2019-11-08

WARUNKI UBEZPIECZENIA

GRUPOWEGO NA ŻYCIE

„GOTOWA OCHRONA”

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia
(zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 25 lipca 2019 roku)
oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

open life
LIFE & PENSION

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

SPIS TREŚCI

Warunki Ubezpieczenia Grupowego na Życie „Gotowa Ochrona” (kod: UG_ZYC/08/19/UGO).....4

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (kod: UG_SNW/12/17/GO).....18

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego (kod: UG_SNWK/12/17/GO).....20

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy (kod: UG_SNWP/12/17/GO).....23

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu (kod: UG_SZSUM/12/17/GO).....26

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (kod: UG_TUNW/12/17/GO).....29

Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu zwana we wskazanych Warunkach Dodatkowych Ubezpieczeń „Tabelą Trwałych uszczerbków”.....32

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego (kod: UG_SMP/12/17/GO).....61

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (kod: UG_SMPNW/12/17/GO).....64

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (kod: UG_TUNWMP/12/17/GO).....67

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka Ubezpieczonego (kod: UG_SDZI/12/17/GO).....70

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (kod: UG_SDZINW/12/17/GO).....73

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Osierocenia Dziecka Ubezpieczonego (kod: UG_ODZI/12/17/GO).....76

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Rodziców Ubezpieczonego (kod: UG_SR/12/17/GO).....79

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Rodziców Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (kod: UG_SRNW/12/17/GO).....82

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Teściów Ubezpieczonego (kod: UG_STU/12/17/GO).....85

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Teściów Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (kod: UG_STNW/12/17/GO).....88

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Urodzenia się Dziecka lub Urodzenia się martwego dziecka Ubezpieczonego (kod: UG_UDZI/12/17/GO).....91

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Ciężkiej choroby Ubezpieczonego (kod: UG_CH/12/17/GO).....94

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego (kod: UG_CHM/12/17/GO).....102

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Ciężkiej choroby Dziecka Ubezpieczonego (kod: UG_CHDZI/12/17/GO).....110

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (kod: UG_PWSNW/12/17/GO).....115

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod: UG_PWS/12/17/GO).....118

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego na OIOM (kod: UG_OIOM/12/17/GO).....122

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu (kod: UG_PWSZSU/12/17/GO).....125

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego (kod: UG_PWSNWK/12/17/GO).....128

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek\ Nieszczęśliwego wypadku przy pracy (kod: UG_PWSNWP/12/17/GO).....131

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (kod: UG_ PWSMPNW/12/17/GO).....134

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu (kod: UG_PWSMP/12/17/GO).....138

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego na OIOM (kod: UG_MPOIOM/12/17/GO).....142

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (kod: UG_PWSNWDZI/12/17/GO).....145

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu (kod: UG_PWSDZI/12/17/GO).....148

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego (kod: UG_OC/12/17/GO).....152

Tabela Operacji Open Life.....156

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy (kod: UG_CNDP/12/17/GO).....169

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Rehabilitacji Ubezpieczonego po Pobycie w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (kod: UG_RH/12/17/GO).....172

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Leczenia specjalistycznego (kod: UG_LS/12/17/GO).....175

Ogólne Warunki Ubezpieczenia dla uczestników Programu Assistance Medyczne organizowanego przez Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie S.A. dla osób objętych ochroną w ramach grupowego ubezpieczenia na życie.....179

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

Skorowidz informacji zawartych w Warunkach Ubezpieczenia Grupowego na Życie „Gotowa Ochrona" (zwanych dalej: „Warunkami Ubezpieczenia")

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 ust. 1 pkt 7, 9, 17, 23 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 3, w związku z § 2 ust. 1 pkt 9 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 9, w związku z § 2 ust. 1 pkt 3, 5, 11, 17, 18, 20, 21, 24, 25 Warunków Ubezpieczenia; § 10, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 9, 14, 15, 17, 18, 20, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 12, w związku z § 2 ust. 1 pkt 5, 17, 18, 20, 23 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 13, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 20, 21, 22 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 7, 8, 12, 13, 16, 19 i 26 Warunków Ubezpieczenia; § 8 ust. 3, w związku z § 2 ust. 1 pkt 15, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 10, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 9, 14, 15, 17, 18, 20, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

Skorowidz informacji, zawartych w poszczególnych Warunkach Dodatkowych Ubezpieczeń, zawarty jest na pierwszej stronie odpowiedniego wzorca.

WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA ŻYCIE „GOTOWA OCHRONA"

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Kod warunków: UG_ZYC/08/19/UGO

Szanowni Państwo,

Dla Państwa wygody zamieściliśmy w treści Warunków Ubezpieczenia wyjaśnienia co do poszczególnych postanowień, aby ułatwić ich zrozumienie.
Mamy nadzieję, że przygotowany przez nas program ubezpieczeniowy spełni Państwa wymagania.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Ubezpieczenia Grupowego na Życie „Gotowa Ochrona", zwane dalej „Warunkami Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie S.A., zwanym dalej „Towarzystwem Ubezpieczeń" a Ubezpieczającym.

Od Open Life:

Proszę zwrócić uwagę, iż Warunki Ubezpieczenia stanowią podstawowy dokument, na podstawie którego zawierane są Umowy ubezpieczenia.

Tutaj znajdą Państwo informacje, dotyczące zasad świadczonej ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka śmierci Ubezpieczonego, a także zasady obsługi Umowy ubezpieczenia. Proszę pamiętać, iż istotne dla Państwa uzgodnienia mogą znajdować się również w dokumentacji dołączonej do Polisy. Wszelkie wątpliwości oraz pytania proszę kierować do Ubezpieczającego lub skontaktować się bezpośrednio z nami.

W przypadku, gdy poszukują Państwo informacji, dotyczących zasad świadczonej ochrony ubezpieczeniowej w zakresie innego ryzyka niż śmierć naturalna, należy poszukać odpowiednich Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, regulujących to ryzyko.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Ubezpieczenia oraz w pozostałych dokumentach, dotyczących Umowy ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Akty wojenne:**
      a) działania wojenne przez które 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,
      b) akty terroru, przez co należy rozumieć działanie jakiejkolwiek osoby, lub grupy osób, które zostało podjęte dla celów politycznych, religijnych, ideologicznych lub podobnych, mające na celu wywarcie wpływu na władze państwowe lub zastraszenie całości lub części społeczeństwa,
      c) zamieszki,
      d) rozruchy,
      e) zamach stanu tj. przejęcie władzy politycznej w państwie przez jednostkę lub grupę osób, wbrew obowiązującemu prawu,
      f) przebywanie na terytorium objętym wojną,
      g) wykorzystanie broni nuklearnej, chemicznej lub biologicznej, przez co należy rozumieć:
         i) wykorzystanie broni nuklearnej oznacza użycie jakiejkolwiek broni lub urządzenia nuklearnego lub emisję, uwolnienie, rozproszenie, zwolnienie lub wyciek materiału rozszczepialnego, który emituje radioaktywność na poziomie, który może spowodować trwałe inwalidztwo lub śmierć,
         ii) wykorzystanie broni chemicznej oznacza emisję, uwolnienie, rozproszenie, zwolnienie lub wyciek jakiegokolwiek stałego, ciekłego lub gazowego związku chemicznego, który, jeżeli zostanie odpowiednio rozprowadzony, może spowodować trwałe inwalidztwo lub śmierć,
         iii) wykorzystanie broni biologicznej oznacza emisję, uwolnienie, rozproszenie, zwolnienie lub wyciek jakiegokolwiek chorobotwórczego mikroorganizmu lub toksyn biologicznych (w tym organizmów modyfikowanych genetycznie oraz toksyn syntetyzowanych chemicznie) które mogą spowodować trwałe inwalidztwo lub śmierć;
   2) **Akty przemocy, rozruchy, zamieszki:**
      a) czynne i niezgodne z prawem czynności fizyczne skierowane bezpośrednio przeciwko innej osobie, w celu zmuszenia jej do poddania się woli lub do określonego zachowania zgodnego z wolą osoby zmuszającej, przez co swoboda woli tej osoby zostaje ograniczona,
      b) czynny i niezgodny z prawem udział w wydarzeniach zaistniałych na terenach objętych rozruchami lub zamieszkami w charakterze strony konfliktu oraz uczestnika takich zdarzeń bądź działalność polegająca na dostarczaniu, przewożeniu systemów, wyposażenia, urządzeń, pojazdów, broni i innych materiałów wykorzystywanych podczas rozruchów i zamieszek;

Od Open Life:

Zdefiniowane w pkt 1 i w pkt 2 pojęcia mają istotne znaczenie, ponieważ określają sytuacje, w których odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń może być wyłączona. Proszę spojrzeć np. na § 10 niniejszych Warunków Ubezpieczenia.

