

WARUNKI UBEZPIECZENIA

GRUPOWEGO NA ŻYCIE I ZDROWIE KREDYTOBIORCÓW
GETIN NOBLE BANK SPÓŁKA AKCYJNA

„DOBRCZE UBEZPIECZONY KREDYT – WARIANT III”



Wykaz istotnych informacji, zawartych w Warunkach Ubezpieczenia grupowego na życie Kredytobiorców Getin Noble Bank Spółka Akcyjna „Dobrze ubezpieczony kredyt – Wariant III” (zwanym dalej: „Warunkami Ubezpieczenia – Wariant III”):

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 pkt 29, § 3 ust. 2, z zastrzeżeniem § 10, § 13, w zw. z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 9 ust. 3, § 10, w zw. z § 2.

WARUNKI UBEZPIECZENIA

Kod warunków: UB_OGOJ127

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Warunki ubezpieczenia grupowego na życie i zdrowie Kredytobiorców Getin Noble Banku Spółka Akcyjna „Dobrze ubezpieczony kredyt – Wariant III”, zwane dalej „Warunkami Ubezpieczenia – Wariant III”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia grupowego na życie i zdrowie Kredytobiorców Getin Noble Banku Spółka Akcyjna „Dobrze ubezpieczony kredyt”, zwanej dalej „Umową ubezpieczenia”, zawartej pomiędzy Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie S.A., zwanym dalej „Towarzystwem Ubezpieczeń”, a Europejskim Konsorcjum Finansowym Sp. z o.o., zwanym dalej „Ubezpieczającym”.
2. Niniejsze Warunki Ubezpieczenia – Wariant III regulują zasady, na jakich Towarzystwo Ubezpieczeń obejmuje ochroną ubezpieczeniową osoby fizyczne, które zawarły z Getin Noble Bankiem Spółka Akcyjna umowę kredytu gotówkowego lub umowę konsolidacyjnego kredytu gotówkowego.

DEFINICJE

§ 2

W niniejszych Warunkach Ubezpieczenia – Wariant III oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Agent** – Open Brokers S.A. wykonujący w imieniu Towarzystwa Ubezpieczeń i na jego rzecz czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego;
- 2) **Całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego** – całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie, spowodowana chorobą po raz pierwszy zdiagnozowaną lub Niešťęśliwym Wypadkiem, mającym miejsce w Okresie ubezpieczenia, orzeczona ostatecznym lub prawomocnym Orzeczeniem na okres co najmniej 18 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, będąca podstawą do wydania Orzeczenia;
- 4) **Choroba po raz pierwszy zdiagnozowana** – Choroba zdiagnozowana u Ubezpieczonego po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia przez osobę wykonującą zawód lekarza lub choroba której jakiejkolwiek objawy były leczone po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia;
- 5) **Deklaracja zgody** – pisemne oświadczenie woli Kredytobiorcy, na mocy którego wyraża on zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych

w Warunkach Ubezpieczenia – Wariant III. Oświadczenie obejmuje także wysokość Sumy ubezpieczenia; Złożenie Deklaracji zgody jest dobrowolne, ale niezbędne do objęcia ubezpieczeniem na warunkach wskazanych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia – Wariant III. Deklaracja zgody składana jest Ubezpieczającemu nie później niż w dniu zawarcia Umowy kredytu. Deklaracja zgody stanowi potwierdzenie objęcia ochroną ubezpieczeniową, o ile spełnione zostały wszystkie warunki objęcia ochroną ubezpieczeniową, o których mowa w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia – Wariant III;

