

WARUNKI UBEZPIECZENIA

GRUPOWEGO NA ŻYCIE I ZDROWIE KREDYTOBIORCÓW
GETIN NOBLE BANK SPÓŁKA AKCYJNA

„PROGRAM OCHRONNY ŻYCIA I ZDROWIA – WARIANT STANDARD”



Wykaz informacji zawartych w Warunkach Ubezpieczenia Grupowego na życie i zdrowie Kredytobiorców Getin Noble Bank Spółka Akcyjna „Program Ochronny Życia i Zdrowia – Wariant Standard” (zwanym dalej: „WU – Wariant Standard”):

Rodzaj informacji	Numer postanowienia WU – Wariant Standard
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń.	§ 2 pkt 32); § 3 ust. 2; z zastrzeżeniem ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w sekcji 2 niniejszego wykazu; § 15; w zw. z § 2 pkt 1) - 3), 9) - 10), 12) - 16), 21) - 24), 29) - 31).
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń lub ich obniżenia.	§ 2 pkt 15) zdanie 3; § 2 pkt 21) zdanie 2; § 11 ust. 3; § 11 ust. 5 - 6; § 12; w zw. z § 2 pkt 2) - 3), 5), 7), 9) - 10), 12) - 17), 21) - 22), 24), 26) - 29), 32).

WARUNKI UBEZPIECZENIA

Kod warunków: UB_OGOJ122

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze WU – Wariant Standard mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia grupowego na życie i zdrowie Kredytobiorców Getin Noble Bank Spółka Akcyjna „Program Ochrony Życia i Zdrowia” (zwanej dalej „Umową ubezpieczenia”) zawartej pomiędzy Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie S.A. (zwanym dalej „Towarzystwem Ubezpieczeń”) a Expert Ubezpieczenia Sp. z o.o. (zwanym dalej „Ubezpieczającym”).
2. Niniejsze WU – Wariant Standard regulują zasady na jakich Towarzystwo Ubezpieczeń obejmuje ochroną ubezpieczeniową Kredytobiorców w ramach Umowy ubezpieczenia.

DEFINICJE

§ 2

W WU – Wariant Standard oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Agent** – Getin Noble Bank S.A. wykonujący w imieniu Towarzystwa Ubezpieczeń i na jego rzecz czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego;
- 2) **Całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku Choroby lub NW** – całkowita niezdolność do wykonywania przez Ubezpieczonego jakiegokolwiek pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie, będąca rezultatem Choroby, która po raz pierwszy została zdiagnozowana w Okresie odpowiedzialności lub NW, która została potwierdzona Orzeczeniem na okres niezdolności do pracy wynoszący, co najmniej 12 miesięcy;
- 3) **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zmian organicznych w tkankach, narządach lub całym organizmie, a także prowadząca do zaburzeń czynnościowych, będących podstawą do wydania Orzeczenia;
- 4) **Dzień roboczy** – każdy dzień z wyjątkiem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy;
- 5) **Deklaracja zgody** – formularz Towarzystwa Ubezpieczeń zawierający pisemne oświadczenie woli Kredytobiorcy na mocy, którego wyraża on zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w WU – Wariant Standard; Deklaracja zgody składana jest przez Kredytobiorcę dobrowolnie najpóźniej w dniu zawarcia Umowy kredytu;
- 6) **Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego:**
 - a) **śmierć Ubezpieczonego** – dzień śmierci Ubezpieczonego wskazany w akcie zgonu Ubezpieczonego;

- b) **Całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku Choroby lub NW** – dzień powstania Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku Choroby lub NW wskazany w Orzeczeniu;
 - c) **Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW** – data upływu 14-go dnia Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW, o którym mowa w pkt 15);
- 7) **Harmonogram** – dokument wskazujący wysokość oraz terminy spłat poszczególnych Rat Kredytu z tytułu zawartej Umowy kredytu;
 - 8) **Klient** – będący osobą fizyczną Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony, a także każdy podmiot składający lub zamierzający złożyć Reklamację, tak indywidualny jak i instytucjonalny, zarówno ten który korzysta lub korzystał z usług Towarzystwa Ubezpieczeń;
 - 9) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna zamieszkująca na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła Umowę kredytu;
 - 10) **Kredyt** – kredyt konsumencki w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o kredycie konsumenckim (Dz. U. z 2014 r., poz. 1497 z późn. zm.) udzielany przez Getin Noble Bank S.A. na sfinansowanie zgodnie z wnioskiem Kredytobiorcy odpowiednio: zakupu towaru, potrzeb konsumpcyjnych, kosztów i wydatków związanych z udzieleniem kredytu lub na spłatę zobowiązań;
 - 11) **Miesiąc Okresu odpowiedzialności** – miesiąc rozpoczynający się w dniu rozpoczęcia pierwszego Okresu odpowiedzialności, a także każdy kolejny miesiąc rozpoczynający się w dniu odpowiadającym dniowi rozpoczęcia pierwszego Okresu odpowiedzialności, chyba że dzień ten nie występuje – wówczas za dzień rozpoczęcia danego Miesiąca Okresu odpowiedzialności przyjmuje się ostatni dzień danego miesiąca kalendarzowego; za datę końca danego Miesiąca Okresu odpowiedzialności przyjmuje się dzień poprzedzający pierwszy dzień kolejnego Miesiąca Okresu odpowiedzialności;
 - 12) **Nieszczęśliwy wypadek (zwany dalej „NW”)** – powstałe w Okresie odpowiedzialności przypadkowe, nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie, wywołane Przyczyną zewnętrzną, o charakterze losowym, będące wyłączną i bezpośrednią przyczyną zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 13) **Okres odpowiedzialności** – okres, w którym Towarzystwo Ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego;