   3) **Certyfikat** - dokument wystawiony przez Towarzystwo Ubezpieczeń i przekazywany Ubezpieczonemu, potwierdzający objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, określający zakres ochrony ubezpieczeniowej oraz wysokości sum ubezpieczenia;

Od Open Life:

Potwierdzamy objęcie Państwa ochroną ubezpieczeniową wystawiając imienny Certyfikat, w którym znajdą Państwo podstawowe informacje dotyczące świadczonej ochrony ubezpieczeniowej.

4) **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 postawienia diagnozy/rozpoznania lekarskiego, która wystąpiła w Okresie ubezpieczenia;
5) **Deklaracja zgody** - pisemne oświadczenie woli Ubezpieczonego, na mocy którego wyraża on zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia;
5[1]) **Dotychczasowa umowa ubezpieczenia** - umowa grupowego ubezpieczenia na życie na podstawie której dana osoba była objęta ochroną ubezpieczeniową. W rozumieniu Warunków Ubezpieczenia za Dotychczasową umowę ubezpieczenia uznaje się tylko takie umowy grupowego ubezpieczenia na życie, z tytułu których ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasła najpóźniej w dniu poprzedzającym Pierwszy dzień Okresu ubezpieczenia. Uznaje się wyłącznie te umowy grupowego ubezpieczenia, które spełniają kryterium ciągłości ochrony ubezpieczeniowej, tj. tylko te na podstawie których była świadczona nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa do dnia objęcia ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia;

Od Open Life:
Wspomniany w tym punkcie dokument powinniście Państwo wypełnić i złożyć uprawnionej osobie, aby zostać objętym ochroną ubezpieczeniową. Zawiera on wszelkie niezbędne oświadczenia a także jest to miejsce, w którym wskazujecie Państwo Uposażonych.

6) **Karencja** - okres, w którym odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń ograniczona jest do Zdarzeń ubezpieczeniowych będących wynikiem Nieszczęśliwego wypadku. Okres Karencji liczony jest od Pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia;
7) **Krwotok śródmózgowy** - krwawienie do mózgu spowodowane pęknięciem naczynia;
8) **Nieszczęśliwy wypadek** - nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia danej osoby zdarzenie, które zaszło w Okresie ubezpieczenia, spowodowane wyłącznie Przyczyną zewnętrzną, będące wyłączną i bezpośrednią przyczyną zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
W rozumieniu Warunków Ubezpieczenia za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się:
a) Zawału serca,
b) Udaru mózgu,
c) Krwotoku śródmózgowego,
d) Padaczki;

Od Open Life:
Proszę zwrócić szczególną uwagę na tę definicję, ponieważ często od spełnienia przesłanek w niej określonych uzależniona jest nasza odpowiedzialność lub wysokość należnego Świadczenia ubezpieczeniowego. Wspomnianą definicję należy czytać łącznie z definicją: „Przyczyna zewnętrzna".

9) **Okres ubezpieczenia** - okres, w którym udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa danemu Ubezpieczonemu na podstawie Umowy ubezpieczenia. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia mowa o ochronie ubezpieczeniowej, to należy przez to rozumieć ochronę ubezpieczeniową świadczoną na podstawie Umowy ubezpieczenia, chyba że odpowiednie postanowienia Warunków Ubezpieczenia stanowią inaczej. Ilekroć w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia mowa o Okresie ubezpieczenia, to należy przez to rozumieć okres udzielania ochrony danemu Ubezpieczonemu, na podstawie Umowy ubezpieczenia, w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego regulowanego przez te Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia;
10) **Padaczka** - choroba ze skłonnością do występowania napadowej, nieprawidłowej aktywności elektrycznej mózgu prowadzącej do napadów o różnorodnej postaci klinicznej;
11) **Polisa** - dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia i jej warunki, wystawiony przez Towarzystwo Ubezpieczeń i doręczony Ubezpieczającemu;
12) **Pozostawanie pod wpływem spożytego alkoholu** - stan, w którym:
a) zawartość alkoholu we krwi wynosi powyżej 0,2‰ lub
b) zawartość alkoholu w 1 dm^3 wydychanego powietrza przekracza 0,1 mg alkoholu;
13) **Przyczyna zewnętrzna** - czynnik, oddziałujący na organizm danej osoby, który z medycznego punktu widzenia nie może być zakwalifikowany, jako Choroba ani jako czynnik chorobotwórczy (będący bakterią, wirusem lub pasożytem wywołującym chorobę danej osoby);
14) **Rocznica Umowy ubezpieczenia** - dzień odpowiadający dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, w każdym kolejnym roku kalendarzowym, po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia. Jeżeli Rocznica Umowy ubezpieczenia wyznaczona zgodnie z zasadami określonymi w zdaniu poprzednim miałaby przypadać w innym dniu niż pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego, to za dzień Rocznicy Umowy ubezpieczenia uznaje się pierwszy dzień następnego miesiąca kalendarzowego;

Od Open Life:
Proszę zwrócić uwagę, że Rocznica Umowy ubezpieczenia przypada zawsze pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego niezależnie od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia.

15) **Składka** - kwota opłacana na rachunek bankowy Towarzystwa Ubezpieczeń, należna z tytułu świadczonej ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy ubezpieczenia;
16) **Sporty wysokiego ryzyka** - następujące sporty lub aktywności fizyczne: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, sporty motorowe lub motorowodne, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również: sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa, lodowa, speleologia, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki bungee, jazda po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich;
17) **Świadczenie ubezpieczeniowe** - kwota wypłacana przez Towarzystwo Ubezpieczeń uprawnionemu do Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
18) **Towarzystwo Ubezpieczeń** - Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna, z siedzibą w Warszawie, ul. Przyokopowa 33, 01-208 Warszawa, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000292551, posiadającą numer REGON 141186640 i numer NIP 1070008220, kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości opłacony wynosi 95 500 000 zł;
19) **Udar mózgu** - nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmózgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych i utrzymujące się przez okres co najmniej 24 godzin od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone: obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR). W rozumieniu Warunków Ubezpieczenia za Udar mózgu nie uważa się:
   a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
   b) uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem;
20) **Ubezpieczony** - osoba, objęta ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia;
21) **Ubezpieczający** - podmiot, który zawarł z Towarzystwem Ubezpieczeń Umowę ubezpieczenia;
22) **Umowa ubezpieczenia** - umowa grupowego ubezpieczenia na życie oraz ryzyk dodatkowych, zawarta między Towarzystwem Ubezpieczeń a Ubezpieczającym (zwanych łącznie Stronami) na podstawie Warunków Ubezpieczenia a także odpowiednich Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia. Integralną częścią Umowy ubezpieczenia są postanowienia szczególne, o ile zostały przez strony Umowy ubezpieczenia uzgodnione, załączone do Wniosku a następnie potwierdzone w Polisie;

Od Open Life:
Tekst Warunków Ubezpieczenia a także informacje zawarte we Wniosku i potwierdzone w Polisie stanowią treść Umowy ubezpieczenia. Warunki Ubezpieczenia są doręczane każdemu Ubezpieczonemu przed podpisaniem Deklaracji zgody.
Proszę zwrócić uwagę, że w niektórych Umowach ubezpieczenia mogą mieć zastosowanie indywidualne uzgodnienia, o które wnioskował Ubezpieczający, które zostaną przez nas potwierdzone w Polisie i powinny zostać także doręczone Państwu, w celu zapoznania, przed podpisaniem Deklaracji zgody.
W razie wątpliwości proszę kontaktować się z Ubezpieczającym.

23) **Uposażony** - osoba fizyczna lub podmiot niebędący osobą fizyczną wskazany jako uprawniony do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego, wskazywany na zasadach określonych w § 12 Warunków Ubezpieczenia;

Od Open Life:
Jest to osoba która otrzyma świadczenie w przypadku śmierci Ubezpieczonego. Wskazywana jest z reguły w Deklaracji zgody.

24) **Wariant ochrony** - zakres ochrony ubezpieczeniowej, sumy ubezpieczenia i Składki wybierane w Deklaracji zgody i potwierdzone w Certyfikacie. Osoba zainteresowana ochroną ubezpieczeniową wskazuje w Deklaracji zgody Wariant ochrony, w zakresie którego chce być objęta ochroną. Późniejsze dokonanie zmiany przynależności Ubezpieczonego do Wariantu ochrony możliwe jest w każdą kolejną Rocznicę Umowy ubezpieczenia, pod warunkiem złożenia odpowiedniego oświadczenia Towarzystwu Ubezpieczeń przez Ubezpieczonego przed tym dniem. W przypadku spełnienia wymagań, o których mowa w zdaniu poprzednim, zmiana Wariantu ochrony jest skuteczna na dzień Rocznicy Umowy ubezpieczenia;

Od Open Life:
Ochrona ubezpieczeniowa oferowana przez nas jest zróżnicowana dzięki czemu może zostać dostosowana do potrzeb każdej osoby.
Prosimy o rozważny wybór interesującego Państwa zakresu ochrony, ponieważ jego zmiana jest możliwa wyłącznie w Rocznicę Umowy ubezpieczenia poprzez złożenie Formularza zmian.
Wyboru Wariantu ochrony dokonują Państwo w Deklaracji zgody.