- 6) **Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego** – dzień śmierci Ubezpieczonego wskazany w akcie zgonu;
 - a) w przypadku śmierci Ubezpieczonego – dzień śmierci Ubezpieczonego wskazany w akcie zgonu,
 - b) w przypadku Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego - dzień powstania Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wskazany w Orzeczeniu,
 - c) w przypadku Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego - dzień powstania Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego wskazany w Orzeczeniu;
- 7) **Harmonogram spłaty rat Kredytu** – dokument, wskazujący wysokość oraz terminy spłat poszczególnych rat Kredytu należnych Getin Noble Bank SA z tytułu zawartej Umowy kredytu;
- 8) **Klient** – będący osobą fizyczną Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy ubezpieczenia, a także każdy podmiot składający lub zamierzający złożyć Reklamację, tak indywidualny jak i instytucjonalny, który korzysta lub korzystał z usług Towarzystwa Ubezpieczeń;
- 9) **Kredyt** – konsumpcyjny kredyt gotówkowy lub konsolidacyjny kredyt gotówkowy udzielany osobom fizycznym przez Getin Noble Bank Spółka Akcyjna, przeznaczony na sfinansowanie potrzeb konsumpcyjnych Kredytobiorcy i/lub konsolidację jego zobowiązań kredytowych;
- 10) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, która zawarła z Getin Noble Bankiem Spółka Akcyjna Umowę kredytu, posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych w stosunku do której może zostać wydane Orzeczenie;
- 11) **Kwota kapitału Kredytu** – kwota udzielonego Kredytu przed doliczeniem prowizji i opłat, wynikająca z Umowy kredytu wyrażona w złotych;
- 12) **Miesiąc okresu ubezpieczenia** – miesiąc, rozpoczynający się w dniu rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia, a także każdy kolejny miesiąc, rozpoczynający się w dniu odpowiadającym dniowi rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem iż w przypadku, gdy w danym

- miesiącu nie występuje dzień odpowiadający dniowi początku Okresu ubezpieczenia – za dzień rozpoczęcia danego Miesiąca okresu ubezpieczenia przyjmuje się ostatni dzień danego miesiąca kalendarzowego;
- 13) **Nieszczęśliwy wypadek** – powstałe w Okresie ubezpieczenia nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie, wywołane Przyczyną zewnętrzną, o charakterze losowym, będące wyłączną i bezpośrednią przyczyną zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 14) **Niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego** – naruszenie sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, spowodowane Chorobą po raz pierwszy zdiagnozowaną lub Nieszczęśliwym Wypadkiem, mającym miejsce w okresie udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej, orzeczone ostatecznym lub prawomocnym Orzeczeniem na okres co najmniej 12 miesięcy;
 - 15) **Orzeczenie** – wydane nie później niż 12 miesięcy po zakończeniu Okresu ubezpieczenia, ostateczne lub prawomocne orzeczenie wydane przez uprawnionego lekarza orzecznika, lekarza rzeczoznawcę, uprawnioną komisję lekarską lub sąd powszechny lub decyzja organu rentowego na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, stwierdzające:
 - a) Całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego na okres co najmniej 18 miesięcy,
 - b) Niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego na okres co najmniej 12 miesięcy;
 - 16) **Okres ubezpieczenia** – okres, w którym Towarzystwo Ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2;
 - 17) **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;
 - 18) **Reklamacja** – wystąpienie skierowane do Towarzystwa Ubezpieczeń przez Klienta, w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo Ubezpieczeń;
 - 19) **Suma ubezpieczenia** – kwota, stanowiąca podstawę ustalenia wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 20) **Świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota, wypłacana przez Towarzystwo Ubezpieczeń w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 21) **Ubezpieczający** – Europejskie Konsorcjum Finansowe Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu;
 - 22) **Ubezpieczony** – Kredytobiorca, objęty ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych, w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia – Wariant III;
 - 23) **Udział procentowy** – wartość procentowa, określana w momencie podpisywania Deklaracji zgody dla każdego Kredytobiorcy, który ma zostać objęty ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia – Wariant III w związku z jedną Umową kredytu; Udział procentowy przypadający na każdego Kredytobiorcę jest niezmienny przez cały Okres ubezpieczenia; W przypadku, gdy w związku z jedną Umową kredytu ochroną ubezpieczeniową ma być objęty jeden Kredytobiorca to Udział procentowy dla Ubezpieczonego wynosi 100%; W przypadku gdy ochroną ubezpieczeniową ma być objętych dwóch lub więcej Kredytobiorców w związku z jedną Umową kredytu to Udział procentowy każdego z nich jest równy, z zachowaniem odpowiednich zaokrągleń; łączny Udział procentowy Ubezpieczonych w ramach jednej Umowy kredytu wynosi 100%;
 - 24) **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;
 - 25) **Udział Ubezpieczonego w aktach wojennych** – czynny lub bierny udział Ubezpieczonego w działaniach wojennych, konflikcie zbrojnym, zamachu stanu, jak również przebywania 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 – toczone na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, etnicznymi lub religijnymi);
 - 26) **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;
 - 27) **Umowa kredytu** – zawarta pomiędzy Getin Noble Bankiem Spółka Akcyjna a Kredytobiorcą umowa, której przedmiotem jest udzielenie Kredytu na okres od 3 miesięcy do 108 miesięcy;
 - 28) **Uposażony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana zgodnie z postanowieniami § 12 jako uprawniona do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego;