- 14) **Orzeczenie** – prawomocne orzeczenie lekarskie wydane przez podmiot uprawniony do orzekania o Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku Choroby lub NW wydane na podstawie przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, tj. przez właściwego lekarza orzecznika, właściwą komisję lekarską lub prawomocny wyrok sądu;
- 15) **Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW** – całodobowy, trwający nieprzerwanie co najmniej 14 dni pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku NW rozpoczynający się w dniu przyjęcia do Szpitala Ubezpieczonego, a kończący w dniu wypisania Ubezpieczonego ze Szpitala. Jeżeli przerwa między kolejnymi Pobytami Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku NW wskutek tej samej przyczyny nie przekracza doby wówczas uznaje się ciągłość Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku NW. W okresie Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW nie wlicza się przepustek Ubezpieczonego, tj. okresu przebywania poza Szpitalem;
- 16) **Przyczyna zewnętrzna** – czynnik oddziałujący na organizm Ubezpieczonego, który z medycznego punktu widzenia nie może być zakwalifikowany jako choroba, będąca stanem organizmu polegającym na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpieczonego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, ani jako czynnik chorobotwórczy, będący bakterią, wirusem lub pasożytem wywołującym chorobę Ubezpieczonego;
- 17) **Rata Kredytu** – kwota wynikająca z Harmonogramu, do której zapłaty jest zobowiązany Kredytobiorca w terminach i wysokości wskazanej w Umowie kredytu;
- 18) **Reklamacja** – wystąpienie skierowane do Towarzystwa Ubezpieczeń przez Klienta, w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo Ubezpieczeń;
- 19) **Składka** – kwota należna za ochronę ubezpieczeniową udzielaną przez Towarzystwo Ubezpieczeń, do zapłaty której zobowiązany jest Ubezpieczający;
- 20) **Suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe;
- 21) **Szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalnego, uprawnione do oferowania świadczeń zdrowotnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej. Za Szpital nie uważa się szpitala uzdrowskiego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, szpitala psychiatrycznego, sanatorium, uzdrowiska i hospicjum;
- 22) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Towarzystwo Ubezpieczeń w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 23) **Ubezpieczający** – Expert Ubezpieczenia Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu;
- 24) **Ubezpieczony** – Kredytobiorca objęty ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w WU – Wariant Standard;
- 25) **Udział procentowy** – niezmienna przez cały Okres odpowiedzialności wartość wskazana w Deklaracji zgody wynosząca, w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową jednego Kredytobiorcy w związku z jedną Umową Kredytu 100%, a w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową dwóch Kredytobiorców w związku z jedną Umową Kredytu 50% w stosunku do każdego Kredytobiorcy;
- 26) **Udział Ubezpieczonego w aktach przemocy** – czynne i niezgodne z prawem skierowanie przez Ubezpieczonego czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie, w celu zmuszenia jej do poddania się woli Ubezpieczonego lub do określonego zachowania zgodnego z wolą Ubezpieczonego, przez co swoboda woli tej osoby zostaje ograniczona;
- 27) **Udział Ubezpieczonego w aktach wojennych** – czynny lub bierny udział Ubezpieczonego w działaniach wojennych, konflikcie zbrojnym, zamachu stanu, jak również przebywanie na terytorium objętym wojną (przez działania wojenne, konflikty zbrojne, zamachy stanu, przebywanie na terytorium objętym wojną rozumie się ruchy wojsk, walki zbrojne – zarówno lądowe, morskie, jak i powietrzne – toczące się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, etnicznymi lub religijnymi);
- 28) **Udział Ubezpieczonego w rozruchach, zamieszkach** – czynny i niezgodny z prawem udział Ubezpieczonego w wydarzeniach zaistniałych na terenach objętych rozruchami lub zamieszkami w charakterze strony konfliktu oraz uczestnika takich zdarzeń bądź działalność Ubezpieczonego polegająca na dostarczaniu, przewożeniu systemów, wyposażenia, urządzeń, pojazdów, broni i innych materiałów wykorzystywanych podczas rozruchów i zamieszek;
- 29) **Umowa kredytu** – umowa zawarta pomiędzy Kredytobiorcą a Getin Noble Bank S.A., której przedmiotem jest Kredyt;
- 30) **Uposażony** – osoba fizyczna lub prawna uprawniona do otrzymania Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego;
- 31) **Uprawniony** – osoba fizyczna lub prawna uprawniona do żądania spełnienia przez Towarzystwo Ubezpieczeń Świadczenia, w tym Ubezpieczony i Uposażony;
- 32) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową w postaci:
 - a) **śmierci Ubezpieczonego** w Okresie odpowiedzialności albo
 - b) **Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku Choroby lub NW** w Okresie odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 7 ust. 5 oraz

- c) **Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW**, jeżeli pobyt ten miał miejsce w Okresie odpowiedzialności lub co najmniej jeden dzień tego pobytu rozpoczął się w Okresie odpowiedzialności i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu odpowiedzialności.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) **śmierć Ubezpieczonego** w Okresie odpowiedzialności albo
 - 2) **Całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku Choroby lub NW** w Okresie odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 7 ust. 5 oraz
 - 3) **Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW**, jeżeli pobyt ten miał miejsce w Okresie odpowiedzialności lub co najmniej jeden dzień tego pobytu rozpoczął się w Okresie odpowiedzialności i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu odpowiedzialności.

WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

§ 4

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Kredytobiorca łącznie spełniający następujące warunki:
 - 1) złożył podpisaną Deklarację zgody oraz
 - 2) na dzień podpisania Deklaracji zgody ma ukończony 18. rok życia oraz na dzień przewidywanego zakończenia Okresu odpowiedzialności nie ma ukończonego 76. roku życia oraz
 - 3) udzielona mu kwota Kredytu z tytułu jednej Umowy kredytu co, do której wnioskuje on o objęcie ochroną ubezpieczeniową na podstawie WU – Wariant Standard nie przekroczy 300 000 zł, a w przypadku gdy posiada inne Umowy kredytu, w związku z którymi został objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia lub zawarł umowę ubezpieczenia indywidualnego na życie i zdrowie Kredytobiorców Getin Noble Bank S.A. „Indywidualny Program Ochronny Życia i Zdrowia - Wariant Standard” lub zawarł umowę ubezpieczenia indywidualnego na życie Kredytobiorców Getin Noble Bank S.A. „Indywidualny Program Ochronny Życia - Wariant Senior”- łączna kwota udzielonych Kredytów nie przekroczy 500 000 zł.
2. W przypadku, gdy w związku z jedną Umową kredytu ochrona ubezpieczeniowa miałaby obejmować dwóch Kredytobiorców, wówczas każdy z nich składa odrębną Deklarację zgody z Udziałem procentowym w Sumie ubezpieczenia wynoszącym 50%.

WYSTĄPIENIE Z UBEZPIECZENIA

§ 5

1. Ubezpieczony w każdym czasie trwania Okresu odpowiedzialności ma prawo złożenia oświadczenia woli o wystąpieniu z ubezpieczenia. Oświadczenie o wystąpieniu z ubezpieczenia powinno być złożone Towarzystwu Ubezpieczeń lub Ubezpieczającemu na piśmie albo Agentowi w formie pisemnej. Treść oświadczenia o wystąpieniu z ubezpieczenia powinna zawierać dane identyfikujące Ubezpieczonego i Umowę ubezpieczenia.
2. W przypadku wystąpienia z ubezpieczenia nie ma możliwości ponownego objęcia ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo Ubezpieczeń na podstawie Umowy ubezpieczenia w związku z tą samą Umową kredytu.
3. W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową dwóch Kredytobiorców w związku z jedną Umową kredytu wystąpienie z ubezpieczenia przez jednego z Kredytobiorców nie skutkuje zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej względem drugiego Kredytobiorcy.

CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA, ODSTĄPIENIE I WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 6

1. Umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres jednego roku i jest automatycznie przedłużana na kolejny roczny okres, o ile żadna ze stron, na co najmniej 30 dni przed upływem okresu na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia, nie złoży drugiej stronie pisemnego oświadczenia woli o nieprzedłużaniu Umowy ubezpieczenia na kolejny okres.
2. Umowa ubezpieczenia może być w każdym czasie wypowiedziana przez Ubezpieczającego na piśmie z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, który rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca następującego bezpośrednio po miesiącu, w którym Towarzystwo Ubezpieczeń otrzyma oświadczenie o wypowiedzeniu.
3. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem ostatniego dnia Okresu odpowiedzialności, w trakcie którego upłynął okres wypowiedzenia lub okresu na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia – w przypadku nieprzedłużenia jej na kolejny okres.
4. Kredytobiorcy, którzy złożą Deklarację zgody po dniu, w którym rozwiązana została Umowa ubezpieczenia, nie zostaną objęci ochroną ubezpieczeniową.
5. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od zawarcia Umowy ubezpieczenia.

ROZPOCZĘCIE I ZAKOŃCZENIE OKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

- Okres odpowiedzialności rozpoczyna się następnego dnia po dniu złożenia przez Kredytobiorcę podpisanej Deklaracji zgody, ale nie wcześniej niż z dniem uruchomienia Kredytu i trwa 12 Miesięcy Okresu odpowiedzialności (pierwszy Okres odpowiedzialności), z zastrzeżeniem ust. 2 - 4. Złożenie Deklaracji zgody jest dobrowolne, ale jest warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową.
- Okres odpowiedzialności jest kontynuowany na kolejne Okresy odpowiedzialności (kontynuowane Okresy odpowiedzialności), bez konieczności ponownego składania Deklaracji zgody na warunkach obowiązujących na dzień złożenia podpisanej przez Kredytobiorcę Deklaracji zgody, pod warunkiem że:
 - Kredytobiorca w Deklaracji zgody wyraził zgodę na kontynuowanie Okresu odpowiedzialności na kolejne Okresy odpowiedzialności;
 - Ubezpieczony na dzień przewidywanego zakończenia kontynuowanego Okresu odpowiedzialności nie ma ukończonego 76. roku życia;
 - Ubezpieczony na pierwszy dzień kontynuowanego Okresu odpowiedzialności spełnia warunek, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 3);z zastrzeżeniem ust. 3. O braku możliwości kontynuowania Okresu odpowiedzialności Ubezpieczający zostanie poinformowany pisemnie przez Agenta w imieniu Towarzystwa Ubezpieczeń.
- Każdy z kontynuowanych Okresów odpowiedzialności trwa 12 Miesięcy Okresu odpowiedzialności, z zastrzeżeniem iż w sytuacji, gdy do końca trwania Umowy kredytu pozostało mniej niż 12 Miesięcy Okresu odpowiedzialności to ostatni kontynuowany Okres odpowiedzialności trwa do ostatniego dnia obowiązywania Umowy kredytu zgodnie z pierwotnym Harmonogramem z dnia zawarcia Umowy kredytu.
- Okres odpowiedzialności wygasa:
 - z upływem ostatniego dnia pierwszego Okresu odpowiedzialności – w przypadku, gdy Kredytobiorca w Deklaracji zgody nie wyraził zgody na kontynuowanie Okresu odpowiedzialności;
 - z upływem dnia, w którym Ubezpieczający odstąpił od Umowy ubezpieczenia;
 - z upływem ostatniego dnia Okresu odpowiedzialności, w trakcie którego doszło do rozwiązania Umowy ubezpieczenia, zgodnie z § 6 ust. 3;
 - z upływem dnia, w którym Ubezpieczony odstąpił od Umowy kredytu;
 - z upływem ostatniego dnia Okresu odpowiedzialności, w trakcie którego Ubezpieczony dokonał wcześniejszej spłaty wszystkich zobowiązań wynikających z Umowy kredytu;