25) **Wniosek** - dokument stanowiący ofertę zawarcia Umowy ubezpieczenia, składany przez Ubezpieczającego Towarzystwu Ubezpieczeń;
26) **Zawał serca (zawał mięśnia sercowego)** - obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia. Diagnoza musi być oparta na trzech lub więcej z niżej podanych pięciu kryteriów, które są podstawą rozpoznania świeżego zawału mięśnia sercowego:
   a) stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
   b) świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
   c) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu frakcji mięśniowej enzymu - kinazy kreatyninowej,
   d) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu Troponiny (T lub I),
   e) świeże zaburzenie kurczliwości mięśnia sercowego (hipokineza),
   Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stabilną i niestabilną chorobę wieńcową;
27) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** - zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres Ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest w trybie złożenia oferty zawarcia Umowy ubezpieczenia, w formie Wniosku i jej zaakceptowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń.
2. Podmiot, który zamierza zawrzeć z Towarzystwem Ubezpieczeń Umowę ubezpieczenia, składa Wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający w treści Wniosku (w tym w załącznikach, stanowiących jego integralną część) składa oświadczenia woli i wiedzy, dotyczące w szczególności:
   1) wnioskowanego zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości sum ubezpieczenia i Składek, które mają mieć zastosowanie w Umowie ubezpieczenia;
   2) proponowanego początku odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń na podstawie Umowy ubezpieczenia;
   3) wnioskowanych postanowień dodatkowych lub odstępstw od Warunków Ubezpieczenia lub Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (inaczej postanowienia szczególne, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 22.
4. Warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest złożenie poprawnie uzupełnionego i podpisanego Wniosku.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń potwierdza zawarcie Umowy ubezpieczenia Polisą.
6. Towarzystwo Ubezpieczeń ma prawo odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia.

CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA, ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA I JEJ WYPOWIEDZENIE

§ 5

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres 1 roku, z tym zastrzeżeniem, że okres, na jaki została zwarta Umowa ubezpieczenia kończy się nie wcześniej niż w przeddzień pierwszej Rocznicy Umowy ubezpieczenia.

Od Open Life:
Datą zawarcia Umowy ubezpieczenia jest data akceptacji złożonego Wniosku i będzie ona potwierdzona w Polisie.
Proszę zwrócić uwagę, iż zasadą jest, że Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 1 roku. Jednakże okres, na jaki została zawarta umowa zostanie wydłużony do końca miesiąca kalendarzowego, w którym upływa roczny termin jej zawarcia.

2. Umowa ubezpieczenia zostanie przedłużona na kolejny okres 1 roku, liczony od ostatniej Rocznicy Umowy ubezpieczenia, o ile żadna ze Stron nie postanowi inaczej, z tym, że oświadczenie Strony zawierające wolę nieprzedłużenia Umowy ubezpieczenia na kolejny okres 1 roku powinno być złożone drugiej Stronie na piśmie nie później niż na 30 dni przed najbliższą Rocznicą Umowy ubezpieczenia.

Od Open Life:
Proszę zwrócić uwagę, że Umowa ubezpieczenia jest automatycznie przedłużana na kolejne lata. Jeżeli Ubezpieczający nie wyraża chęci przedłużenia umowy na kolejny rok powinien złożyć do nas takie oświadczenie.

3. Umowa ubezpieczenia może zostać w każdym czasie wypowiedziana przez Ubezpieczającego na piśmie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia. Okres wypowiedzenia rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym Towarzystwo Ubezpieczeń otrzyma oświadczenie o wypowiedzeniu.
4. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
   1) z końcem miesięcznego okresu wypowiedzenia, w okolicznościach, o których mowa w ust. 3;
   2) z końcem okresu, na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia, w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 2 powyżej;
   3) z dniem złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia.
5. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, składając Towarzystwu Ubezpieczeń pisemne oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia.

WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

§ 6

1. Ochroną ubezpieczeniową zostanie objęta osoba pod warunkiem, że na dzień podpisania Deklaracji zgody łącznie spełnia następujące warunki:
   1) ma ukończony 18. rok życia i nie ma ukończonego 67. roku życia;
   2) ma miejsce zamieszkania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
   3) ma obywatelstwo polskie, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej;
   4) nie posiada bądź nie jest w trakcie postępowania mającego na celu uzyskanie orzeczenia o niezdolności do pracy lub uprawnienia do otrzymywania świadczeń rehabilitacyjnych lub orzeczenia o niepełnosprawności zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   5) nie przebywa oraz w ciągu ostatniego roku nie przebywała na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 30 kolejnych dni;
   6) nie przebywa w szpitalu, hospicjum lub zakładzie opiekuńczo- leczniczym;
   7) opłacenia Składki oraz doręczenia Deklaracji zgody, o czym mowa w § 8 ust.1 – 4 Warunków Ubezpieczenia.

Od Open Life:
Wspomniane przesłanki są weryfikowane na dzień podpisania Deklaracji zgody.
W przypadku, gdy nie spełniacie Państwo wyżej wymienionych warunków, nie możecie przystąpić do Umowy ubezpieczenia.

2. Osoba nieposiadająca obywatelstwa polskiego zostanie objęta ochroną pod warunkiem posiadania Karty pobytu i Zezwolenia na pobyt stały.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń może, przed objęciem danej osoby ochroną ubezpieczeniową, wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym dokumentów dotyczących stanu zdrowia tej osoby lub skierować tę osobę na badania lekarskie. Koszt takich badań ponosi Towarzystwo Ubezpieczeń.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń może objąć ochroną również osobę niespełniającą warunków, o których mowa powyżej, ewentualnie zaproponować ochronę na indywidualnie uzgodnionych warunkach. O podjętej decyzji Towarzystwo Ubezpieczeń poinformuje Ubezpieczającego w sposób zgodny z przepisami prawa.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń może odmówić objęcia ochroną ubezpieczeniową każdej osobie. O podjętej decyzji Towarzystwo Ubezpieczeń poinformuje Ubezpieczającego na piśmie lub w inny uzgodniony z nim sposób.

ROZPOCZĘCIE I ZAKOŃCZENIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 7

1. Osoba spełniająca warunki, o których mowa w § 6, zostanie objęta ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia od 1. dnia miesiąca kalendarzowego następującego po spełnieniu poniższych warunków (Pierwszy dzień Okresu ubezpieczenia):
   1) Składka została opłacona przed Pierwszym dniem Okresu ubezpieczenia na numer konta bankowego wskazany w Deklaracji zgody;
   2) Poprawnie uzupełniona i podpisana Deklaracja zgody została złożona Towarzystwu Ubezpieczeń przed Pierwszym dniem Okresu ubezpieczenia.

2. W przypadku bezskutecznego upływu terminu na doręczenie poprawnie uzupełnionej i podpisanej Deklaracji zgody do siedziby Towarzystwa Ubezpieczeń, Towarzystwo Ubezpieczeń wezwie Ubezpieczonego do uzupełnienia braków w terminie określonym w wezwaniu, pod rygorem nieudzielenia ochrony.
3. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:
   1) z dniem rozwiązania Umowy ubezpieczenia;
   2) z dniem śmierci Ubezpieczonego;
   3) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w następstwie złożonej rezygnacji Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej;
   4) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, za jaki została opłacona Składka, w którym Ubezpieczony ukończył 69. rok życia;
   5) w przypadku braku opłacenia Składki w wymaganym terminie, po upływie terminu przewidzianego w wezwaniu Ubezpieczającego do zapłaty Składki, zgodnie z postanowieniami § 8 Warunków Ubezpieczenia,
   w zależności od tego, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.

Od Open Life:
W tym miejscu zostały określone sytuacje, w których ochrona ubezpieczeniowa ulegnie zakończeniu. W szczególności proszę zwrócić uwagę na zapisy dotyczące wieku, z ukończeniem którego ochrona ubezpieczeniowa wygasa.

