przystapienia do ubezpieczenia;
38) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – świadczenie medyczne zrealizowane w warunkach ambulatoryjnych lub szpitalnych na rzecz Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego.

Rozdział III. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia w formie indywidualnej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Przedmiotem ubezpieczenia w formie rodzinnej jest:
   1) zdrowie Ubezpieczonego oraz
   2) zdrowie Współubezpieczonych.

§ 4

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
   1) ryzyko poniesienia przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego kosztów ambulatoryjnych świadczeń medycznych realizowanych na jego rzecz w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej,
   2) ryzyko poniesienia przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego kosztów szpitalnych świadczeń medycznych realizowanych na jego rzecz w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
2. Zakres świadczeń medycznych objętych ochroną ubezpieczeniową, który realizowany jest na rzecz danego Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, uzależniony jest od wybranego przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego:
   1) wariantu pakietu ambulatoryjnego,
   2) wariantu pakietu szpitalnego,

   wskazanego w polisie.

3. Generali może wprowadzić limity ilościowe kosztów ambulatoryjnych lub szpitalnych świadczeń medycznych, polegające na określeniu maksymalnej liczby danego rodzaju ambulatoryjnych świadczeń medycznych, szpitalnych świadczeń medycznych lub badań diagnostycznych w roku polisowym.
4. Generali może wprowadzić limity wartościowe kosztów ambulatoryjnych lub szpitalnych świadczeń medycznych, polegające na określeniu maksymalnej kwoty (ceny), do jakiej refundowane są koszty poniesione przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego na wykonanie danego ambulatoryjnego lub szpitalnego świadczenia medycznego.
5. Generali zastrzega sobie prawo do wprowadzenia zmian w cenniku ambulatoryjnych lub szpitalnych świadczeń medycznych. Zmiana cennika wchodzi w życie od najbliższej rocznicy polisy.
6. Ochroną ubezpieczeniową, z zastrzeżeniem ograniczeń odpowiedzialności określonych w OWU, objęte są wyłącznie te ambulatoryjne lub szpitalne świadczenia medyczne, które wchodzą w zakres wybranego przez Ubezpieczającego wariantu pakietu ambulatoryjnego lub wariantu pakietu szpitalnego.
7. Ochrona ubezpieczeniowa określona w OWU udzielana jest na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Rozdział IV. Ambulatoryjne świadczenia medyczne

§ 5

Ubezpieczony lub Współubezpieczony ma prawo wolnego wyboru lekarza oraz placówki medycznej, w której ma zostać zrealizowane ambulatoryjne świadczenie medyczne.

Rozdział V. Doraźna Pomoc Medyczna

§ 6

1. Świadczenia doraźnej pomocy medycznej udzielane są na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, w zakresie zdefiniowanym w polisie.
2. Świadczenia doraźnej pomocy medycznej obejmują wszelkie działania pomocy doraźnej zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym i przepisami wydanymi na jej podstawie.
3. Świadczenia doraźnej pomocy medycznej realizowane są przez zespoły reanimacyjne lub wypadkowe spełniające wymagania dotyczące składu osobowego i wyposażenia według obowiązujących standardów.
4. Świadczenia doraźnej pomocy medycznej, o których mowa w niniejszym paragrafie przysługują Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu, którzy posiadają wariant pakietu ambulatoryjnego, obejmujący te świadczenia.