- z upływem ostatniego Okresu odpowiedzialności, w trakcie którego Umowa kredytu uległa rozwiązaniu;
 - z upływem dnia otrzymania przez Towarzystwo Ubezpieczeń, Agenta lub Ubezpieczającego oświadczenia o wystąpieniu z ubezpieczenia;
 - z dniem śmierci Ubezpieczonego;
 - z Dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku Choroby lub NW skutkującego wypłatą przez Towarzystwo Ubezpieczeń Świadczenia z tego tytułu;
 - z upływem ostatniego dnia terminu dodatkowego wskazania w pisemnym wezwaniu Ubezpieczającego do zapłaty Składki, o którym mowa w § 8 ust. 5, w zależności od tego, co nastąpiło jako pierwsze.
- W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku Choroby lub NW w sytuacji, gdy przed wydaniem Orzeczenia upłynął Okres odpowiedzialności i nie zostało wypłacone Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci należne Świadczenie z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku Choroby lub NW, pod warunkiem że NW lub Choroba, która po raz pierwszy została zdiagnozowana w Okresie odpowiedzialności, będące przyczyną powyższego Zdarzenia ubezpieczeniowego zaistniały w Okresie odpowiedzialności.

SKŁADKA

§ 8

- Wysokość Składki zależna jest od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego oraz liczby Kredytobiorców objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie WU - Wariant Standard, w związku z jedną Umową Kredytu. Składka ustalana jest zgodnie z Taryfą Składek Towarzystwa Ubezpieczeń obowiązującą w dniu podpisania przez Kredytobiorcę Deklaracji zgody.
- Wysokość Składki ustalona jest na poziomie, który zapewnia co najmniej wykonywanie wszystkich zobowiązań wynikających z Umowy ubezpieczenia oraz pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Towarzystwa Ubezpieczeń.
- Wysokość Składki za pierwszy Okres odpowiedzialności jest wskazana w Deklaracji zgody, natomiast za każdy kontynuowany Okres odpowiedzialności w Załączniku nr 1 do Deklaracji zgody.
- Składka naliczana i opłacana jest przez Ubezpieczającego jednorazowo, z góry, za każdy pierwszy i kontynuowany Okres odpowiedzialności.
- W przypadku braku opłacenia Składki przez Ubezpieczającego za Ubezpieczonych w wyznaczonym terminie, Towarzystwo Ubezpieczeń wzywa Ubezpieczającego do jej zapłaty w terminie nie krótszym niż 7 dni od otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania ze wskazaniem, że brak zapłaty w tym terminie spowoduje wygaśnięcie ochrony

ubezpieczeniowej wobec tych Ubezpieczonych. Za okres, w którym Towarzystwo Ubezpieczeń udzielało ochrony ubezpieczeniowej należna jest Składka.

6. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem Okresu odpowiedzialności, Ubezpieczającemu przysługuje od Towarzystwa Ubezpieczeń zwrot opłaconej Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminach i na zasadach wskazanych w Umowie ubezpieczenia, z tym że w przypadku odstąpienia przez Ubezpieczonego od Umowy kredytu lub wystąpienia przez Ubezpieczonego z ubezpieczenia w terminie 30 dni od pierwszego dnia Okresu odpowiedzialności – przysługuje mu zwrot opłaconej Składki w całości.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ W ZAKRESIE ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO ALBO CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO W WYNIKU CHOROBY LUB NW W PIERWSZYM OKRESIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 9

1. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego albo z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku Choroby lub NW w pierwszym Okresie odpowiedzialności jest równa iloczynowi Udziału procentowego i kwoty udzielonego Kredytu wskazanej w Umowie kredytu.
2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego albo Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku Choroby lub NW w pierwszym Okresie odpowiedzialności Towarzystwo Ubezpieczeń, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 12, wypłaci Świadczenie w wysokości równej 100% Sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ W ZAKRESIE ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO ALBO CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO W WYNIKU CHOROBY LUB NW W DANYM KONTYNUOWANYM OKRESIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 10

1. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego albo z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku Choroby lub NW w danym kontynuowanym Okresie odpowiedzialności jest stała i jej wysokość na każdy kontynuowany Okres odpowiedzialności jest wskazana w Załączniku nr 1 do Deklaracji zgody i wyliczana jest zgodnie ze wzorem:

$$\text{Suma ubezpieczenia}_i = U \times K \times \left(1 - \frac{i}{n}\right)$$

gdzie:

Suma ubezpieczenia – Suma ubezpieczenia w danym i-tym kontynuowanym Okresie odpowiedzialności,

i – i-ty kontynuowany Okres odpowiedzialności (w przypadku pierwszego kontynuowanego Okresu odpowiedzialności: i = 1, w przypadku drugiego i kolejnego kontynuowanego Okresu odpowiedzialności: i = 2, 3, ..., 12),

U – Udział procentowy,

K – kwota udzielonego Kredytu wskazana w Umowie kredytu, n – liczba lat trwania Umowy kredytu zgodnie z pierwotnym Harmonogramem obowiązującym na dzień zawarcia Umowy kredytu, z zastrzeżeniem, iż jeżeli Umowa kredytu jest zawarta na niepełną liczbę lat, wówczas ostatni rozpoczęty rok na potrzeby powyższego wzoru przyjmuje się jako pełny.

2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego albo Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku Choroby lub NW w kontynuowanym Okresie odpowiedzialności Towarzystwo Ubezpieczeń, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 12, wypłaci Świadczenie w wysokości równej 100% Sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ W ZAKRESIE POBYTU W SZPITALU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NW

§ 11

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW w każdym (odpowiednio pierwszym lub kontynuowanym) Okresie odpowiedzialności jest równa iloczynowi Udziału procentowego i 6 Rat Kredytu zgodnie z pierwotnym Harmonogramem obowiązującym na dzień zawarcia Umowy kredytu, ale nie więcej niż 18 000 zł dla Udziału procentowego 100% i 9 000 zł dla Udziału procentowego 50%.
2. Pierwsze miesięczne Świadczenie jest należne po upływie 14 kolejnych dni nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW. Każde kolejne miesięczne Świadczenie z tytułu nieprzerwanej kontynuacji tego samego Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW lub kontynuacji Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW na zasadach określonych w ust. 4, jest należne po każdych kolejnych 30 dniach Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Jeżeli Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW rozpoczął się w Okresie odpowiedzialności i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu odpowiedzialności Ubezpieczonemu przysługuje tylko pierwsze miesięczne Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW niezależnie od tego, czy Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW trwał dłużej niż 14 dni.
4. Jeżeli w wyniku tego samego NW nastąpi ponowny Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW przed upływem

- 180 dni od zakończenia poprzedniego Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW, to wówczas ten pobyt w Szpitalu traktowany jest jako kontynuacja poprzedniego Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW i Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaca Świadczenie po upływie każdych kolejnych 30 dni Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW. Jeżeli ponowny Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW w ramach tego samego NW rozpocznie się po upływie 180 dni od zakończenia poprzedniego Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW to jest to traktowane jako nowe Zdarzenie ubezpieczeniowe i pierwsze Świadczenie jest wypłacane po upływie 14 dni nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW.
5. Miesięczne Świadczenie, o którym mowa w ust. 2 i 3 jest stałe w każdym (odpowiednio pierwszym lub kontynuowanym) Okresie odpowiedzialności i równe jest Racie Kredytu zgodnie z pierwotnym Harmonogramem obowiązującym na dzień zawarcia Umowy kredytu, ale nie więcej niż 3 000 zł miesięcznie dla Udziału procentowego w wysokości 100% i nie więcej niż 1 500 zł dla Udziału procentowego w wysokości 50%.
 6. Towarzystwo Ubezpieczeń w każdym (odpowiednio pierwszym lub kontynuowanym) Okresie odpowiedzialności wypłaca maksymalnie 6 miesięcznych Świadczeń (dalej: Limit Świadczeń). Świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW, w tym z tytułu nieprzerwanej kontynuacji tego Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW lub kontynuacji tego Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW na zasadach określonych w ust. 4, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaca z Limitu Świadczeń przypadającego w Okresie odpowiedzialności, w trakcie którego upłynął 14-ty dzień Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW.
 7. Limit, o którym mowa w ust. 6 ulega odnowieniu po upływie każdego Okresu odpowiedzialności. Niewykorzystany w danym Okresie odpowiedzialności limit nie przechodzi na kolejny Okres odpowiedzialności.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 12