4. Ubezpieczonemu w każdym momencie przysługuje prawo rezygnacji ze świadczonej ochrony ubezpieczeniowej. Oświadczenie o rezygnacji jest skuteczne z ostatnim dniem miesiąca, w którym zostało złożone Towarzystwu Ubezpieczeń. Złożenie oświadczenia o rezygnacji powoduje rezygnację z całej świadczonej ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy ubezpieczenia. Przez rezygnację należy rozumieć wystąpienie, o którym mowa w art. 16 pkt 10 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

SKŁADKA

§ 8

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty Składki z częstotliwością miesięczną, do ostatniego dnia poprzedzającego okres, za który jest należna. Za dzień zapłaty Składki uznaje się dzień wpływu środków na rachunek bankowy Towarzystwa Ubezpieczeń wskazany w Deklaracji zgody. W przypadku wpływu Składki za dany miesiąc kalendarzowy na rachunek wskazany w Deklaracji zgody uznaje się, że Składka została opłacona.
2. W przypadku braku opłacenia Składki w wymaganym terminie, Towarzystwo Ubezpieczeń wezwie Ubezpieczającego do zapłaty Składki i poinformuje Ubezpieczonego pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, wyznaczając dodatkowy termin wynoszący co najmniej 7 dni od dnia doręczenia wezwania na opłacenie Składki. Towarzystwo Ubezpieczeń w wezwaniu informuje Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, że bezskuteczny upływ terminu na opłacenie składki będzie skutkować zakończeniem ochrony. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do osoby, za którą została opłacona składka jest kontynuowana na dotychczasowych warunkach.
3. W przypadku nadpłaty Składki, środki z niej pochodzące nie są oprocentowane i zostaną zaliczone na poczet kolejnych Składek w terminach ich wymagalności.
4. Wartość należnej Składki obliczana jest w oparciu o okres, na który została zawarta Umowa ubezpieczenia, wysokość sumy ubezpieczenia, a także z uwzględnieniem kosztów ponoszonych przez Towarzystwo Ubezpieczeń w związku z zawarciem oraz wykonaniem Umowy ubezpieczenia.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń zwróci Ubezpieczonemu Składkę za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

§ 9

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Ubezpieczenia, w przypadku śmierci Ubezpieczonego, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci jednorazowe Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Warianty ochrony są określone we Wniosku i potwierdzone w Polisie. Wybrany Wariant ochrony zostanie również potwierdzony w Certyfikacie.

Od Open Life:
Pamiętaj, aby przed podpisaniem Deklaracji zgody zapoznać się z oferowanym zakresem, sumami ubezpieczenia a także Składkami. Jeżeli masz jakiekolwiek wątpliwości spytaj pośrednika ubezpieczeniowego o dostępne Warianty ochrony.

2. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest osoba, o której mowa w § 12 Warunków Ubezpieczenia.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w § 14 Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 10

1. W zakresie ryzyka śmierci Ubezpieczonego w stosunku do każdego Ubezpieczonego zastosowanie ma Karencja. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

1¹. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Postanowienie ma wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie Karencja.

1². Postanowienia ust. 1¹ mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.

Od Open Life:
Zwróć uwagę, iż postanowienie istotnie ogranicza naszą odpowiedzialność przez okres 6 miesięcy. W tym okresie ponosimy odpowiedzialność wyłącznie za zdarzenia, które nastąpiły wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

2. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona Składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym ustępie, odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. obowiązującej sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.

Od Open Life:
Powyższe postanowienie reguluje ograniczenie naszej odpowiedzialności związanej ze zmianą Wariantu ochrony. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia przewiduje kilka wariantów ochrony to istnieje możliwość jego zmiany (ale tylko w Rocznicę Umowy ubezpieczenia).
Jednakże gdy w wyniku zmiany dojdzie do podwyższenia sumy ubezpieczenia co do tej nadwyżki ma zastosowanie Karencja.

3. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego, która nastąpiła w wyniku:
   1) samobójstwa popełnionego w ciągu 2 lat od Pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia;
   2) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   3) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   4) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   5) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   6) wykonywania jednego z niżej wymienionych zawodów lub czynności: górnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, kaskader, pirotechnik, korespondent wojenny, żołnierz zawodowy, strażak, policjant, marynarz, pracownik służby ratunkowej, funkcjonariusz Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, sportowiec zawodowy, osoba wykonująca pracę: na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, na wysokościach powyżej 10 metrów, pracownik używający materiałów wybuchowych i łatwopalnych, pracownik rybołówstwa dalekomorskiego, personel samolotów, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Od Open Life:
W tym miejscu zostały uregulowane sytuacje, w których nasza odpowiedzialność jest wyłączona. Prosimy o szczególną analizę tych postanowień, ponieważ w istotny sposób rzutują na świadczoną ochronę ubezpieczeniową.

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 11

1. Ubezpieczający jest zobowiązany w szczególności do:
   1) Doręczania osobom zamierzającym przystąpić do Umowy ubezpieczenia na piśmie lub, lub jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku Warunków Ubezpieczenia oraz Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (na podstawie których została zawarta Umowa ubezpieczenia) przed wyrażaniem przez nich zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową;
   2) Informowania Towarzystwa Ubezpieczeń o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego niezwłocznie po otrzymaniu takiej informacji;
   3) 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 zastaną 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,
      c) niezwłocznie po przekazaniu informacji Ubezpieczającemu przez Towarzystwo Ubezpieczeń – w przypadku informacji o wysokości Świadczeń ubezpieczeniowych.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń jest zobowiązane w szczególności 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 - informacji dotyczących zmiany warunków Umowy lub zmiany prawa właściwego dla Umowy oraz informacji 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) wypłacania Świadczenia ubezpieczeniowego na zasadach określonych Warunkach Ubezpieczenia;
   4) udzielania, na wniosek Ubezpieczonego, informacji o postanowieniach zawartej Umowy ubezpieczenia 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.

UPRAWNIONY DO ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 12

1. Ubezpieczony jest uprawniony do wyznaczenia jednego lub więcej Uposażonych uprawnionych do Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczony może dokonać wskazania Uposażonego w każdym czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Od Open Life:
Uposażonego wskazać można w Deklaracji zgody a także w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej składając nam odpowiednie oświadczenie.

3. Uposażony nabywa prawo do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego z chwilą śmierci Ubezpieczonego z zastrzeżeniem ust. 8.
4. 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 złożonych oświadczeń, o których mowa w ust. 2, albo oświadczenia o zmianie, o którym mowa w ust. 9.
5. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub też utracił on prawo do Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego, wówczas Świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:
   1) współmałżonkowi;
   2) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeżeli brak współmałżonka;
   3) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak dzieci i współmałżonka;
   4) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka;
   5) spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej, z wyłączeniem Skarbu Państwa i gminy ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, w udziałach ustalonych na podstawie przepisów prawa spadkowego.
6. W razie wskazania jednego Uposażonego, otrzymuje on całe należne Świadczenie ubezpieczeniowe.
7. W przypadku, gdy Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego, suma udziału procentowego nie może przekroczyć 100. Jeżeli suma procentowego udziału Uposażonych w Świadczeniu ubezpieczeniowym nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie Świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego są wyznaczane

z zachowaniem wzajemnych proporcji wskazanych w oświadczeniu, o którym mowa w ust. 2, albo oświadczeniu o zmianie, o którym mowa w ust. 9.

8. Uposażony, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, traci prawo do Świadczenia ubezpieczeniowego.
9. Ubezpieczony ma prawo do zmiany wskazania Uposażonego w każdym czasie trwania okresu ochrony ubezpieczeniowej. Oświadczenie o zmianie wskazania Uposażonego jest skuteczne z dniem doręczenia go Towarzystwu Ubezpieczeń.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

§ 13

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Towarzystwo Ubezpieczeń informuje o tym:
   1) Ubezpieczającego, lub
   2) Ubezpieczonego - w przypadku Zdarzeń ubezpieczeniowych dotyczących zdrowia 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. Zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia Ubezpieczeniowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z Umowy ubezpieczenia.
2. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   1) odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
   2) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego wydanego przez lekarza określającego przyczynę zgonu – dobrowolnie, jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
   3) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń może zażądać potwierdzenia kopii dokumentów za zgodność z oryginałem. Potwierdzenia dokumentów za zgodność z oryginałem może dokonać: pracownik Towarzystwa Ubezpieczeń, notariusz, adwokat lub radca prawny.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń ma prawo zwrócić się o dostarczenie dodatkowej dokumentacji niezbędnej do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.
5. W przypadku, gdy dokumenty, o których mowa w ust. 2 powyżej, sporządzone zostały w języku innym niż polski, osoba zgłaszająca roszczenie dostarcza je przetłumaczone na własny koszt na język polski przez tłumacza przysięgłego.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 14

1. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaca Świadczenie ubezpieczeniowe w ciągu 30 dni licząc od daty zawiadomienia go 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 ubezpieczeniowego okaże się niemożliwe, Towarzystwo Ubezpieczeń zawiadamia na piśmie:
   1) osobę występującą z roszczeniem, oraz
   2) Ubezpieczonego - jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie,

   – o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
3. W przypadku, gdy w terminie, o którym mowa w ust. 1, wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego okaże się niemożliwe, 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 zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
4. Jeżeli Świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo Ubezpieczeń informuje o tym na piśmie:
   1) osobę występującą z roszczeniem, oraz
   2) Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie,

   – wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego. Osoba uprawniona ma prawo dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń udostępni Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego. Informacje i dokumenty, o których mowa w zdaniu poprzednim, Towarzystwo Ubezpieczeń udostępnia, na żądanie, w postaci elektronicznej. Jednakże 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. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest w formie wypłaty jednorazowej przelewem na rachunek bankowy podany w zgłoszeniu roszczenia bądź przekazem pocztowym.