- 29) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową, zaistniałe w Okresie ubezpieczenia w postaci:
- śmierci Ubezpieczonego, albo
 - Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, albo
 - Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.
 - śmierć Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, albo
 - Całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, albo
 - Niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, w zależności od tego, które z tych Zdarzeń ubezpieczeniowych wystąpi jako pierwsze.
- Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń zostały określone w § 10.

ROZPOCZĘCIE I ZAKOŃCZENIE OKRESU UBEZPIECZENIA

§ 4

- Okres ubezpieczenia** w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu następującym po dniu złożenia podpisanej Deklaracji zgody, jednak nie wcześniej niż w dniu uruchomienia Kredytu i trwa do ostatniego dnia okresu na jaki została zawarta Umowa kredytu zgodnie z Harmonogramem spłaty rat Kredytu, obowiązującym na dzień zawarcia Umowy kredytu nie dłużej jednak przez 12 Miesięcy okresu ubezpieczenia z zastrzeżeniem ust. 2.
- Okres ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:
 - z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia;
 - z dniem odstąpienia przez Ubezpieczonego od Umowy kredytu;
 - z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia;
 - z dniem śmierci Ubezpieczonego;
 - z Dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, skutkującego wypłatą przez Towarzystwo Ubezpieczeń Świadczenia ubezpieczeniowego z tego tytułu;
 - z Dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, skutkującego wypłatą przez Towarzystwo Ubezpieczeń Świadczenia ubezpieczeniowego z tego tytułu;

- z upływem dnia otrzymania przez Towarzystwo Ubezpieczeń, Agenta lub Ubezpieczającego oświadczenie woli o rezygnacji z ubezpieczenia;
- z dniem bezskutecznego upływu terminu dodatkowego wskazanego w pisemnym wezwaniu Ubezpieczającego do zapłaty składki ubezpieczeniowej, zgodnie z § 8 ust. 4, w zależności od tego, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.
- W sytuacji gdy w okresie maksymalnie 12 miesięcy po zakończeniu Okresu ubezpieczenia zostało wydane Orzeczenie i jednocześnie nie zostało wypłacone Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci należne Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego albo Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, pod warunkiem, że Niezszczęśliwy wypadek lub Choroba po raz pierwszy zdiagnozowana, będące przyczyną powyższego Zdarzenia ubezpieczeniowego (tj. Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego albo Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego), wystąpiła w Okresie ubezpieczenia.
- Okres ubezpieczenia nie ulega zakończeniu w przypadku rozwiązania lub całkowitej spłaty Kredytu przed terminem określonym w Umowie kredytu, za który została opłacona składka ubezpieczeniowa. W takim przypadku Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wyznaczana jest zgodnie z § 9 ust. 1 tj. na podstawie Harmonogramu spłaty rat Kredytu, obowiązującego na dzień zawarcia Umowy kredytu.

REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA

§ 5

- Ubezpieczony w każdym czasie ma prawo złożenia w formie pisemnej do Towarzystwa Ubezpieczeń, Agenta lub Ubezpieczającego oświadczenia woli o rezygnacji z ubezpieczenia. Za dzień złożenia oświadczenia woli o rezygnacji z ubezpieczenia rozumie się dzień otrzymania odpowiednio przez Towarzystwo Ubezpieczeń, Agenta lub Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia woli o rezygnacji.
- W przypadku, gdy ochroną ubezpieczeniową objętych jest dwóch lub więcej Ubezpieczonych w związku z jedną Umową kredytu, rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej przez jednego z Ubezpieczonych nie skutkuje zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej względem pozostałych Ubezpieczonych. W takim przypadku, ochrona ubezpieczeniowa względem pozostałych Ubezpieczonych pozostaje na niezmiennych warunkach.
- W przypadku rezygnacji z ubezpieczenia w ramach danej Umowy kredytu, nie jest możliwe ponowne objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia w związku z tą samą Umową kredytu.

WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

§ 6

- Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Kredytobiorca, który:
 - w dniu złożenia podpisanej Deklaracji zgody ukończył 18. rok życia i w dniu przewidywanego zakończenia Okresu ubezpieczenia nie ukończy 75. roku życia, oraz
 - zawarł z Getin Noble Bankiem S.A. Umowę kredytu, w ramach której Kwota kapitału Kredytu z dnia zawarcia Umowy kredytu nie przekracza kwoty 120 000 zł, a w przypadku, gdy dany Kredytobiorca posiada kilka Umów kredytu, w związku z którymi został objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia - łączna Kwota kapitału tych Kredytów na dzień zawarcia Umów kredytu nie przekracza 120 000 zł, oraz
 - udzielił odpowiedzi „NIE” na każde pytanie w ankiecie dotyczącej stanu zdrowia w Deklaracji zgody oraz
 - zamieszkuje na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, oraz
 - jest obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej oraz
 - w dniu złożenia Deklaracji zgody nie ma orzeczonej całkowitej niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji na podstawie przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach przez właściwego lekarza orzecznika, właściwą komisję lekarską, organ rentowy lub prawomocny wyrok sądu.
- Warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową jest:
 - złożenie przez Kredytobiorcę podpisanej Deklaracji zgody;
 - zgłoszenie Kredytobiorcy do Towarzystwa Ubezpieczeń przez Ubezpieczającego w celu objęcia go ochroną ubezpieczeniową.
- W przypadku, gdy Umowę kredytu zawarło co najmniej dwóch Kredytobiorców, ochroną ubezpieczeniową może być objęty:
 - jeden z Kredytobiorców, który spełnia warunki, o których mowa w ust. 1, albo
 - każdy z Kredytobiorców, o ile spełnia warunki, o których mowa w ust. 1. W takim przypadku każdy z Kredytobiorców składa odrębną Deklarację zgody.
- W przypadku, gdy Kredytobiorca posiada więcej niż jedną Umowę kredytu i chciałby zostać objęty ochroną ubezpieczeniową w związku z więcej niż jedną Umową kredytu, wówczas należy złożyć odrębną Deklarację zgody w związku z każdą Umową kredytu.

CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA, ODSTĄPIENIE I WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 7

- Umowa ubezpieczenia zawierana jest w trybie negocjacji pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń a Ubezpieczającym na okres 1 roku, liczonego od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2.
- Umowa ubezpieczenia zostaje automatycznie przedłużona na kolejne okresy roczne, o ile żadna ze stron nie złoży drugiej stronie oświadczenia woli o nieprzedłużeniu Umowy

ubezpieczenia na kolejny okres. Oświadczenie woli o nieprzedłużeniu Umowy ubezpieczenia na kolejny okres powinno być złożone drugiej stronie na piśmie, na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa ubezpieczenia została zawarta.

- Umowa ubezpieczenia może być w każdym czasie wypowiedziana przez Ubezpieczającego na piśmie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia. Okres wypowiedzenia rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca następującego bezpośrednio po miesiącu, w którym Towarzystwo Ubezpieczeń otrzyma oświadczenie o wypowiedzeniu.
- Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
 - z końcem miesięcznego okresu wypowiedzenia;
 - z końcem okresu, na jaki została zawarta – w przypadku nieprzedłużenia na kolejny okres,z tym że nie wcześniej niż z końcem Okresu ubezpieczenia w stosunku do Ubezpieczonych, którzy zostali objęci ochroną ubezpieczeniową do ostatniego dnia miesięcznego okresu wypowiedzenia lub ostatniego dnia okresu, na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia - w przypadku nieprzedłużenia na kolejny okres.
- Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia nie ma wpływu na ochronę ubezpieczeniową udzielaną Kredytobiorcom, którzy złożyli podpisaną Deklarację zgody przed rozwiązaniem Umowy ubezpieczenia. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa będzie trwała do końca Okresu ubezpieczenia.
- Kredytobiorcy, którzy złożą podpisane Deklaracje zgody po ostatnim dniu okresu wypowiedzenia lub po ostatnim dniu okresu na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia – w przypadku nieprzedłużenia jej na kolejny okres, nie zostaną objęci ochroną ubezpieczeniową.
- Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od jej zawarcia.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 8