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku:
 - 1) samobójstwa popełnionego w okresie 12 miesięcy od dnia rozpoczęcia Okresu odpowiedzialności – w zakresie Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego;
 - 2) próby samobójstwa - w zakresie Zdarzeń ubezpieczeniowych innych niż śmierć Ubezpieczonego;
 - 3) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego;
 - 4) czynnego lub biernego Udziału Ubezpieczonego w aktach wojennych, chyba że jego Udział w aktach wojennych wynikał z wykonywania czynności służbowych;
- 5) czynnego i niezgodnego z prawem Udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy;
- 6) czynnego i niezgodnego z prawem Udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach;
- 7) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym;
- 8) pozostawiania lub działania Ubezpieczonego pod wpływem dobrowolnie spożytego alkoholu, o ile:
 - a) zawartość alkoholu we krwi wynosi powyżej 0,2‰ albo prowadzi do stężenia przekraczającego tę wartość lub
 - b) zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,1 mg alkoholu albo prowadzi do stężenia przekraczającego tę wartość;
- 9) pozostawiania lub działania Ubezpieczonego pod wpływem dobrowolnego użycia narkotyków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie lub pod wpływem dobrowolnego użycia leków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku spożycia leków bez zalecenia przez lekarza lub nieprzestrzegania zaleceń lekarskich co do ich stosowania;
- 10) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień lub gdy kierowany przez Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu;
- 11) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
- 12) choroby psychicznej lub choroby umysłowej Ubezpieczonego wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F00 - F99);
- 13) udziału Ubezpieczonego w następujących zajęciach sportowych lub rekreacyjnych: sporty spadochronowe, szymbownictwo, lotniarstwo i paralotniarstwo, baloniarstwo, wspinaczka górską lub skałkowa, żeglarstwo, alpinizm, sporty samochodowe, nurkowanie przy udziale akwalungu, speleologia, sporty motorowodne, motorowe, sporty jeździeckie, skoki na linie, upadki z wysokości powyżej 5 m, w tym wolne spadanie, sporty walki i obronne, kajakarstwo wysokogórskie, narciarstwo (z wyłączeniem rekreacyjnego narciarstwa na wyznaczonych trasach), narciarstwo wodne oraz udział w wyścigach i zawodach w ramach sportów i zajęć określonych w niniejszym punkcie, uczestniczenie w wyprawach survivalowych;
- 14) zawodowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego tzn. udziału w rozgrywkach sportowych o charakterze profesjonalnym, na szczeblu ogólnokrajowym lub międzynarodowym organizowanych przez odpowiedni dla danej dyscypliny związek sportowy, niezależnie od pobierania przez Ubezpieczonego wynagrodzenia z tego tytułu;

- 15) niezawodowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego w ramach klubów sportowych lub sekcji sportowych z równoczesnym udziałem w wyścigach, zawodach, występach lub treningach sportowych, o ile powyższe wskazane w pkt 2) – 15) miały wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Jeżeli do Zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie lat trzech od dnia złożenia przez Kredytobiorcę podpisanej Deklaracji zgody, Towarzystwo Ubezpieczeń nie może podnieść zarzutu, że przy przystępowaniu do ubezpieczenia podano wiadomości nieprawdziwe w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego, o którą Towarzystwo Ubezpieczeń pytało w Deklaracji zgody.

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO, TOWARZYSTWA UBEZPIECZEŃ I UBEZPIECZONEGO

§ 13

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do:
- 1) doręczenia osobom zainteresowanym objęciem ochroną ubezpieczeniową WU – Wariant Standard przed podpisaniem przez nie Deklaracji zgody;
 - 2) zbierania od osób zainteresowanych objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia, Deklaracji zgody oraz weryfikowania czy zostały prawidłowo wypełnione i podpisane;
 - 3) przekazywania Ubezpieczonemu, Uposażonym lub Uprawnionym, na ich prośbę, formularzy opracowanych przez Towarzystwo Ubezpieczeń lub Ubezpieczającego związanych z realizacją uprawnień wynikających z Umowy ubezpieczenia;
 - 4) informowania Towarzystwa Ubezpieczeń o zmianie danych osobowych i teleadresowych swoich oraz Ubezpieczonych i Uposażonych, jeżeli posiada takie dane;
 - 5) udostępniania Towarzystwu Ubezpieczeń dokumentów oraz informacji niezbędnych do prawidłowej realizacji Umowy ubezpieczenia, zgromadzonych i posiadanych przez Ubezpieczającego w związku z ochroną ubezpieczeniową udzielaną na podstawie Umowy ubezpieczenia poszczególnym Ubezpieczonemu;
 - 6) informowania Towarzystwa Ubezpieczeń o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 7) przekazywania Ubezpieczonemu informacji dotyczących zmiany warunków Umowy ubezpieczenia lub zmiany prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia oraz informacji o wysokości Świadczeń, przy czym informacje te zostaną przekazane Ubezpieczonemu:
 - a) na piśmie lub jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku,
 - b) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia;
 - 8) udzielania Uprawnionym z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego informacji o sposobie i formie zgłaszania

roszczeń oraz na ich wniosek przyjmowanie dyspozycji związanych z Umową ubezpieczenia, w tym wniosków o wypłatę Świadczenia wraz z dokumentacją potwierdzającą zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;

- 9) przesyłania Ubezpieczonemu drogą mailową lub telefoniczną powiadomień dotyczących ubezpieczenia, w ramach którego zostali objęci ochroną ubezpieczeniową, o ile dane teleadresowe zostały podane przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń jest zobowiązane do:
- 1) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych Umową ubezpieczenia;
 - 2) przekazywania Ubezpieczającemu pisemnie, a Ubezpieczonemu na jego żądanie na piśmie lub jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę na innym trwałym nośniku, w tym również za pomocą środków komunikacji elektronicznej - informacji dotyczących zmiany warunków Umowy ubezpieczenia lub zmiany prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia oraz informacji o wysokości Świadczeń, przed wyrażeniem przez niego zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość Świadczeń, przysługujących z tytułu Umowy ubezpieczenia;
 - 3) wypłaty Świadczenia na zasadach określonych w niniejszych WU – Wariant Standard;
 - 4) udzielania na wniosek Ubezpieczonego informacji o postanowieniach zawartej Umowy ubezpieczenia oraz WU – Wariant Standard w zakresie, w jakim dotyczą one praw i obowiązków Ubezpieczonego;
 - 5) sporządzania i publikowania na stronie internetowej Towarzystwa Ubezpieczeń: www.openlife.pl sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa Ubezpieczeń.
3. Ubezpieczony jest zobowiązany zgłaszać Towarzystwu Ubezpieczeń bezpośrednio lub za pośrednictwem Agenta lub Ubezpieczającego zmiany danych osobowych i teleadresowych zawartych w Deklaracji zgody.