Rozdział VI. Szpitalne świadczenia medyczne

§ 7

1. Realizacja szpitalnych świadczeń medycznych na rzecz danego Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego wymaga autoryzacji Generali, pod rygorem odmowy pokrycia kosztów realizacji danego świadczenia szpitalnego.
2. W celu uzyskania autoryzacji Ubezpieczony lub Współubezpieczony zobowiązany jest do:
   1) skontaktowania się z Infolinią Medyczną;
   2) podania pracownikowi Infolinii Medycznej danych znajdujących się na Karcie Ubezpieczenia Zdrowotnego w tym imię i nazwisko oraz kontakt do lekarza, który wystawił skierowanie na zabieg oraz przyczynę skierowania na zabieg;
   3) złożenia w Generali wniosku o autoryzację świadczenia szpitalnego wraz z:
      a) kopią wydanego przez lekarza skierowania na zabieg;
      b) potwierdzonej za zgodność z oryginałem kserokopii dokumentu tożsamości;
      c) Generali ma prawo do żądania dodatkowych informacji i dokumentów, innych niż wymienione w pkt. 3 a) -b), jeżeli jest to niezbędne do autoryzacji danego świadczenia szpitalnego.
3. Generali może skierować Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, jeżeli będzie to niezbędne do podjęcia decyzji o autoryzacji świadczenia szpitalnego. W takim przypadku Generali poinformuje o tym Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego na piśmie w ciągu 2 dni roboczych od dnia otrzymania, wniosku o autoryzację świadczenia szpitalnego.
4. Badania lekarskie, o których mowa w ust. 4 wykonywane są na koszt Generali, przez lekarzy (Placówki Medyczne) wskazanych przez Generali.
5. Generali podejmuje decyzję o autoryzacji w ciągu 2 dni roboczych od dnia otrzymania wniosku Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego o autoryzację szpitalnego świadczenia medycznego wraz z wymaganymi załącznikami lub od dnia uzyskania dodatkowych dokumentów medycznych lub otrzymania wyników zleconych badań lekarskich.
6. Decyzja o autoryzacji przekazywana jest Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu na piśmie, listem poleconym na adres podany przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego we wniosku o autoryzację świadczenia szpitalnego.
7. W przypadku nagłych zachorowań wymagających natychmiastowej hospitalizacji Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, wniosek o autoryzację wykonania szpitalnego świadczenia medycznego może być zgłoszony po rozpoczęciu udzielania na rzecz Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego świadczeń szpitalnych. Zgłoszenia może dokonać Ubezpieczony lub Współubezpieczony lub w jego imieniu osoba bliska Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego lub lekarz prowadzący leczenie.
   W celu uzyskania autoryzacji zastosowanie mają odpowiednio postanowienia §7 ust. 3-6 OWU.
8. Ubezpieczony lub Współubezpieczony za pośrednictwem Infolinii Medycznej może uzyskać szczegółowe informacje o Rekomendowanych Placówkach Medycznych Generali wykonujących szpitalne świadczenia medyczne i ustalić dogodny termin wykonania świadczenia.
9. Ochrona ubezpieczeniowa ulega przedłużeniu na czas niezbędny do zakończenia świadczenia zleconego lub którego realizacja została rozpoczęta w okresie na jaki ochrona została ustalona i potwierdzona w polisie jednak nie dłuższy niż 30 dni.

Rozdział VII. Ograniczenia odpowiedzialności

§ 8

1. Ochrona ubezpieczeniowa Generali nie obejmuje refundacji kosztów ambulatoryjnych lub szpitalnych świadczeń medycznych wykonywanych w związku z:
   1) leczeniem wad wrodzonych, uszkodzeń okołoporodowych lub mających charakter dziedziczny;
   2) leczeniem narkomani, alkoholizmu i innych uzależnień Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego;
   3) leczeniem gruźlicy, zakażenia wirusem HIV i zespołu AIDS u Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego;
   4) leczeniem chorób, nieszczęśliwych wypadków i ich następstw spowodowanych przez: działania wojenne, stan wyjątkowy, stan wojenny, akty terroru, rozruchy, zamieszki, masowe skażenie promieniotwórcze, chemiczne lub biologiczne, oraz powstałych w wyniku eksplozji materiałów wybuchowych lub innych środków pirotechnicznych, w tym sztucznych ogni;
   5) diagnostyką i leczeniem bezpłodności, w tym wszelkich form sztucznego zapłodnienia;
   6) prowadzeniem ciąży wysokiego ryzyka; niniejsze wyłączenie nie obejmuje wykonywania konsultacji lekarskich i badań diagnostycznych realizowanych na rzecz Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, które związane są z ciążą fizjologiczną bez powikłań;
   7) leczeniem chorób, następstw nieszczęśliwych wypadków powstałych w wyniku spożycia przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego alkoholu, użycia narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii i innych substancji uznanych za nielegalne oraz środków odurzających; zażycia środków farmakologicznych nie zapisanych przez lekarza lub niezgodnie z zaleceniem lekarskim;
   8) leczeniem chorób, następstw nieszczęśliwych wypadków i ich następstw powstałych wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego oraz powstałych w skutek próby samobójczej, samookaleczenia się lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego;
   9) leczeniem chorób, następstw nieszczęśliwych wypadków powstałych w wyniku wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego;
   10) leczeniem chorób, następstw nieszczęśliwych wypadków powstałych w wyniku uprawiania przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego sportów wysokiego ryzyka, tj.: alpinizm, baloniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu sprzętu specjalistycznego, skoki na linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne szybownictwo wyścigi samochodowe i motocyklowe;
   11) leczeniem sanatoryjnym oraz pobytami rehabilitacyjnymi.
2. Generali zwolnione jest z obowiązku refundacji kosztów:
   1) badań i konsultacji zleconych lub wykonanych przez osoby bliskie (współmałżonka, rodziców, dzieci, rodzeństwo) Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego;
   2) ambulatoryjnych i szpitalnych świadczeń medycznych związanych z pobytem w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo – leczniczej lub leczniczo – pielęgnacyjnej, w której Ubezpieczony lub Współubezpieczony przebywa z przyczyn medycznych, rodzinnych lub społecznych.
3. Ponadto ochrona ubezpieczeniowa Generali nie obejmuje refundacji kosztów realizacji szpitalnych świadczeń medycznych:
   1) które zostały zlecone Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu przed dniem objęcia go ochroną ubezpieczeniową; wyłączenia niniejszego nie stosuje się, jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony w chwili składania deklaracji zgłosił istnienie tych schorzeń, a Towarzystwo po dokonaniu oceny ryzyka określiło odpowiednią składkę i objęło ochroną ubezpieczeniową;
   2) z tytułu chorób lub schorzeń, których przyczyny zostały zdiagnozowane lub były leczone u Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego przed dniem objęcia go ochroną ubezpieczeniową; wyłączenia niniejszego nie stosuje się, jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony w chwili składania deklaracji zgłosił istnienie tych schorzeń, a Towarzystwo po dokonaniu oceny ryzyka określiło odpowiednią składkę i objęło ochroną ubezpieczeniową;
   3) których wykonanie wymaga działania w stanach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, a którego spodziewanym bezpośrednim następstwem jest utrata życia, trwałe uszkodzenie ciała lub trwała utrata zdrowia;
   4) będących zabiegami z zakresu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyjątkiem tych, których przeprowadzenie związane było z leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku.
4. Ochrona ubezpieczeniowa Generali nie obejmuje refundacji kosztów świadczeń medycznych, których wykonanie nie było uzasadnione z medycznego punktu widzenia.