- Składka ubezpieczeniowa jest opłacana przez Ubezpieczającego za wszystkich Ubezpieczonych, którzy zostali objęci ochroną ubezpieczeniową w danym miesiącu kalendarzowym, łącznie w terminach i wysokości określonej w Umowie ubezpieczenia.
- Składka ubezpieczeniowa należna za ochronę ubezpieczeniową udzielaną w Okresie ubezpieczenia naliczana i opłacana jest jednorazowo.
- Wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest w oparciu o długość Okresu ubezpieczenia, wysokość Kwoty kapitału Kredytu z dnia zawarcia Umowy kredytu, wskazanej w Umowie kredytu, i przypadającego na danego Ubezpieczonego Udziału procentowego zgodnie z Taryfą składek, określoną w Umowie ubezpieczenia. Wysokość składki ubezpieczeniowej jest ustalona na poziomie, który zapewnia co najmniej wykonywanie wszystkich zobowiązań wynikających z Umowy ubezpieczenia oraz pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Towarzystwa Ubezpieczeń.

4. W przypadku niezapłacenia składki ubezpieczeniowej w wyznaczonym w Umowie ubezpieczenia terminie, Towarzystwo Ubezpieczeń wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki ubezpieczeniowej w terminie nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania ze wskazaniem, że brak zapłaty składki w tym terminie spowoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej wobec Ubezpieczonych, za których nie zapłacono składki ubezpieczeniowej.
5. W przypadku zakończenia Okresu ubezpieczenia przed upływem okresu, za który została opłacona składka ubezpieczeniowa, Towarzystwo Ubezpieczeń zwraca składkę ubezpieczeniową za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej z tym że w przypadku odstąpienia przez Ubezpieczonego od Umowy kredytu bądź odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia bądź rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia w ciągu 30 dni od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową – Ubezpieczającemu przysługuje od Towarzystwa Ubezpieczeń zwrot opłaconej składki ubezpieczeniowej w całości.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

§ 9

1. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego albo Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, albo Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego jest równa iloczynowi Udziału procentowego oraz kwoty kapitału Kredytu, pozostającej do spłaty na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie z Harmonogramem spłaty rat Kredytu, obowiązującym na dzień zawarcia Umowy kredytu.
 2. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo Ubezpieczeń, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 10, wypłaci jednorazowe Świadczenie ubezpieczeniowe równe 100% Sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1.
 3. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, skutkującego wypłatą przez Towarzystwo Ubezpieczeń Świadczenia ubezpieczeniowego z tego tytułu, Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy nie jest należne.
- 4) czynnego i niezgodnego z prawem Udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy;
 - 5) czynnego i niezgodnego z prawem Udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach;
 - 6) pozostawiania lub działania Ubezpieczonego pod wpływem dobrowolnie spożytego alkoholu, dobrowolnego użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku ich spożycia bez zalecenia przez lekarza lub nieprzestrzegania zaleceń lekarskich co do ich stosowania (przez pozostawianie lub działanie pod wpływem alkoholu rozumie się działanie w stanie, gdy:
 - 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;
 - 7) nieprzestrzegania zaleceń lekarskich przez Ubezpieczonego lub poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom medycznym przez nieuprawnione osoby bądź poza kontrolą lekarską z wyjątkiem udzielania Ubezpieczonemu pierwszej pomocy w związku z zaistniałym Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 8) zdarzenia powstałego w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 9) 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;
 - 10) choroby psychicznej lub choroby umysłowej Ubezpieczonego wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F00 - F99);
 - 11) 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;
 - 12) niezawodowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego w ramach klubów sportowych lub sekcji sportowych z równoczesnym udziałem w wyścigach, zawodach, występach lub treningach sportowych;
 - 13) chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 10

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku:
 - 1) Samobójstwa popełnionego w okresie dwóch lat od pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia;
 - 2) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego;
 - 3) czynnego lub biernego Udziału Ubezpieczonego w aktach wojennych;