Od Open Life:
W paragrafie 13 i 14 zostały uregulowane zasady jakie obowiązują w przypadku zgłoszenia roszczenia, jakich dokumentów wymagamy, w jakich terminach wypłacamy świadczenia itd.

REKLAMACJE

§ 15

1. Prawo do złożenia Reklamacji przysługuje Klientowi będącemu osobą fizyczną Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu lub uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia a także każdemu podmiotowi składającemu lub zamierzającemu złożyć Reklamację, tak indywidualnemu jak i instytucjonalnemu, zarówno temu który korzysta lub korzystał z usług Towarzystwa Ubezpieczeń (zwany dalej Klientem).
2. W rozumieniu Warunków Ubezpieczenia za Reklamację uznaje się wystąpienie skierowane do Towarzystwa Ubezpieczeń przez Klienta lub inną osobę uprawnioną, w którym Klient lub inna osoba uprawniona zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo Ubezpieczeń.
3. 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.
4. Zmiana danych teleadresowych Towarzystwa Ubezpieczeń nie wymaga zmiany Warunków Ubezpieczenia. Aktualne dane teleadresowe znajdują się na stronie internetowej www.openlife.pl.
5. Reklamacja może być złożona przez pełnomocnika, dysponującego oryginałem pełnomocnictwa udzielonego w zwykłej formie pisemnej lub w formie pełnomocnictwa potwierdzonego za zgodność z oryginałem.
6. 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 Polisy.
7. Złożenie Reklamacji niezwłocznie po powzięciu przez Klienta zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie Reklamacji przez Towarzystwo Ubezpieczeń.
8. Towarzystwo Ubezpieczeń na żądanie Klienta potwierdza fakt złożenia Reklamacji.
9. Odpowiedź na Reklamacje udzielana jest w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Na wniosek Klienta odpowiedź może zostać dostarczona pocztą elektroniczną.
10. 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.
11. 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.
12. Niezależnie od powyższego trybu Klientowi przysługuje prawo wniesienia skargi do Rzecznika Finansowego, a także wystąpienia z wnioskiem o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami podmiotów rynku finansowego a tymi podmiotami.
13. Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to http://rf.gov.pl/.
14. Niezależnie od powyższego trybu Klientowi, który jest konsumentem przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
15. Towarzystwo Ubezpieczeń podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

INFORMACJA PODATKOWA

§ 16

Na dzień zatwierdzenia niniejszych Warunków Ubezpieczenia przepisami regulującymi opodatkowanie Świadczeń Towarzystwa są przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.

KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

§ 16[1]

1. **Administrator**
   Administratorem danych osobowych jest Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (kod: 01-208), ul. Przyokopowa 33. Z Administratorem można się skontaktować poprzez: formularz kontaktowy pod adresem https://openlife.pl/kontakt/, adres email: info@openlife.pl, telefonicznie pod numerem infolinii: 801 222 333 lub +48 22 101 41 60 lub pisemnie na adres siedziby Administratora. Powyższe dane teleadresowe są aktualne na dzień zatwierdzenia niniejszych OWU. Aktualne dane teleadresowe i godziny pracy infolinii Administratora są dostępne na stronie internetowej www.openlife.pl w zakładce Kontakt.
2. **Inspektor Ochrony Danych**
   U Administratora wyznaczony jest Inspektor Ochrony Danych. Z Inspektorem można skontaktować się mailowo poprzez kontakt na adres: iod@openlife.pl lub przesyłając pismo na adres: Inspektor Ochrony Danych Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna, ul. Przyokopowa 33, 01-208 Warszawa.
3. **Cele przetwarzania, podstawy prawne przetwarzania i prawnie uzasadnione interesy realizowane przez Administratora**
   1) Towarzystwo Ubezpieczeń będzie przetwarzać dane osobowe, w celu zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową i wykonywania Umowy ubezpieczenia - podstawą prawną przetwarzania jest wypełnienie przez Administratora obowiązków wynikających z przepisów prawa, w szczególności z ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, lub niezbędność do wykonania Umowy ubezpieczenia, której stroną jest osoba której dane dotyczą lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą lub prawnie uzasadniony interes Administratora;
   2) Towarzystwo Ubezpieczeń przetwarza dane dotyczące zdrowia, Ubezpieczonych lub uprawnionych z Umowy ubezpieczenia, zawarte w Umowach ubezpieczenia lub oświadczeniach składanych przed zawarciem lub przystąpieniem Umowy ubezpieczenia, odpowiednio w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub wykonania Umowy ubezpieczenia, w zakresie niezbędnym z uwagi na cel i rodzaj ubezpieczenia - podstawą prawną są przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej;
   3) Towarzystwo Ubezpieczeń może podejmować decyzje w indywidualnych przypadkach, opierając się wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym profilowanie, danych osobowych w celu:
      a) dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego - w przypadku danych osobowych dotyczących Ubezpieczonych,
      b) ustalania przyczyn i okoliczności zdarzeń losowych lub ustalania wysokości świadczeń ubezpieczeniowych – w przypadku danych osobowych dotyczących Ubezpieczonych, Ubezpieczających i uprawnionych z Umowy ubezpieczenia
      – pod warunkiem zapewnienia osobie, której dotyczy zautomatyzowana decyzja, prawa do otrzymania stosownych wyjaśnień, co do podstaw podjętej decyzji, zakwestionowania tej decyzji, wyrażenia własnego stanowiska oraz do uzyskania interwencji ludzkiej - podstawą prawną są przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
      Decyzje, o których mowa mogą być podejmowane wyłącznie w oparciu o kategorie danych dotyczących osoby fizycznej określone w art. 41 ust. 1b ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

   Ponadto Towarzystwo Ubezpieczeń może przetwarzać dane osobowe:
   4) w celu wypełnienia przez Administratora obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu - podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu;
   5) w celu wypełnienia przez Administratora obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS - podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowej z innymi państwami;
   6) w przypadku podejmowania czynności związanych z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym w przypadku podejrzenia popełnienia przestępstwa na szkodę Towarzystwa Ubezpieczeń w celu i zakresie niezbędnym do zapobiegania temu przestępstwu - podstawą prawną przetwarzania jest wypełnienie przez Administratora obowiązków wynikających z ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, lub niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora; uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość zapobiegania i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę Towarzystwa Ubezpieczeń;
   7) w celu marketingu produktów własnych Administratora - podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w przypadku osób będących stroną Umowy ubezpieczenia na moment wykonywania czynności marketingu bezpośredniego;
   8) na potrzeby profilowania w celu marketingu produktów własnych dla określenia preferencji lub potrzeb w zakresie Umów ubezpieczenia i przedstawienia odpowiedniej oferty w oparciu o profilowanie - podstawą prawną przetwarzania jest zgoda osoby której dane dotyczą;
   9) w celu reasekuracji ryzyk - podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora; uzasadnionym interesem Administratora jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą z Umową ubezpieczenia;

10) w celu ewentualnego dochodzenia roszczeń związanych z zawartą Umową ubezpieczenia - podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora; uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń;
11) w celu ustalania na ich podstawie wysokości składek ubezpieczeniowych oraz rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, dla celów rachunkowości Ubezpieczających, Ubezpieczonych lub uprawnionych z Umowy ubezpieczenia przez okres 12 lat od dnia rozwiązania Umowy ubezpieczenia. Podstawa prawna przetwarzania jest przepis prawa.