§ 9

Generali nie jest zobowiązane do refundacji kosztów ambulatoryjnych lub szpitalnych świadczeń medycznych, które zostały poniesione przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w związku z koniecznością leczenia wcześniej popełnionego błędu w sztuce lekarskiej.

Rozdział VIII. Karencja

§ 10

1. Z odpowiedzialności Generali wyłączone są szpitalne świadczenia medyczne przeprowadzane w okresie karencji.
2. Okres karencji liczony jest od pierwszego dnia objęcia Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową i wynosi:
   1) 90 dni dla szpitalnych świadczeń związanych z leczeniem chorób objętych zakresem ubezpieczenia;
   2) 270 dni dla szpitalnych świadczeń związanych z ciążą i porodem.
3. Karencja nie obowiązuje w przypadku szpitalnych świadczeń medycznych realizowanych na rzecz Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w związku z następstwem nieszczęśliwego wypadku, który zaistniał po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej.

Rozdział IX. Zawarcie umowy ubezpieczenia

§ 11

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie kompletnie i poprawnie wypełnionego Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia na formularzu Generali.
2. Zawarcie umowy na cudzy rachunek, a także jej zmiana wymaga uprzedniej pisemnej zgody tej osoby.
3. Do wniosku o ubezpieczenie muszą być załączone następujące dokumenty:
   1) oświadczenia woli wszystkich zgłoszonych przez Ubezpieczającego do Umowy ubezpieczenia Ubezpieczonych, w postaci poprawnie wypełnionych i podpisanych przez poszczególnych Ubezpieczonych oraz Współubezpieczonych formularzy Deklaracji przystąpienia;
   2) imienna lista Ubezpieczonych oraz Współubezpieczonych (w przypadku formy rodzinnej) sporządzona przez Ubezpieczającego; lista musi być sporządzona w formie pisemnej oraz w formie pliku elektronicznego wg wzoru wskazanego przez Generali i musi zawierać, co najmniej następujące dane: imię i nazwisko Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, płeć, datę urodzenia, PESEL (w przypadku obcokrajowców nr paszportu), miejsce zamieszkania (w przypadku obcokrajowców miejsce stałego pobytu na terenie RP), określenie formy ubezpieczenia (indywidualna/rodzinna), data objęcia ochroną ubezpieczeniową oraz jednoznaczne określenie wybranego wariantu pakietu świadczeń ambulatoryjnych lub szpitalnych świadczeń medycznych objętych ochroną ubezpieczeniową;
   3) w przypadku, gdy Ubezpieczający wyodrębnił dwie lub więcej podgrup Ubezpieczonych zróżnicowanych ze względu na zakres ochrony ubezpieczeniowej i składki, do Wniosku o ubezpieczenie należy dołączyć Załącznik, w którym wskazany został wariant pakietu świadczeń ambulatoryjnych lub szpitalnych świadczeń medycznych objętych ochroną ubezpieczeniową, forma ubezpieczenia oraz składka dla każdej podgrupy;
   4) w przypadku, gdy zakres ubezpieczenia dla danej podgrupy włączony obejmuje pakiet szpitalny do wniosku należy dołączyć wypełnione i podpisane przez każdego z Ubezpieczonych lub Współubezpieczonych „Kwestionariusze medyczne”;
   5) w przypadku, gdy zakres ubezpieczenia dla danej podgrupy obejmuje pakiet świadczeń szpitalnych, Generali może zwrócić się do Ubezpieczającego lub Współubezpieczonego z wnioskiem o dostarczenie dodatkowych dokumentów, w szczególności dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonych lub Współubezpieczonych, niezbędnych do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego;
   6) inne wskazane przez Generali dokumenty, niezbędne do oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
4. W przypadku, gdy w wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka dotyczącej określonych we wniosku o ubezpieczenie pakietów świadczeń szpitalnych okaże się, iż ryzyko ubezpieczeniowe jest większe niż zakładano przy kalkulacji przedstawionej wcześniej informacji dotyczącej warunków umowy ubezpieczenia, Generali ma prawo, najpóźniej w terminie 14 dni od dnia dostarczenia kompletu dokumentów niezbędnych do oceny ryzyka, zaproponować Ubezpieczającemu na piśmie nowe warunki ubezpieczenia w zakresie pakietów szpitalnych bądź odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia w tym zakresie.