- o ile powyższe wskazane w pkt 2 - 13 miały wpływ na zajęcie Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku:
 - 1) próby samobójstwa;
 - 2) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego;
 - 3) czynnego lub biernego Udziału Ubezpieczonego w aktach wojennych;
 - 4) czynnego i niezgodnego z prawem Udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy;
 - 5) czynnego i niezgodnego z prawem Udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach;
 - 6) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym;
 - 7) pozostawiania lub działania Ubezpieczonego pod wpływem dobrowolnie spożytego alkoholu, dobrowolnego użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku ich spożycia bez zalecenia przez lekarza lub nieprzestrzegania zaleceń lekarskich co do ich stosowania (przez pozostawianie lub działanie pod wpływem alkoholu rozumie się działanie w stanie, gdy:
 - 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);
 - 8) nieprzestrzegania zaleceń lekarskich przez Ubezpieczonego lub poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom medycznym przez nieuprawnione osoby bądź poza kontrolą lekarską z wyjątkiem udzielania Ubezpieczonemu pierwszej pomocy w związku z zaistniałym Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 9) zdarzenia powstałego w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 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, lotnictwo i paralotnictwo, 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 1 - 15 miały wpływ na zajęcie Zdarzenia ubezpieczeniowego.
 3. Ubezpieczający oraz Ubezpieczony obowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa Ubezpieczeń wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo Ubezpieczeń zaapytywało w Deklaracji zgody.
 4. Jeżeli do Zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie lat trzech od dnia złożenia Ubezpieczającemu podpisanej Deklaracji zgody, Towarzystwo Ubezpieczeń nie może podnieść zarzutu, że przy przystępowaniu do ubezpieczenia podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została choroba osoby ubezpieczonej.

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I TOWARZYSTWA UBEZPIECZEŃ

§ 11

1. Ubezpieczający w ramach wykonywania Umowy ubezpieczenia zobowiązany jest do:
 - 1) informowania osoby zainteresowanej o możliwości, zakresie i istotnych warunkach objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w Warunkach Ubezpieczenia – Wariant III;
 - 2) zapłaty składki ubezpieczeniowej w wysokości i terminach określonych w Umowie ubezpieczenia;

- 3) doręczenia osobom zainteresowanym objęciem ochroną ubezpieczeniową Warunków Ubezpieczenia – Wariant III przed podpisaniem przez nie Deklaracji zgody;
 - 4) udostępniania osobom zainteresowanym objęciem ochroną ubezpieczeniową Deklaracji zgody;
 - 5) zbierania od osób, zainteresowanych objęciem ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia, Deklaracji zgody oraz weryfikowania czy zostały prawidłowo wypełnione i podpisane;
 - 6) przekazywania Ubezpieczonym, Uposażonym lub uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego, na ich prośbę, formularzy związanych z realizacją uprawnień wynikających z Umowy ubezpieczenia;
 - 7) informowania Towarzystwa Ubezpieczeń o zmianie danych osobowych i teled adresowych swoich oraz Ubezpieczonych i Uposażonych, jeżeli posiada takie dane;
 - 8) 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 Ubezpieczonym;
 - 9) informowania Towarzystwa Ubezpieczeń o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 10) przekazywania Ubezpieczonemu informacji, dotyczących zmiany warunków Umowy ubezpieczenia lub zmiany prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia oraz informacji o wysokości Świadczeń ubezpieczeniowych, 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;
 - 11) udzielania, zgłaszającym się osobom uprawnionym do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, informacji o sposobie i formie zgłaszania roszczeń, oraz na ich wniosek przyjmowanie dyspozycji związanych z Umową ubezpieczenia, w tym wniosków o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego wraz z dokumentacją potwierdzającą zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń jest zobowiązane do:
- 1) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych Umową ubezpieczenia;
 - 2) przekazywania Ubezpieczającemu, 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 - informacje dotyczące zmiany warunków Umowy lub zmiany prawa właściwego dla Umowy oraz informacje o wysokości Świadczeń ubezpieczeniowych, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń ubezpieczeniowych przysługujących z tytułu Umowy. Informacje te zostaną przekazane Ubezpieczającemu przed wyrażeniem przez niego zgody na dokonanie takich zmian;
 - 3) wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego na zasadach określonych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia – Wariant III;
 - 4) udzielania na wniosek Ubezpieczonego informacji o postanowieniach zawartej Umowy ubezpieczenia oraz Warunków Ubezpieczenia – Wariant III 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 teled adresowych, w tym adres e-mail zawartych w Deklaracji zgody, jeżeli uległy one zmianie.