4. **Odbiorcy danych osobowych**
Odbiorcami danych osobowych mogą być: dostawcy usług assistance będących przedmiotem Umowy ubezpieczenia, inne zakłady ubezpieczeń, zakłady reasekuracji, Komisja Nadzoru Finansowego, Rzecznik Finansowy, organy administracji państwowej na podstawie i w granicach obowiązujących przepisów prawa, z których wynika obowiązek udostępnienia danych, Generalny Inspektor Informacji Finansowej, Szef Krajowej Administracji Skarbowej, kancelarie prawne. Dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym te dane na zlecenie Administratora, w szczególności Agentom obsługującym Umowę ubezpieczenia, dostawcom usług IT, podmiotom świadczącym usługi archiwizacji dokumentów, podmiotom świadczącym usługi doradcze na rzecz Administratora, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z Administratorem w sposób zgodny z poleceniami Administratora.
5. **Przekazywanie danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej**
Dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorców w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym lub organizacji międzynarodowych.
6. **Przechowywanie danych osobowych**
Dane osobowe przechowywane będą do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących Umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami. W przypadku złożenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych dla celów marketingu bezpośredniego, w tym profilowania, Administrator przestanie przetwarzać dane osobowe przetwarzane wcześniej dla tych celów, chyba że wykaże istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby której dane dotyczą lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub ochrony roszczeń. W przypadku jeżeli podstawą przetwarzania jest zgoda osoby, której dane dotyczą, w razie jej wycofania, Administrator przestanie przetwarzać dane osobowe przetwarzane wcześniej na podstawie zgody.
7. **Prawa osoby, której dane dotyczą**
Osobie której dane dotyczą przysługuje prawo żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych, oraz ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia przetwarzania. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu realizowanego przez Administratora lub przez stronę trzecią, osobie której dane dotyczą przysługuje prawo do wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania dotyczących jej danych osobowych. Wówczas Administratorowi nie wolno przetwarzać tych danych osobowych, chyba że wykaże on istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń. W szczególności osobie której dane dotyczą przysługuje prawo do wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania. W zakresie, w jakim dane osobowe osoby której dane dotyczą są przetwarzane w celu zawarcia i wykonania Umowy ubezpieczenia lub przetwarzania na podstawie zgody, a przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany - osobie której dane dotyczą przysługuje prawo żądania od Administratora przeniesienia swoich danych osobowych. Realizacja tego prawa polega na możliwości żądania przekazania przez Administratora osobie której dane dotyczą w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Osoba której dane dotyczą może przesłać te dane innemu Administratorowi lub ma prawo żądania od Administratora przesłania swoich danych osobowych bezpośrednio innemu Administratorowi, o ile jest to technicznie możliwe. W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem lub Inspektorem Ochrony Danych w sposób wskazany powyżej.
8. **Prawo do wycofania zgody**
W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest zgoda, osoba której dane dotyczą ma prawo wycofania zgody w każdym czasie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody do czasu jej wycofania. W celu wycofania zgody należy skontaktować się z Administratorem lub Inspektorem Ochrony Danych w sposób wskazany powyżej.
9. **Prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego**
Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

10. **Dobrowolność lub obowiązek podania danych i ich konsekwencje**
Podanie danych osobowych, w związku z zawieraną Umowa ubezpieczenia lub przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia, jest dobrowolne, lecz niezbędne do zawarcia lub wykonania Umowy ubezpieczenia. W przypadku niepodania danych osobowych w zakresie wskazanym we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub Deklaracji przystąpienia, zgodnie z zapisami OWU, nie może dojść do zawarcia Umowy ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo Ubezpieczeń. Podanie danych osobowych na potrzeby profilowania w celu marketingu produktów własnych dla określenia preferencji lub potrzeb w zakresie umów ubezpieczeń i przedstawienia odpowiedniej oferty w oparciu o profilowanie oraz zgody na kontakt w celach marketingowych drogą elektroniczną bądź poprzez telefoniczne połączenia głosowe lub sms są dobrowolne i niezależne od zawarcia lub wykonania Umowy ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 17

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach Ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne przepisy prawa powszechnie obowiązującego.
2. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innej osoby uprawnionej z Umowy ubezpieczenia a także miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
3. W przypadku sprzeczności między postanowieniami komentarzy „Od Open Life" a postanowieniami Warunków Ubezpieczenia pierwszeństwo w stosowaniu mają postanowienia Warunków Ubezpieczenia.
4. Postanowienia niniejszych Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio do Warunków Dodatkowych Ubezpieczeń.

§ 18

1. Wszystkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia Towarzystwa Ubezpieczeń mające związek z Umową ubezpieczenia, wymagają dla swej skuteczności zachowania formy pisemnej, elektronicznej lub innej formy uzgodnionej z Ubezpieczającym.
2. Wszystkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia mające związek z Umową 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. Zawiadomienia i oświadczenia składane w związku z zawartą Umową ubezpieczenia agentowi ubezpieczeniowemu uznaje się za złożone Towarzystwu Ubezpieczeń, w imieniu lub na rzecz którego agent ubezpieczeniowy działa, o ile zostały złożone na piśmie lub na innym trwałym nośniku.

§ 19

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 7 listopada 2019 roku.) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 8, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 3, 5, 8, 9, 17, 18, 20, 23 i 24 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 8, 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 9, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 20, 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 3, 8, 18, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 8 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Kod warunków: UG_SNW/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w których rozszerzono zakres ubezpieczenia o śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

DEFINICJE

§ 2

Określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną jest śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie również potwierdzona w Certyfikacie.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
   1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
   2) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w Okresie Ubezpieczenia;
   3) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
   4) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
4. Osobą uprawnioną do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Uposażony, który jest wskazywany zgodnie z zasadami określonymi w Warunkach Ubezpieczenia.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   1) odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
   2) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego wydanego przez lekarza określającego przyczynę zgonu;
   3) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
   4) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła w wyniku:
   1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   4) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   5) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   6) Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także 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 nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   7) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
   8) 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, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   9) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   10) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   11) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 - F99).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 22 grudnia 2017 roku.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 8, Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 8, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 3, 5, 8, 9, 17, 18, 20, 23, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia, § 6 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 8, 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 9, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 20, 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 3, 8, 18, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 8 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

Kod warunków: UG_SNWK/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w których rozszerzono zakres ubezpieczenia o śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjn**y - Nieszczęśliwy wypadek, który miał miejsce w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu Ubezpieczony uległ jako:
      a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym, motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem wodnym lub pasażerskim statkiem powietrznym, lub
      b) rowerzysta, lub
      c) pieszy.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną jest śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie niniejszych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie również potwierdzona w Certyfikacie.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
   1) Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny, będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
   2) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w Okresie ubezpieczenia;
   3) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego;
   4) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią Ubezpieczonego istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
4. Osobą uprawnioną do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Uposażony, który jest wskazywany zgodnie z zasadami określonymi w Warunkach Ubezpieczenia.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   1) odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
   2) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego wydanego przez lekarza określającego przyczynę zgonu;
   3) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
   4) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.

2. Towarzystwo Ubezpieczeń, przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia, może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, która nastąpiła w wyniku:
   1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   4) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   5) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   6) Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także 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 nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   7) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
   8) 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, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   9) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   10) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 - F99);
   11) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 22 grudnia 2017 roku.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 8 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 8, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 3, 5, 8, 9, 17, 18, 20, 23 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 8, 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 9, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 20, 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 3, 8, 18, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 8 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU PRZY PRACY

Kod warunków: UG_SNWP/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w których rozszerzono zakres ubezpieczenia o śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Nieszczęśliwy wypadek przy pracy** - Nieszczęśliwy wypadek będący wyłączną i bezpośrednią przyczyną śmierci Ubezpieczonego, który miał miejsce:
      a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych w ramach istniejącego stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego,
      b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności na rzecz przełożonego nawet bez polecenia w ramach istniejącego stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego,
      c) w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji przełożonego w drodze między siedzibą przełożonego a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego.

      Przez stosunki cywilnoprawne należy rozumieć wyłącznie takie stosunki prawne, których zawarcie powoduje konieczność odprowadzania składek na poczet ubezpieczenia społecznego.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną jest śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie również potwierdzona w Certyfikacie.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
   1) Nieszczęśliwy wypadek przy pracy, będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
   2) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w Okresie ubezpieczenia;
   3) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku przy pracy;
   4) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy a śmiercią Ubezpieczonego istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
4. Osobą uprawnioną do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Uposażony, który jest wskazywany zgodnie z zasadami określonymi w Warunkach Ubezpieczenia.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   a) odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego,
   b) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego wydanego przez lekarza określającego przyczynę zgonu,
   c) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu,

d) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego,
e) zaświadczenia o zatrudnieniu Ubezpieczonego na dzień śmierci Ubezpieczonego – jeżeli są w posiadaniu uprawnionego,
f) protokołu powypadkowego z miejsca Nieszczęśliwego wypadku przy pracy – jeżeli jest w posiadaniu uprawnionego.