§ 12

W przypadku wybrania formy rodzinnej zarówno Ubezpieczony i Współubezpieczeni objęci są jednakowym zakresem ochrony ubezpieczeniowej.

Rozdział X. Przystąpienie Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia

§ 13

1. Ubezpieczony może przystąpić do Umowy ubezpieczenia w dowolnym terminie w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia, o ile w dniu przystąpienia do Umowy ubezpieczenia łącznie spełnia następujące warunki:
   1) pozostaje z Ubezpieczającym w stosunku pracy lub innym stosunku prawnym, który został zaakceptowany przez Generali;
   2) nie przebywa na zwolnieniu lekarskim lub nie jest hospitalizowany;
   3) spełnia inne warunki określone przez Ubezpieczającego, zaakceptowane przez Generali oraz wskazane w polisie.
2. Ubezpieczony składa oświadczenie woli o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia przez poprawnie wypełnienie, podpisanie oraz złożenie Ubezpieczającemu Deklaracji przystąpienia.
3. W przypadku, gdy zakres ochrony ubezpieczeniowej ma obejmować również medyczne świadczenia szpitalne Ubezpieczony lub Współubezpieczony zobowiązany jest wraz z Deklaracją przystąpienia wypełnić, podpisać i złożyć Ubezpieczającemu „Kwestionariusz Medyczny”.
4. W celu zapewnienia poufności danych zawartych w „Kwestionariuszu Medycznym” i zabezpieczenia ich przez dostępem przez osoby nieuprawnione, Ubezpieczony powinien przekazać „Kwestionariusz Medyczny” Ubezpieczającemu w podpisanej i zaklejonej kopercie.
5. W przypadku, gdy ochrona ubezpieczeniowa zawarta zostaje w formie rodzinnej Ubezpieczony w deklaracji przystąpienia wskazuje osoby (Współmałżonka lub Partnera lub Dzieci), które mają być objęte ochroną ubezpieczeniową. Wskazane przez Ubezpieczonego osoby potwierdzają wolę przystąpienia do Umowy ubezpieczenia przez złożenie podpisu (w przypadku osób małoletnich – podpis składa przedstawiciel ustawowy) na formularzu Deklaracji przystąpienia.
6. Generali zastrzega sobie prawo, na podstawie zebranych dokumentów, do odmowy objęcia zgłoszonej osoby ochroną ubezpieczeniową lub zaproponowania odmiennych od zawartych we wniosku, o którym mowa w § 11 ust. 4 warunków ubezpieczenia, o tym fakcie Generali powiadomi Ubezpieczającego na piśmie.

Rozdział XI. Początek i koniec odpowiedzialności Generali

§ 14

O ile nie ustalono inaczej za dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej uznaje się pierwszy dzień miesiąca, następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczający złożył do Generali wniosek o ubezpieczenie wraz ze wszystkimi wymaganymi

na podstawie OWU dokumentami pod warunkiem, zaakceptowania przez Generali wniosku na zasadach określonych w umowie ubezpieczeniowej i zapłacenia składki w należnej wysokości.