UPRAWNIONY DO ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 12

1. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest Uposażony.
2. Ubezpieczony ma prawo do wyznaczania jednego lub kilku Uposażonych uprawnionych do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu jego śmierci.
3. Ubezpieczony może wskazać Uposażonego, o którym mowa w ust. 2, zarówno przy składaniu Deklaracji zgody, jak i w każdym czasie trwania Okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Ubezpieczony ma prawo do zmiany wskazania Uposażonego, o którym mowa w ust. 3, w każdym czasie trwania Okresu ubezpieczenia. W takim przypadku Towarzystwo Ubezpieczeń jest związane dokonaną zmianą od dnia otrzymania dyspozycji przez Towarzystwo Ubezpieczeń, Ubezpieczającego lub Agenta.
5. Ubezpieczony ma prawo wskazać udział poszczególnych Uposażonych, o których mowa w ust. 2, w Świadczeniu ubezpieczeniowym. Jeżeli suma procentowego udziału Uposażonych, o których mowa w ust. 2, w Świadczeniu ubezpieczeniowym nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie Świadczenia ubezpieczeniowego 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 takiego wskazania - przyjmuje się, że udziały tych osób są równe.
6. Uposażony, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, traci prawo do Świadczenia ubezpieczeniowego. Umyślne przyczynienie, o którym mowa w zdaniu

- poprzedzającym, powinno być potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym.
7. W razie śmierci Uposażonego przed śmiercią Ubezpieczonego lub też utraty przez niego prawa do Świadczenia ubezpieczeniowego, prawo do wypłaty części Świadczenia ubezpieczeniowego przypadającej temu Uposażonemu przejmują pozostali Uposażeni, jeżeli zostali wskazani, z zachowaniem wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania w Deklaracji zgody albo dyspozycji zmiany.
 8. Jeżeli brak jest wskazania Uposażonego, lub jedyny Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub też utracił prawo do Świadczenia ubezpieczeniowego, wówczas Świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje członkom rodziny zmarłego Ubezpieczonego według następującej kolejności:
 - 1) współmałżonek;
 - 2) w równych częściach dzieci Ubezpieczonego, jeżeli brak współmałżonka;
 - 3) w równych częściach rodzice Ubezpieczonego, jeśli brak dzieci i współmałżonka;
 - 4) w równych częściach rodzeństwo Ubezpieczonego, jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka;
 - 5) w równych częściach spadkobiercy Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej, z wyłączeniem skarbu państwa i gminy ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.
 9. Uprawnionym do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego jest Ubezpieczony, z zastrzeżeniem ust. 10.
 10. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed wypłatą należnego mu Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, Świadczenie ubezpieczeniowe mu przysługujące zostanie wypłacone jego spadkobiercom na zasadach ogólnych.
- ### ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA
- #### § 13
1. Zawiadomienie o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego można złożyć pisemnie lub osobiście w siedzibie Towarzystwa Ubezpieczeń, Ubezpieczającego lub Agenta. Za datę otrzymania przez Towarzystwo Ubezpieczeń zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę zgłoszenia roszczenia odpowiednio do Ubezpieczającego, Agenta lub Towarzystwa Ubezpieczeń.
 2. Zawiadomienie o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z Umowy ubezpieczenia.
 3. Do zgłoszenia zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego można wykorzystać wzór formularza zgłoszenia roszczenia, który został pomocniczo przygotowany przez Towarzystwo Ubezpieczeń i jest dostępny u Ubezpieczającego i Agenta, oraz na stronie internetowej Towarzystwa Ubezpieczeń: www.openlife.pl.
 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 ubezpieczeniowego, 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 ubezpieczeniowego, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
 5. Podstawą do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego jest zgłoszenie przez uprawnionego do Świadczenia ubezpieczeniowego roszczenia na piśmie oraz przekazanie:
 - 1) w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji:
 - a) kopii Orzeczenia potwierdzonej za zgodność z oryginałem,
 - b) kopii dokumentacji medycznej potwierdzonych przez placówkę medyczną,
 - c) kopii wyników badań potwierdzonych za zgodność z oryginałem,
 - d) kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość Uprawnionego do świadczenia, potwierdzonej za zgodność z oryginałem,
 - e) Harmonogram spłaty rat Kredytu, obowiązujący na dzień zawarcia Umowy kredytu;
 - 2) w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego:
 - a) odpisu aktu zgonu,
 - b) karty statystycznej do karty zgonu potwierdzonej za zgodność z oryginałem - jeżeli jej uzyskanie przez uprawnionego jest możliwe,
 - c) dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę zgonu, potwierdzonej za zgodność z oryginałem - jeżeli jej uzyskanie przez uprawnionego jest możliwe,
 - d) kopia dokumentu stwierdzającego tożsamość Uprawnionego do świadczenia, potwierdzonej za zgodność z oryginałem,
 - e) Harmonogram spłaty rat Kredytu, obowiązujący na dzień zawarcia Umowy kredytu.
 6. Potwierdzenia dokumentów za zgodność z oryginałem może dokonać: przedstawiciel Ubezpieczającego, Agent, pracownik Towarzystwa Ubezpieczeń, notariusz, adwokat lub radca prawny.

