



KARTA PRODUKTU

„Program Ochronny Życia i Zdrowia – Wariant Standard”

Karta Produktu została przygotowana na podstawie Warunków Ubezpieczenia Grupowego na życie i zdrowie Kredytobiorców Getin Noble Bank Spółka Akcyjna „Program Ochronny Życia i Zdrowia – Wariant Standard” (dalej: „WU – Wariant Standard”) i zawiera najważniejsze informacje o ubezpieczeniu „Program Ochronny Życia i Zdrowia – Wariant Standard”. Karta Produktu nie jest elementem Umowy ubezpieczenia, ani materiałem marketingowym.

Przeczytaj uważnie ten dokument, abyś wiedział jakie są cechy produktu, jakie korzyści daje Ci to ubezpieczenie oraz jakie obowiązki są z nim związane. Pamiętaj, że skorzystanie z ubezpieczenia jest dobrowolne.

Jeśli masz jakiegokolwiek pytania lub nie jesteś pewien, czy ubezpieczenie odpowiada Twoim potrzebom, porozmawiaj o tym z przedstawicielem Ubezpieczającego.

FORMA UBEZPIECZENIA:

Grupowe.

CHARAKTER UBEZPIECZENIA:

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.

TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ:

Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie S.A. z siedzibą w Warszawie.

UBEZPIECZAJĄCY:

ProEkspert Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie.

UBEZPIECZONY:

Kredytobiorca objęty ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w WU – Wariant Standard.

ROLA GETIN NOBLE BANK S.A.:

Agent ubezpieczeniowy wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego, pod numerem 11165368/A. Getin Noble Bank S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Przyokopowej 33 wykonuje czynności agencyjne na rzecz wielu zakładów ubezpieczeń, w tym na rzecz Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie S.A. z siedzibą w Warszawie. Informacje o wpisie Banku do rejestru agentów można sprawdzić poprzez złożenie wniosku do KNF lub poprzez stronę internetową: https://au.knf.gov.pl/Au_online/.



PODSTAWOWE INFORMACJE O UBEZPIECZENIU

Zakres ochrony:

1. **Śmierć Ubezpieczonego** w Okresie odpowiedzialności albo
2. **Całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku Choroby lub NW** w Okresie odpowiedzialności 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.

Składki i terminy płatności:

1. **Składka naliczana i opłacana jest przez Ubezpieczającego jednorazowo, z góry, za każdy pierwszy i kontynuowany Okres odpowiedzialności.**
2. **Wysokość Składki zależy 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.**
3. **Wysokość Składki jest wskazana w Deklaracji zgody.**
4. **Wysokość Składki za każdy kontynuowany Okres odpowiedzialności jest wskazana w Załączniku nr 1 do Deklaracji zgody.**
5. **Termin zapłaty Składki przez Ubezpieczającego wskazany jest w Umowie ubezpieczenia. Ubezpieczony, który wyraził zgodę na finansowanie Składki zobowiązany jest do pokrycia kosztów Składki w terminie wskazanym w oświadczeniu o finansowanie składki ubezpieczeniowej.**

Warunki promocyjne:

Getin Noble Bank S.A. może organizować okresowe promocje dla produktów bankowych w związku ze skorzystaniem przez klienta z ubezpieczenia. Warunki promocji określone są każdorazowo w odpowiednim regulaminie Getin Noble Banku S.A.

O szczegóły zapytaj doradcę.

Okres ochrony ubezpieczeniowej:

1. 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.
2. 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:

- 1) Kredytobiorca w Deklaracji zgody wyraził zgodę na kontynuowanie Okresu odpowiedzialności na kolejne Okresy odpowiedzialności;
- 2) Ubezpieczony na dzień przewidywanego zakończenia kontynuowanego Okresu odpowiedzialności nie ma ukończonego 76. roku życia;
- 3) Ubezpieczony na pierwszy dzień kontynuowanego Okresu odpowiedzialności spełnia warunek, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 3) WU – Standard, z zastrzeżeniem ust. 3. O braku możliwości kontynuowania Okresu odpowiedzialności Ubezpieczający zostanie poinformowany pisemnie przez Agenta w imieniu Towarzystwa Ubezpieczeń.
3. 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.
4. Okres odpowiedzialności wygasa:
 - 1) z upływem ostatniego dnia pierwszego Okresu odpowiedzialności – w przypadku, gdy Kredytobiorca w Deklaracji zgody nie wyraził zgody na kontynuowanie Okresu odpowiedzialności;
 - 2) z upływem dnia, w którym Ubezpieczający odstąpił od Umowy ubezpieczenia;
 - 3) z upływem ostatniego dnia Okresu odpowiedzialności, w trakcie którego doszło do rozwiązania Umowy ubezpieczenia, zgodnie z § 6 ust. 3 WU – Standard;
 - 4) z upływem dnia, w którym Ubezpieczony odstąpił od Umowy kredytu;
 - 5) z upływem ostatniego dnia Okresu odpowiedzialności, w trakcie którego Ubezpieczony dokonał wcześniejszej spłaty wszystkich zobowiązań wynikających z Umowy kredytu;
 - 6) z upływem ostatniego Okresu odpowiedzialności, w trakcie którego Umowa kredytu uległa rozwiązaniu;
 - 7) z upływem dnia otrzymania przez Towarzystwo Ubezpieczeń, Agenta lub Ubezpieczającego oświadczenia o wystąpieniu z ubezpieczenia;
 - 8) z dniem śmierci Ubezpieczonego;
 - 9) 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;
 - 10) z upływem ostatniego dnia terminu dodatkowego wskazanego w pisemnym wezwaniu Ubezpieczającego do zapłaty Składki, o którym mowa w § 8 ust. 5 WU – Standard, w zależności od tego, co nastąpiło jako pierwsze.
5. 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.