§ 15

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych lub Współubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w formie rodzinnej wygasa:
   1) z dniem śmierci Ubezpieczonego;
   2) z dniem rocznicy polisy następującej bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego 65 roku życia;
   3) z dniem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia;
   4) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy Ubezpieczenia;
   5) z dniem otrzymania przez Generali od Ubezpieczającego informacji o rezygnacji Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej, z końcem okresu, za jaki została opłacona składka;
   6) w przypadku upływu terminu do opłacenia składki, o którym mowa w § 25 ust.1 jeżeli składka nie została opłacona.
2. Ponadto ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do poszczególnych Współubezpieczonych wygasa:
   1) w przypadku Dziecka z dniem rocznicy polisy następującej bezpośrednio po ukończeniu przez Dziecko 18 roku życia lub 25 roku życia, gdy Dziecko jest na wyłącznym utrzymaniu Ubezpieczonego i kontynuuje naukę;
   2) z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego.

Rozdział XII. Czas trwania umowy ubezpieczenia

§ 16

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na czas nieokreślony.
2. W rocznicę polisy Generali może zaproponować Ubezpieczającemu zmianę warunków Umowy ubezpieczenia, z uwagi na zmianę okoliczności mających wpływ na ocenę ryzyka, w szczególności zmianę:
   1) struktury wieku i płci;
   2) struktury zawodowej Ubezpieczonych;
   3) liczby osób Ubezpieczonych;
   4) stanu zdrowia Ubezpieczonych i/lub Współubezpieczonych (w przypadku, gdy zakresem Umowy ubezpieczenia są objęte szpitalne świadczenia medyczne).
3. W przypadku zaproponowania przez Generali zmiany warunków Umowy ubezpieczenia w rocznicę polisy, Generali poinformuje Ubezpieczającego o tych zmianach na piśmie najpóźniej w terminie 45 dni poprzedzającym datę rocznicy polisy, wyznaczając Ubezpieczającemu 14 dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu.
4. Ubezpieczający w odpowiedzi na propozycję zmiany warunków może:
   1) zaakceptować na piśmie propozycję Generali, wtedy zaproponowane przez Generali warunki ubezpieczenia obowiązują w kolejnym roku polisowym;
   2) odrzucić nadesłaną propozycję informując o tym na piśmie Generali;
   3) nie udzielić Generali żadnej odpowiedzi na piśmie.
5. W przypadku określonym w ust. 4 pkt 2 i 3 Generali przysługuje prawo wypowiedzenia umowy z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia.
6. W przypadku zaakceptowania przez Ubezpieczającego propozycji warunków ubezpieczenia na kolejny rok polisowy, Generali potwierdza nowe warunki przez wystawienie aneksu do polisy.

§ 17

1. W ramach jednej Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający ma prawo do wyodrębnienia podgrup Ubezpieczonych.
2. Wszyscy Ubezpieczeni w ramach jednej podgrupy Ubezpieczonych objęci są jednakowym zakresem ochrony ubezpieczeniowej.
3. W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający ma prawo do wnioskowania do Generali o wyodrębnienie nowych podgrup Ubezpieczonych różniących się od aktualnie funkcjonujących podgrup wariantem pakietu świadczeń ambulatoryjnych lub świadczeń szpitalnych.
4. W stosunku do nowo wyodrębnianych podgrup stosuje się odpowiednio zasady określone w § 11 i § 12 OWU.

§ 18

1. Zawarcie Umowy ubezpieczenia potwierdzone zostaje polisą.
2. Wraz z polisą Ubezpieczający otrzymuje od Generali dla każdego Ubezpieczonego i Współubezpieczengo:
   1) imienną Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego;
   2) cennik ambulatoryjnych świadczeń medycznych;
   3) cennik szpitalnych świadczeń medycznych.

Rozdział XIII. Zmiana warunków ubezpieczenia

§ 19

1. Ubezpieczający w okresie roku polisowego ma prawo do wnioskowania do Generali o zmianę zakresu ochrony ubezpieczeniowej poprzez zmianę wariantu pakietu ambulatoryjnego na wyższy dla wskazanej podgrupy Ubezpieczonych i Współubezpieczonych
2. Zmiany, o których mowa w ust 1, obowiązują od pierwszego dnia miesiąca, następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczający złożył wniosek, o którym mowa w ust. 1, pod warunkiem pisemnej akceptacji zmiany przez Generali i opłacenia składki w należnej wysokości.
3. Zmiana zakresu ochrony ubezpieczeniowej poprzez zmianę wariantu pakietu ambulatoryjnego lub szpitalnego na wyższy może być dokonana jeden raz w roku polisowym.