UPRAWNIONY DO ŚWIADCZENIA

§ 14

1. Ubezpieczony ma prawo do wskazania lub zmiany Uposażonych w każdym czasie trwania Okresu odpowiedzialności.
2. Uposażony, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego traci prawo do Świadczenia. Umyślne przyczynienie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, powinno być potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym.
3. W razie śmierci Uposażonego przed śmiercią Ubezpieczonego lub też utraty przez niego prawa do Świadczenia, prawo do wypłaty części Świadczenia przypadającej temu Uposażonemu przejmują pozostali Uposażeni, jeżeli zostali wskazani, z zachowaniem wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania w Deklaracji zgody albo dyspozycji zmiany.

4. Jeżeli brak jest wskazania Uposażonego lub jedyny Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub też utracił prawo do Świadczenia, wówczas Świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego Ubezpieczonego według następującej kolejności:
 - 1) współmężonkowi;
 - 2) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeżeli brak współmężonka;
 - 3) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak dzieci i współmężonka;
 - 4) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak rodziców, dzieci i współmężonka;
 - 5) w równych częściach spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej, z wyłączeniem skarbu państwa i gminy ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.
5. W przypadku wskazania dwóch lub więcej Uposażonych suma udziałów procentowych wszystkich Uposażonych nie może przekraczać 100% Świadczenia. Jeżeli suma udziałów procentowych Uposażonych w Świadczeniu nie jest równa 100%, przyjmuje się, że udziały procentowe tych osób w kwocie Świadczenia są wyznaczone z zachowaniem wzajemnych proporcji wskazanych w Deklaracji zgody albo innych pismach Ubezpieczonego w zakresie zmiany lub wskazania Uposażonych – w przypadku wskazania lub zmiany wskazania Uposażonego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku braku wskazania udziałów procentowych Uposażonych w Świadczeniu przyjmuje się, że udziały procentowe tych osób są równe.
6. Uprawnionym do otrzymania Świadczenia z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku Choroby lub NW lub Świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW jest Ubezpieczony, a w przypadku śmierci Ubezpieczonego przed wypłatą należnego mu Świadczenia z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku Choroby lub NW lub Świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW - spadkobiercy Ubezpieczonego na zasadach ogólnych.
4. Po otrzymaniu przez Towarzystwo Ubezpieczeń zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Towarzystwo Ubezpieczeń informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
5. Potwierdzenia dokumentów za zgodność z oryginałem może dokonać: Agent, przedstawiciel Ubezpieczającego, pracownik Towarzystwa Ubezpieczeń, notariusz, adwokat lub radca prawny.
6. Zakres dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub wysokości Świadczenia znajduje się we wzorcu formularza zgłoszenia roszczenia, o którym mowa w ust. 3.
7. W przypadku niewskazania w zawiadomieniu o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego danych dotyczących placówek medycznych, poradni specjalistycznych, przychodni, lekarzy, szpitali, w których prowadzono leczenie Ubezpieczonego, Towarzystwo Ubezpieczeń może zwrócić się do osoby występującej z tym zawiadomieniem o udzielenie informacji nt.: miejsca, nazwy placówek medycznych, poradni specjalistycznych, przychodni, szpitali, w których prowadzono leczenie Ubezpieczonego, w celu umożliwienia Towarzystwu ubezpieczeń zwrócenia się do tych placówek lub lekarzy z prośbą o dostarczenie dokumentacji niezbędnej do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub wysokości Świadczenia.
8. W przypadku, gdy dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń i wysokości Świadczenia sporządzone zostały w języku innym niż polski, osoba zgłaszająca roszczenie dostarcza je przetłumaczone na własny koszt na język polski przez tłumacza przysięgłego.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

§ 15

1. Zawiadomienie o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego można złożyć pisemnie lub osobiście w siedzibie Towarzystwa Ubezpieczeń, Ubezpieczającego lub Agenta.
2. Zawiadomienie o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego mogą zgłosić również spadkobiercy Ubezpieczonego. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak Uprawniony.
3. Zawiadomienie o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego można zgłosić za pomocą formularza zgłoszenia roszczenia, który został pomocniczo przygotowany przez Towarzystwo Ubezpieczeń i jest dostępny u Agenta oraz na stronie internetowej Towarzystwa Ubezpieczeń: www.openlife.pl.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 16

1. Świadczenie wypłacane jest w ciągu 30 dni licząc od daty zawiadomienia Towarzystwa Ubezpieczeń o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku, gdy w terminie, o którym mowa w ust. 1, wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część Świadczenia Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaca w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.