7. W przypadku, gdy dokumenty, o których mowa w ust. 5, sporządzone zostały w języku innym niż polski, osoba zgłaszająca roszczenie dostarcza je przetłumaczone na język polski na własny koszt przez tłumacza przysięgłego.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 14

1. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest w formie wypłaty jednorazowej przelewem na rachunek bankowy podany w zgłoszeniu roszczenia.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaca Świadczenie ubezpieczeniowe w ciągu 30 dni licząc od daty zawiadomienia go o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku, gdy w terminie, o którym mowa w ust. 2, wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, wówczas Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
4. Jeżeli w terminie określonym w ust. 2 Towarzystwo Ubezpieczeń nie wypłaci Świadczenia ubezpieczeniowego 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.
5. Jeżeli Świadczenie ubezpieczeniowe 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 podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego wraz z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
6. Towarzystwo Ubezpieczeń udostępnia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z Umowy informacje i dokumenty, gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego. 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.
7. Informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 6, Towarzystwo Ubezpieczeń udostępnia na żądanie, w postaci elektronicznej.

PRZEPISY REGULUJĄCE OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

§ 15

1. W przypadku gdy Towarzystwo Ubezpieczeń w związku z wykonaniem któregokolwiek 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

§ 16

1. Klienci mogą zgłaszać Reklamacje:
 - 1) pisemnie: osobiście w jednostce Towarzystwa Ubezpieczeń, obsługującej Klientów albo przesyłką pocztową, 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 osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w jednostce Towarzystwa Ubezpieczeń obsługującej Klientów.
2. Zmiana danych teleadresowych Towarzystwa Ubezpieczeń nie wymaga zmiany Warunków Ubezpieczenia – Wariant III. Aktualne dane teleadresowe znajdują się na stronie internetowej www.openlife.pl.
3. Reklamacja może być złożona przez pełnomocnika, kuriera lub postańca.
4. 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.
5. Złożenie Reklamacji niezwłocznie po powzięciu przez Klienta zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie Reklamacji przez Towarzystwo Ubezpieczeń.
6. Towarzystwo Ubezpieczeń na żądanie Klienta potwierdza fakt złożenia Reklamacji.
7. Odpowiedź na Reklamacje udzielana jest w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Na wniosek Klienta odpowiedź może zostać dostarczona pocztą elektroniczną.
8. 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.
9. 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.
 10. Niezależnie od powyższego trybu Klientowi przysługuje prawo wniesienia skargi do Rzecznika Finansowego oraz wystąpienia z wnioskiem o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami podmiotów rynku finansowego a tymi podmiotami.
 11. Niezależnie od powyższego trybu Klientowi, który jest konsumentem, przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
 12. Towarzystwo Ubezpieczeń podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 17

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia – Wariant III mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne przepisy prawa powszechnie obowiązującego.
2. 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 z Umowy ubezpieczenia;
- 2) dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
3. Językiem stosowanym w relacjach Towarzystwa Ubezpieczeń i Ubezpieczającego z Ubezpieczonym i innymi osobami uprawnionymi z Umowy ubezpieczenia jest język polski.

§ 18

1. Jeżeli w Warunkach Ubezpieczenia – Wariant III 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.

§ 19

1. Niniejsze Warunki Ubezpieczenia – Wariant III zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna nr 3 z dnia 23 grudnia 2015 roku.
2. Niniejsze Warunki Ubezpieczenia – Wariant III obowiązują od dnia 1 stycznia 2016 roku.