4. Ubezpieczający w rocznicę polisy ma prawo do wnioskowania do Generali o zmianę zakresu ochrony ubezpieczeniowej poprzez:
   1) zmianę wariantu pakietu szpitalnego na wyższy;
   2) zmianę wariantu pakietu ambulatoryjnego lub pakietu szpitalnego na niższy dla wskazanej podgrupy Ubezpieczonych.
5. W przypadku rozszerzenia w rocznicę polisy zakresu ochrony ubezpieczeniowej, polegającej na zmianie wariantu pakietu szpitalnego z niższego na wyższy, okresy karencji, o których mowa w § 10 stosuje się wyłącznie do ambulatoryjnych lub szpitalnych świadczeń medycznych, o które został rozszerzony zakres ochrony ubezpieczeniowej.
6. Zmiany, o których mowa w ust 4, obowiązują od rocznicy polisy, pod warunkiem zaakceptowane na piśmie przez Generali oraz opłacenia składki w należnej wysokości.
7. Ubezpieczający w okresie roku polisowego ma prawo do wnioskowania w imieniu Ubezpieczonych o zmianę formy ubezpieczenia:
   1) z indywidualnej na rodzinną,
   2) z rodzinnej na indywidualną.
8. Zmiana formy ubezpieczenia dla poszczególnych Ubezpieczonych może być dokonana jeden raz w okresie roku polisowego.

Rozdział XIV. Odstąpienie i wypowiedzenie umowy ubezpieczenia

§ 20

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia doręczenia polisy, a jeżeli Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia doręczenia polisy. Odstąpienie od umowy nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Generali udzielało ochrony ubezpieczeniowej. Oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 21

1. Każda ze stron może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie, przy zachowaniu formy pisemnej i trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, z zastrzeżeniem § 16 ust. 5. Okres wypowiedzenia rozpoczyna bieg z pierwszym dniem miesiąca następującego po miesiącu, w którym druga strona otrzymała oświadczenie o wypowiedzeniu.
2. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem upływu okresu wypowiedzenia umowy.

Rozdział XV. Suma ubezpieczenia i wysokość refundacji kosztów świadczeń medycznych

§ 22

1. Wysokość refundacji poniesionych przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego kosztów ambulatoryjnych lub szpitalnych świadczeń medycznych uzależniona jest od:
   1) określonego przez Generali limitu ilościowego ambulatoryjnych lub szpitalnych świadczeń medycznych;
   2) określonego przez Generali limitu wartościowego ambulatoryjnych lub szpitalnych świadczeń medycznych, określonych w Umowie ubezpieczenia i potwierdzonych polisą.
2. Jeżeli Ubezpieczony lub Współubezpieczony złoży wniosek o refundację kosztów zrealizowanego ambulatoryjnego lub szpitalnego świadczenia medycznego, którego wartość jednostkowa:
   1) jest wyższa niż określony przez Generali limit wartościowy, Generali wypłaca świadczenie do wysokości limitu wartościowego;
   2) jest niższa niż określony przez Generali limit wartościowy, Generali wypłaca świadczenie do wysokości kwoty określonej we wniosku o refundację kosztów.

Rozdział XVI. Składka

§ 23

1. Generali ustala wysokość składki z tytułu Umowy ubezpieczenia w zależności od:
   1) zakresu świadczeń objętych ochroną w ramach danego wariantu pakietu ambulatoryjnych lub szpitalnych świadczeń medycznych oraz formy ubezpieczenia;
   2) liczby osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia;
   3) struktury wiekowej i zawodowej osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia;
   4) stanu zdrowia ubezpieczonych, o ile w zakres ochrony ubezpieczeniowej włączone zostają szpitalne świadczenia medyczne;
   5) częstotliwości opłacania składek.
2. Wysokość składki należnej za jednego Ubezpieczonego potwierdzona jest w polisie.
3. Składkę uważa się za opłaconą z dniem wpływu w należnej wysokości na rachunek bankowy Generali.
4. Składka może być płatna z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną, zgodnie z wyborem Ubezpieczającego. Termin płatności składki, wysokość rat oraz częstotliwość ich opłacania określone są w Umowie ubezpieczenia i potwierdzone w polisie.
5. Jeżeli Ubezpieczający nie zapłaci raty składki w terminie 14 dni od dnia jej wymagalności Generali wezwie Ubezpieczającego do zapłaty zaległej raty wyznaczając mu dodatkowy 14-dniowy termin i poinformuje o skutkach jej niezapłacenia w tym terminie.

§ 24

1. Wysokość składki ustalana jest przez Generali za każdy rok obowiązywania Umowy ubezpieczenia. W przypadku zmiany warunków mających wpływ na ocenę ryzyka, Generali przysługuje prawo do zmiany wysokości składki. W przypadku zmiany wysokości składki Generali poinformuje Ubezpieczającego o jej nowej wysokości na kolejny rok polisowy nie później niż na 30 dni przed rocznicą polisy, wyznaczając Ubezpieczającemu 14 dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu.
2. Zapisy rozdz. XIII § 16 ust. 4 – 5 stosuje się odpowiednio.