3. Jeżeli w terminie określonym w ust. 2 Towarzystwo Ubezpieczeń nie wypłaci Świadczenia zawiadomi na piśmie:
 - 1) osobę zgłaszającą roszczenie oraz
 - 2) Ubezpieczonego, o ile nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie,
o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części.
4. Jeżeli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo Ubezpieczeń poinformuje o tym na piśmie:
 - 1) osobę występującą z roszczeniem oraz
 - 2) Ubezpieczonego, o ile nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie,
wskazując na okoliczności oraz na podstawie prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia wraz z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń udostępnia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub Uprawnionemu informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub wysokości Świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Towarzystwo Ubezpieczeń udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Towarzystwo Ubezpieczeń.
6. Informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 5 Towarzystwo Ubezpieczeń udostępnia na żądanie w postaci elektronicznej.
7. Świadczenie wypłacane jest w formie wypłaty jednorazowej przelewem na rachunek bankowy podany w zgłoszeniu roszczenia.
 - 2) w formie elektronicznej; za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres info@openlife.pl albo przy wykorzystaniu formularza na stronie internetowej Towarzystwa Ubezpieczeń;
 - 3) ustnie: telefonicznie pod numerem infolinii 801 222 333 lub +48 22 101 41 60 albo
 - 4) osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w jednostce Towarzystwa Ubezpieczeń obsługującej Klientów.
2. Zmiana danych teleadresowych Towarzystwa Ubezpieczeń nie wymaga zmiany WU – Wariant Standard. Aktualne dane teleadresowe znajdują się na stronie internetowej www.openlife.pl.
3. Reklamacja powinna zawierać niezbędny do jej rozpatrzenia zakres danych tj.: imię i nazwisko, adres oraz nr PESEL Klienta. Klient może dodatkowo podać inne dane pozwalające na jego identyfikację w szczególności: numer Deklaracji zgody.
4. Złożenie Reklamacji niezwłocznie po powzięciu przez Klienta zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie Reklamacji przez Towarzystwo Ubezpieczeń.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń na żądanie Klienta potwierdza fakt złożenia Reklamacji.
6. Odpowiedź na Reklamację udzielana jest w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Na wniosek Klienta odpowiedź może zostać dostarczona pocztą elektroniczną.
7. Odpowiedź na Reklamację udzielana jest bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń odpowiedzi przed jego upływem.
8. W przypadku szczególnie skomplikowanych spraw, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni Towarzystwo Ubezpieczeń:
 - 1) poinformuje Klienta o przyczynach opóźnienia;
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
9. Niezależnie od powyższego trybu Klientowi przysługuje prawo wniesienia skargi do Rzecznika Finansowego lub wystąpienia z wnioskiem o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami podmiotów rynku finansowego a tymi podmiotami.
10. Niezależnie od powyższego trybu Klientowi, który jest konsumentem, przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
11. Towarzystwo Ubezpieczeń podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

PRZEPISY REGULUJĄCE OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

§ 17

1. W przypadku, gdy Towarzystwo Ubezpieczeń, w związku z wykonaniem któregośkolwiek z zobowiązań wynikających z Umowy ubezpieczenia, obowiązane jest zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa pobrać i odprowadzić jakiegokolwiek kwoty, w tym w szczególności kwoty na poczet zobowiązań podatkowych uprawnionych, kwoty pobrane i odprowadzone przez Towarzystwo Ubezpieczeń pomniejszają kwoty stosownych wypłat dokonywanych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na podstawie Umowy ubezpieczenia.
2. Opodatkowanie zobowiązań Towarzystwa Ubezpieczeń regulują obowiązujące przepisy prawa dotyczące podatku dochodowego, w szczególności przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

REKLAMACJE

§ 18

1. Klienci mogą zgłaszać Reklamacje:
 - 1) pisemnie: osobiście w jednostce Towarzystwa Ubezpieczeń, obsługującej Klientów albo przesyłką pocztową na adres: ul. Przyokopowa 33, 01-208 Warszawa;

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 19

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych WU – Wariant Standard stosuje się przepisy polskiego prawa.
2. Ubezpieczony może żądać by Towarzystwo Ubezpieczeń udzieliło mu informacji o postanowieniach zawartej Umowy ubezpieczenia oraz niniejszych WU – Wariant Standard w zakresie, praw i obowiązków Ubezpieczonego.
3. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy:
 - 1) dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego;
 - 2) dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego.
4. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń, Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym i Uprawnionym jest język polski.
5. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa Ubezpieczeń sporządzone jest i publikowane na stronie internetowej Towarzystwa Ubezpieczeń: www.openlife.pl.

§ 20

1. Jeżeli w WU – Wariant Standard nie postanowiono inaczej wszystkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia Towarzystwa Ubezpieczeń mające związek z Umową ubezpieczenia wymagają dla swej skuteczności zachowania formy pisemnej.

2. Wszystkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia mające związek z Umową ubezpieczenia kierowane do Towarzystwa Ubezpieczeń, z wyjątkiem Reklamacji, wymagają dla swej skuteczności zachowania formy pisemnej lub innej formy uzgodnionej przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego z Towarzystwem Ubezpieczeń.
3. Wszelkie oświadczenia, wnioski, zawiadomienia złożone Agentowi lub Ubezpieczającemu uważa się za złożone Towarzystwu Ubezpieczeń jeśli zostały złożone na piśmie lub na innym trwałym nośniku.

§ 21

1. Niniejsze WU – Wariant Standard zostały zatwierdzone uchwałą nr 1 z dnia 21 marca 2016 roku przyjętą przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna.
2. Niniejsze WU – Wariant Standard mają zastosowanie w stosunku do osób, które złożą Deklarację zgody poczynawszy od dnia 1 kwietnia 2016 roku.