2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy, która nastąpiła w wyniku:
   1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   4) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   5) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   6) Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także 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 nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   7) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
   8) 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, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   9) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   10) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 - F99);
   11) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   12) wykonywania pracy w warunkach niezgodnych z przepisami bezpieczeństwa pracy, tj. bez posiadania odpowiednich kwalifikacji lub uprawnień, lub niezgodnie z procedurami obowiązującymi przy wykonywaniu danej pracy.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 22 grudnia 2017 roku.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru mózgu (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 3, 5, 9, 17, 18, 19, 20, 23, 24 i 26 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 20, 26, 27, 28 i 29 Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 9, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 20, 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 18, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 7, 8, 12, 13, 16, 19 i 26 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Kod warunków: UG_SZSUM/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w których rozszerzono zakres ubezpieczenia o śmierć Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Udar mózgu** - nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej, powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmózgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych i utrzymujące się przez okres co najmniej 24 godzin od chwili rozpoznania Udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone: obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR),
      W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Udar mózgu nie uważa się:
      a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
      b) uszkodzeń mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem;
   2) **Zawał serca (zawał mięśnia sercowego)** - obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia. Diagnoza musi być oparta na trzech lub więcej z niżej podanych pięciu kryteriów, które są podstawą rozpoznania świeżego zawału mięśnia sercowego:
      a) stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
      b) świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
      c) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu frakcji mięśniowej enzymu - kinazy kreatyninowej,
      d) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu Troponiny (T lub I),
      e) świeże zaburzenie kurczliwości mięśnia sercowego (hipokineza),
      Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stabilną i niestabilną chorobę wieńcową.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną jest śmierć Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie niniejszych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru mózgu, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie również potwierdzona w Certyfikacie.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
   1) Zawał serca lub Udar mózgu, będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
   2) Śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w Okresie ubezpieczenia;
   3) Śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od dnia zdiagnozowania Zawału serca lub Udaru mózgu;
   4) z medycznego punktu widzenia między odpowiednio Zawałem serca lub Udarem mózgu a śmiercią Ubezpieczonego istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
4. Osobą uprawnioną do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Uposażony, który jest wskazywany zgodnie z zasadami określonymi w Warunkach Ubezpieczenia.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   1) odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
   2) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego wydanego przez lekarza określającego przyczynę zgonu;
   3) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

1[1]. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Postanowienie ma wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie Karencja.

1[2]. Postanowienia ust. 1[1] mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.

2. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu, która nastąpiła w wyniku:
   1) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   4) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   5) Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także 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 nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   6) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
   7) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 8 Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 9, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 2 Warunków Dodatkowego oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 3, 5, 9, 17, 18, 20 i 24 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 9, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 20, 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2 15, 17, 18, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 7, 8, 12, 13, 16, 19 i 26 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Kod warunków: UG_TUNW/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Trwały uszczerbek** - trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie organu, narządu lub układu narządów, polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub nieodwracalnym upośledzeniu jego funkcji;
   2) **Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku** - Trwały uszczerbek spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, wymieniony w tabeli Trwałych uszczerbków, stanowiącej załącznik nr 1 do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętym ochroną, jest wystąpienie w Okresie ubezpieczenia, Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Wysokość sumy ubezpieczenia wynika z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie także potwierdzona w Certyfikacie.
2. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku wystąpienia Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 2, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
   1) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem a Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy;
   2) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Trwałego uszczerbku na zdrowiu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
   3) Trwały uszczerbek na zdrowiu wystąpił w Okresie ubezpieczenia oraz w ciągu 180 dni od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
4. Przy ustalaniu procentu Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, jak również procentu Trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącego przed zajściem Nieszczęśliwego wypadku, stosuje się tabelę Trwałych uszczerbków stanowiącą załącznik nr 1 do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia.
5. W przypadku, gdy Ubezpieczony jest leworęczny, to będą miały zastosowanie podane w tabeli, o której mowa powyżej, procentowe wartości sumy ubezpieczenia, należne za utratę części organów prawej kończyny górnej.
6. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, który przed Nieszczęśliwym wypadkiem był uszkodzony, procent Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku ustala się w wysokości różnicy stanu danego organu, narządu lub układu przed Nieszczęśliwym wypadkiem a stanem istniejącym po Nieszczęśliwym wypadku, o ile uszkodzenie organu, narządu lub układu istniejące przed dniem zajścia Nieszczęśliwego wypadku ma wpływ na ustalenie aktualnego procentu Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Przyokopowej 33, 01-208 Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000292551, posiadająca numer REGON 141186640 i numer NIP 107-00-08-220, kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości wpłacony wynosi 95 500 000 zł.

7. Stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest ustalany po zakończeniu leczenia nie później niż po upływie 3 lat od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku. W przypadku niezakończenia leczenia w terminie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego.
8. Po ustaleniu stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, w zakresie danego Zdarzenia ubezpieczeniowego, późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.
9. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.
10. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach i na zasadach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   1) dokumentacji medycznej z udzielenia pierwszej pomocy i przebiegu leczenia;
   2) zaświadczenia lekarskiego o zakończeniu leczenia i rehabilitacji;
   3) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
   4) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń, przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia oraz w celu ustalenia wysokości % Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie. Koszt takich badań ponosi Towarzystwo Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych o łącznej wysokości nie wyższej niż 100% sumy ubezpieczenia.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który powstał w wyniku:
   1) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   4) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   5) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   6) Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także 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 nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   7) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
   8) 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, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   9) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   10) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   11) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 - F99).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 22 grudnia 2017 roku.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

TABELA NORM OCENY PROCENTOWEJ TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU ZWANA WE WSKAZANYCH WARUNKACH DODATKOWYCH UBEZPIECZEŃ „TABELĄ TRWAŁYCH USZCZERBKÓW”

	% uszczerbku na zdrowiu
A. USZKODZENIA GŁOWY	
1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):	
a) znaczne, rozległe (powyżej 5 cm długości) szpecące, ściągające blizny – w zależności od rozmiaru, widoczności, tkliwości blizn itp.	1 - 10
Utrata skóry owłosionej – oskalpowanie (w zależności od obszaru):	
b) poniżej 25% powierzchni skóry owłosionej	1 - 10
c) od 25% do 75% powierzchni skóry owłosionej	11 - 20
d) powyżej 75% powierzchni skóry owłosionej	21 - 30
UWAGA: W przypadku skutecznej replantacji skalpu lub uzupełnienia ubytku skóry owłosionej przeszczepem skóry oraz odtworzenia własnego owłosienia, należy oceniać wg punktu 1a.	
2. Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki w zależności od rozległości:	
a) szczeliny złamań	1 - 5
b) wgłobienia, fragmentacja	1 - 10
3. Ubytki w kościach sklepienia czaszki o łącznej powierzchni – w zależności od rozmiarów:	
a) poniżej 10 cm^2	1 - 10
b) od 10 do 50 cm^2	11 - 15
c) powyżej 50 cm^2	16 - 25
UWAGA: Jeżeli powstały ubytek kości został uzupełniony operacją plastyczną z dobrym efektem, odsetek trwałego uszczerbku na zdrowiu, oceniony wg powyższej zasady, należy zmniejszyć o połowę. Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), należy osobno oceniać stopień uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości wg poz. 2 lub 3 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki wg poz. 1.	
4. Utrwalone, utrzymujące się mimo prawidłowego leczenia, powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 1, 2, 3 w postaci: nawracającego, mimo leczenia operacyjnego, płynotoku usznego lub nosowego, przewlekłego zapalenia kości, ropowicy podczepcowej leczonej operacyjnie – ocenia się dodatkowo – w zależności od rodzaju i stopnia powikłań	1 - 15
5. Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego:	
a) porażenie połowicze, porażenie kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0° - 1° wg skali Lovette’a	100
b) głęboki niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych znacznie utrudniający sprawność kończyn 2° lub 2°/3° wg skali Lovette’a	60 - 80
c) średniego stopnia niedowład połowiczy lub niedowład obu kończyn dolnych 3° lub 3°/4° wg skali Lovette’a	40 - 60
d) nieznacznego stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych 4° lub 4°/5° wg skali Lovette’a, dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostateczności precyzji ruchów itp.	5 - 40

e) porażenie kończyny górnej 0° - 1° wg skali Lovette'a z niedowładem kończyny dolnej 3° - 4° wg skali Lovette'a:	
– prawej	70 - 90
– lewej	60 - 80
f) niedowład kończyny górnej 3° - 4° wg skali Lovette'a z porażeniem kończyny dolnej 0° - 1° wg skali Lovette'a:	
– prawej	70 - 90
– lewej	60 - 80
g) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 0° - 1° wg skali Lovette'a:	
– prawej	50 - 60
– lewej	40 - 50
h) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 2° - 2°/3° wg skali Lovette'a:	
– prawej	30 - 50
– lewej	20 - 40
i) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej 3° - 4° wg skali Lovette'a:	
– prawej	10 - 30
– lewej	5 - 20
j) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 0° - 1° wg skali Lovette'a	40 - 50
k) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 2° - 2°/3° wg skali Lovette'a	25 - 40
l) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 3° - 3°/4° wg skali Lovette'a	15 - 25
ł) monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej 4° - 4°/5° wg skali Lovette'a	5 - 15

UWAGA: W przypadku współistnienia zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego oceniać dodatkowo wg punktu 11. uwzględniając, że całkowity uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%. W przypadku współistnienia deficytu ruchowego z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9. W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi, należy oceniać wg punktu 5 g oddzielnie dla każdej kończyny.