§ 25

1. Nieopłacenie składki w dodatkowym terminie, o którym mowa w § 23 ust. 5 skutkuje ustaniem odpowiedzialności Generali z upływem ostatniego dnia do zapłaty.
2. Odstąpienie od Umowy, jej rozwiązanie za wypowiedzeniem lub wygaśniecie ochrony w stosunku do Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, za którego nie została zapłacona składka lub jej rata nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Generali udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

Rozdział XVII. Wypłata świadczenia z tytułu kosztów poniesionych na świadczenia medyczne

§ 26

1. Generali refunduje Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu poniesione przez niego koszty ambulatoryjnych lub szpitalnych świadczeń medycznych do wysokości określonej zgodnie z postanowieniami § 22 ust. 3 – 5 na podstawie pisemnego zgłoszenia roszczenia na formularzu Generali wraz z załącznikami. Załącznikami są oryginały rachunków lub faktur i inne dokumenty niezbędne do realizacji świadczenia. Rachunki i inne dokumenty załączone do zgłoszenia roszczenia stają się własnością Generali.
2. W przypadku roszczenia o refundację kosztów z tytułu udzielonego ambulatoryjnego lub szpitalneo świadczenia medycznego rachunki lub faktury muszą zawierać:
   1) imię, nazwisko oraz aktualny adres Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, któremu zostało udzielone ambulatoryjne lub szpitalne świadczenie medyczne;
   2) datę oraz pełną nazwę udzielonego ambulatoryjnego lub szpitalnego świadczenia medycznego wraz z ceną jednostkową;
   3) pieczęć firmową placówki medycznej;
   4) podpis osoby upoważnionej do wystawiania rachunku lub faktury.
3. W przypadku roszczenia o refundację kosztów z tytułu leczenia dentystycznego rachunki lub faktury muszą zawierać:
   1) imię, nazwisko oraz aktualny adres Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, któremu zostało udzielone ambulatoryjne świadczenie medyczne;
   2) datę oraz pełną nazwę udzielonego ambulatoryjnego świadczenia medycznego wraz z ceną jednostkową;
   3) szczegółowe oznaczenie leczonych zębów;
   4) pieczęć firmową placówki medycznej;
   5) podpis osoby upoważnionej do wystawiania rachunku lub faktury.
4. Jeżeli wniosek o refundację oraz załączone do niego faktury (rachunki), o których mowa w ust. 2 – 3, nie będą zawierały kompletu informacji (w szczególności: opisu udzielonego ambulatoryjnego lub szpitalnego świadczenia medycznego oraz ich cen jednostkowych) niezbędnych Generali do określenia wysokości zgłoszonego roszczenia, Generali może odmówić refundacji poniesionych przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego kosztów.
5. W przypadku odmowy wypłaty świadczenia, z powodów określonych w ust. 4, Generali zawiadomi Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego na piśmie, wskazując jednocześnie na braki w dokumentacji zgłoszonego roszczenia, po usunięciu których Ubezpieczony lub Współubezpieczony będzie mógł ponownie wystąpić z wnioskiem o wypłatę świadczenia.
6. Generali zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w złotych w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zgłoszenia roszczenia.
7. Jeżeli w ciągu określonego w ust. 6 terminu wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Generali lub wysokości świadczenia okaże się niemożliwe, to świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni po wyjaśnieniu tych okoliczności. Generali zobowiązane jest do wypłaty bezspornej części świadczenia, w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zgłoszenia roszczenia.

Rozdział XVIII. Prawa i obowiązki stron

§ 27

1. Generali zobowiązane jest do:
   1) przekazywania Ubezpieczającemu pisemnych informacji dotyczących zmiany warunków Umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z Umowy ubezpieczenia;
   2) informowania Ubezpieczonego o dokumentach potrzebnych do ustalenia odpowiedzialności Generali, w przypadku zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, o ile zdarzenia te zostały zgłoszone;
   3) udostępniania Ubezpieczającemu oraz Ubezpieczonym informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Generali;
   4) udostępnienia Ubezpieczającemu tekstu OWU, zakresu świadczeń medycznych wynikających z wybranego pakietu ambulatoryjnego lub pakietu szpitalnego oraz listy Rekomendowanych Placówek Medycznych przed zawarciem Umowy ubezpieczenia;
   5) wystawienia polisy potwierdzającej zawarcie Umowy ubezpieczenia i przekazania jej Ubezpieczającemu;
2. Generali ma prawo dokonywania zmian w liście Rekomendowanych Placówek Medycznych. Lista nie stanowi części Umowy Ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do:
   1) przekazywania Generali imiennej listy wszystkich Ubezpieczonych i Współubezpieczonych, którzy w dacie zawarcia Umowy ubezpieczenia mają zostać objęci ochroną ubezpieczeniową;
   2) informowania Generali o zmianach na liście Ubezpieczonych i Współubezpieczonych (przystąpienia, rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej); niniejszą informację Ubezpieczający, o ile nie ustalono inaczej zobowiązany jest przekazywać do Generali, niepóźnej niż na 7 dni roboczych przed zakończeniem miesiąca, poprzedzającego miesiąc, którego zmiany mają dotyczyć;