Suma ubezpieczenia:

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. 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:

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

gdzie:

Suma ubezpieczenia_i – 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.

3. 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%.

Świadczenie ubezpieczeniowe:

1. 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 niniejszej Karcie Produktu, wypłaci Świadczenie w wysokości równej 100% Sumy ubezpieczenia.
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 niniejszej Karcie Produktu, wypłaci Świadczenie w wysokości równej 100% Sumy ubezpieczenia.

3. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW Towarzystwo Ubezpieczeń będzie wypłacało miesięczne Świadczenia. 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 § 11 ust. 4 WU – Standard, jest należne po każdym kolejnych 30 dniach Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. 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.
5. Miesięczne Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW, o którym mowa w ust. 3 i 4 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 § 11 ust. 4 WU – Standard, 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.
8. Uprawnionym do otrzymania Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest Uposażony, z zastrzeżeniem § 14 ust. 2 - 5 WU – Wariant Standard.
9. 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.

Warunki objęcia ochroną ubezpieczeniową:

Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Kredytobiorca:

- **Wiek:** który na dzień podpisania Deklaracji zgody ma ukończony 18. rok życia oraz na dzień przewidywanego zakończenia Okresu odpowiedzialności nie ma ukończonego 76. roku życia;
- **Zamieszkanie:** który ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- **Kwota kredytu:** jeśli 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 Ochrony Życia i Zdrowia – Wariant Standard” lub zawarł umowę ubezpieczenia indywidualnego na życie Kredytobiorców Getin Noble Bank S.A. „Indywidualny Program Ochrony Życia – Wariant Senior” – łączna kwota udzielonych Kredytów nie przekroczy 500 000 zł;
- **Oświadczenie:** który złożył podpisaną Deklarację zgody.

Możliwość wystąpienia z ubezpieczenia:

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.

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń:

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, szybownictwo, 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 dys-

cypliny 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.

Zgłoszenie roszczenia:

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.

Skargi i reklamacje:

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;
 - 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 Reklamacje udzielana jest w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji.

Na wniosek Klienta odpowiedź może zostać dostarczona pocztą elektroniczną.

7. Odpowiedź na Reklamacje 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.

Podatek od świadczeń ubezpieczeniowych:

Na dzień przedstawienia oferty ubezpieczeniowej świadczenia wypłacane z Umowy ubezpieczenia nie podlegają opodatkowaniu.

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY UBEZPIECZENIA

Prawa i obowiązki stron Umowy ubezpieczenia określone są w § 13 WU – Wariant Standard.

Ubezpieczony może żądać, aby Towarzystwo Ubezpieczeń udzieliło mu informacji o postanowieniach zawartej Umowy ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą jego praw i obowiązków.

DOKUMENTY UBEZPIECZENIOWE

Informujemy, że WU – Wariant Standard oraz formularze dotyczące ubezpieczenia Program Ochronny Życia i Zdrowia – Wariant Standard, znajdują się na stronie internetowej: www.pro-ekspert.pl oraz www.openlife.pl.

Getin Noble Bank S.A., stosuje zasady określone w Rekomendacji U z dnia 24 czerwca 2014 r. dotyczącej dobrych praktyk w zakresie bancassurance wydanej przez Komisję Nadzoru Finansowego oraz w „Rekomendacji dobrych praktyk na polskim rynku bancassurance w zakresie ubezpieczeń ochronnych powiązanych z produktami bankowymi” wydanej przez Związek Banków Polskich. Postępowanie przez Agenta zgodnie z dobrymi praktykami zapewnia rzetelną i przejrzystą informację dotyczącą objęcia ochroną ubezpieczeniową oraz wysokie standardy obsługi.

Zastrzeżenia i informacje prawne dotyczące Karty Produktu:

1. Przedstawionych powyżej informacji nie należy odczytywać jako oferty w rozumieniu art. 66 kodeksu cywilnego ani rekomendacji do złożenia Deklaracji zgody.
2. Powyższy dokument nie stanowi wzorca umownego ani też nie jest integralną częścią Umowy ubezpieczenia.
3. Dokument jest prezentowany w celach informacyjnych i nie powinien być wyłączną podstawą do podejmowania decyzji o przystąpieniu do ubezpieczenia.
4. Decyzja o przystąpieniu do ubezpieczenia powinna zostać podjęta po wcześniejszym zapoznaniu się z dokumentacją ubezpieczeniową, w tym zwłaszcza z WU – Wariant Standard, gdzie znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu.

Oświadczam, że zapoznałem się z powyższymi informacjami.

Potwierdzam tożsamość
i własnoręczność podpisu klienta:

.....
Podpis klienta

.....
Data i podpis
przedstawiciela Ubezpieczającego

Istnieje możliwość zapoznania się z Kartą Informacyjną wydrukowaną większą czcionką, zapytaj pracownika Agenta ubezpieczeniowego.