3) niezwłocznego przekazania Generali prawidłowo wypełnionych i podpisanych przez każdego z Ubezpieczonych Deklaracji przystąpienia, dla każdej z osób zgłoszonych do Umowy Ubezpieczenia;
4) opłacenia składki ubezpieczeniowej za wszystkich Ubezpieczonych, których zgłosił do umowy ubezpieczenia w wysokości oraz terminach określonych w Umowie ubezpieczenia.

4. Ubezpieczający oraz Ubezpieczony lub Współubezpieczony zobowiązani są do poinformowania Generali o wszystkich znanych sobie okolicznościach, o które Generali zapytało we Wniosku o ubezpieczenie, Ankiecie medycznej albo przed zawarciem Umowy ubezpieczenia w innych pismach.
5. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Współubezpieczony w zakresie ryzyka poniesienia kosztów ambulatoryjnych lub szpitalnych świadczeń medycznych są zobowiązani do zgłaszania zmian okoliczności, o których Generali pytało we Wniosku o ubezpieczenie (Ankiecie medycznej) lub innych pismach oraz na żądanie Generali do udzielania dodatkowych informacji koniecznych do ustalenia okoliczności związanych ze zdarzeniem ubezpieczeniowym. Na żądanie Generali Ubezpieczony lub Współubezpieczony zobowiązany jest do poddania się badaniom przez wyznaczonego przez Generali lekarza.

Rozdział XIX. Skutki naruszenia obowiązków

§ 28

1. Generali jest wolne od odpowiedzialności za skutki okoliczności, o które Generali pytało we Wniosku, Ankiecie medycznej lub innych pismach przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, a które zostały zatajone lub podane niezgodnie z prawdą przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego.
2. W razie ujawnienia okoliczności, która skutkuje istotną zmianą prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, każda ze stron może zażądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.

Rozdział XX. Postanowienia końcowe

§ 29

1. Do Umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU.
2. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane do Generali, Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego powinny być składane na piśmie.
3. Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Współubezpieczony w okresie ubezpieczenia zmienił adres zameldowania lub siedzibę i nie zawiadomi o tym Generali, przyjmuje się, że Generali wypełniło swój obowiązek zawiadomienia lub złożenia oświadczenia wysyłając pismo pod ostatni wskazany przez Ubezpieczającego adres.
4. Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do wystąpienia z roszczeniem nie zgadza się z decyzjami Generali, co do odmowy zaspokojenia roszczenia albo wnosi inne skargi lub zażalenia, może ona wystąpić z wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy.
5. Skarga lub zażalenie, o którym mowa w ust. 4 zostanie rozpatrzony w ciągu 30 dni od daty wpływu do Generali.
6. Ponadto, jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do wystąpienia z roszczeniem nie zgadza się z decyzjami Generali co do odmowy zaspokojenia roszczenia albo wnosi inne skargi lub zażalenia, może wnieść skargę lub zażalenia do Rzecznika Ubezpieczonych działającego zgodnie z przepisami ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych.
7. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Współubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
8. Prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.
9. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia stosuje się przepisy prawa polskiego, w tym: Kodeksu Cywilnego, ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. Nr 124, poz. 1151, z późn. zm.) oraz inne obowiązujące akty prawne.

Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego II przyjęte zostały Uchwałą Zarządu Generali T.U. S.A. nr GNL/1/1/6/2009 z dnia 3 czerwca 2009 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych po dniu 1 sierpnia 2009 roku.

Andrzej Jarczyk	Artur Olech	Michał Gomowski
Prezes Zarządu Generali T.U. S.A.	Członek Zarządu Generali T.U. S.A.	Wiceprezes Zarządu Generali T.U. S.A.

Generali T.U. S.A.
Warszawa, ul. Postępu 15B
tel. (0-22) 543 05 43
fax (0-22) 543 09 08

Centrum Klienta: 0-801 343 343 lub (0-22) 543 0 543

www.generali.pl