Skala Lovette'a
0° - brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej
1° - ślad czynnego skurczu mięśnia – 5% prawidłowej siły mięśniowej
2° - wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu przy pomocy i odciążeniu odcinka ruchomego – 20% prawidłowej siły mięśniowej
3° - zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej
4° - zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 80% prawidłowej siły mięśniowej
5° - prawidłowa siła, tj. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej

6. Zespoły pozapiramidowe:	
a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100
b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy itp.	40 - 80
c) zaznaczony zespół pozapiramidowy	5 - 30
7. Zaburzenia równowagi i zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria) pochodzenia centralnego, zespoły móżdżkowe:	
a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100

b) utrudniające w dużym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	50 - 80
c) utrudniające w miernym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	10 - 40
d) utrudniające w niewielkim stopniu chodzenie i sprawność ruchową, dyskretne upośledzenie zborności i precyzji ruchów	1 - 10
8. Padaczka jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu:	
a) padaczka z bardzo częstymi napadami - 3 napady w tygodniu i więcej	30 - 40
b) padaczka z napadami – powyżej 2 na miesiąc	20 - 30
c) padaczka z napadami – 2 i mniej na miesiąc	10 - 20
d) padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności	1 - 10
UWAGA: Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna względnie szpitalna potwierdzające rozpoznanie, ustalone rozpoznanie przez lekarza leczącego (podejrzenie padaczki nie jest wystarczające do uznania uszczerbku z tego tytułu). W przypadku współistnienia padaczki z innymi objawami organicznego uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9.	
9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) w zależności od stopnia zaburzeń neurologicznych i psychicznych:	
a) ciężkie zaburzenia psychiczne i neurologiczne uniemożliwiające samodzielną egzystencję	80 - 100
b) encefalopatia ze znacznymi zmianami charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym	50 - 80
c) encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o średnim nasileniu	25 - 50
d) encefalopatia z niewielkimi zmianami charakterologicznymi i/lub niewielkim deficytem neurologicznym	10 - 25
UWAGA: Rozpoznanie encefalopatii powinno być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym, udokumentowane badaniem neurologicznym, psychiatrycznym, psychologicznym (testami psychologicznymi, np. tzw. triady psychoorganicznej i in.) oraz zmianami w obrazie EEG, TK (CT) lub RM (NMR).	
10. Zaburzenia adaptacyjne, nerwice, tzw. zespoły cerebrasteniczne i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych:	
a) utrwalone skargi subiektywne związane z urazem głowy w zależności od stopnia zaburzeń (bóle głowy, zawroty głowy, zaburzenia pamięci i koncentracji, zaburzenia snu, drażliwość, nadpobudliwość) utrzymujące się powyżej 6 miesięcy od urazu	1 - 5
b) zespół stresu pourazowego, utrwalone nerwice związane z urazem czaszkowo-mózgowym lub ciężkim uszkodzeniem ciała - w zależności od stopnia zaburzeń, wymagające stałego leczenia psychiatrycznego	5 - 20
11. Zaburzenia mowy:	
a) afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	100
b) afazja całkowita motoryczna	60
c) afazja w znacznym stopniu utrudniająca porozumiewanie się	40 - 60
d) afazja w umiarkowanym i niewielkim stopniu utrudniająca porozumiewanie się	20 - 40
e) afazja nieznacznego stopnia, afazja amnestyczna, dyskretne zaburzenia mowy, dysfazja	10 - 20
12. Zespoły podwzgórzowe i inne utrwalone zaburzenia wewnątrzwydzielnicze z potwierdzonym pochodzeniem ośrodkowym (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.):	
a) znacznie upośledzające czynność ustroju	35 - 60
b) nieznacznie upośledzające czynność ustroju	20 - 30
13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (nerwy: okoruchowy, bloczkowy, odwodzący):	
a) z objawami dwojenia obrazu, opadania powieki i zaburzeniami akomodacji	20 - 35
b) z objawami dwojenia obrazu i opadania powieki	10 - 20
c) z objawami dwojenia obrazu bez opadania powieki	5 - 10

d) zaburzenia akomodacji lub inne zaburzenia czynności mięśni wewnętrznych oka	1 - 10
14. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego - w zależności od stopnia uszkodzenia:	
a) czuciowe (w tym neuralgia pourazowa)	1 - 10
b) ruchowe	1 - 10
c) czuciowo - ruchowe	3 - 20
15. Uszkodzenie nerwu twarzowego:	
a) obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki	20
b) obwodowe częściowe w zależności od nasilenia dolegliwości	3 - 19
c) izolowane uszkodzenie centralne	2 - 10
UWAGA: Współistnienie uszkodzenia nerwu twarzowego z pęknięciem kości skalistej oceniać wg poz. 48. Uszkodzenie centralne nerwu twarzowego współistniejące z innymi objawami świadczącymi o uszkodzeniu mózgu oceniać wg punktu 5 lub 9.	
16. Utrwalone uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego - w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodu pokarmowego:	
a) niewielkiego stopnia	5 - 10
b) średniego stopnia	10 - 25
c) dużego stopnia	25 - 50
17. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	3 - 15
18. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia	5 - 20
UWAGA: Jeżeli uszkodzeniom nerwów czaszkowych towarzyszą inne uszkodzenia mózgu należy oceniać wg punktu 9.	

B. USZKODZENIA TWARZY

19. Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki):	
a) oszpecenia (widoczne, szpecące blizny, powyżej 2 cm długości, lub powyżej 1,5 cm^2 powierzchni) bez zaburzeń funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy	1 - 10
b) oszpecenia z miernymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji po optymalnej korekcji	5 - 25
c) oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (sumując ocenę za oszpecenie z oceną poszczególnych zaburzeń funkcji – przyjmowania pokarmów, zaburzeń oddychania, mowy, zaburzenia funkcji powiek itp.) – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji po optymalnej korekcji	25 - 60
d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	5
20. Uszkodzenia nosa (w tym złamania kości nosa, przegrody nosa, uszkodzenia części chrzęstnej, ubytki części miękkich):	
a) widoczne, szpecące zniekształcenie nosa, utrzymujące się po korekcji, bez zaburzeń oddychania i powonienia – w zależności od rozległości uszkodzenia.	1 - 5
b) uszkodzenie struktury chrzęstno-kostnej nosa z zaburzeniami oddychania utrzymującymi się po korekcji – w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania	5 - 15
c) uszkodzenie struktury chrzęstno-kostnej nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia, utrzymujące się po korekcji – w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu	10 - 20
d) zaburzenia lub utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszki	2 - 5
e) utrata znacznej części nosa lub utrata całkowita (łącznie z kośćmi nosa)	20 - 30
UWAGA: Jeżeli zniekształceniu nosa towarzyszą blizny nosa oceniać łącznie wg punktu 20. Jeżeli uszkodzenie nosa wchodzi w zespół uszkodzeń objętych punktem 19, należy stosować ocenę wg punktu 19.	
21. Utrata zębów:	

a) stałe siekacze i kły – za każdy ząb:	
i. utrata częściowa korony (poniżej ½ korony)	0,5
ii. utrata całkowita korony z zachowaniem korzenia (co najmniej ½ korony)	1
iii. całkowita utrata zęba wraz z korzeniem	2
b) pozostałe zęby – za każdy ząb:	
i. utrata korony (co najmniej ½ korony)	0,5
ii. całkowita utrata zęba wraz z korzeniem	1
22. Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej, w zależności od zrostu w przemieszczeniu, utrwalonych zniekształceń, asymetrii zgryzu, upośledzenia żucia, zaburzeń czucia:	
a) nieznacznego stopnia	1 - 5
b) znacznego stopnia	6 - 10
UWAGA: W przypadku urazu oczodołu z dwojeniem obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku, należy oceniać dodatkowo wg punktu 27 b, w przypadku zaburzeń ostrości wzroku według tabeli 27 a. W przypadku pojawienia się dużych deficytów neurologicznych dotyczących unerwienia twarzy orzekać dodatkowo z punktu właściwego dla danego nerwu. Jeżeli uszkodzeniom kości twarzoczaszki towarzyszy oszpecenie oceniać jedynie wg punktu 19. W przypadku złamania żuchwy z innymi kośćmi twarzoczaszki, następstwa uszkodzeń żuchwy oceniać oddzielnie od złamania pozostałych kości twarzoczaszki – dodatkowo z punktu 24.	
23. Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z oszpeceniem i utratą zębów – w zależności od wielkości ubytków, oszpecenia i powikłań:	
a) częściowa	10 - 35
b) całkowita	40 - 50
24. Złamania żuchwy wygojone z przemieszczeniem odłamów:	
a) bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zniekształcenia i rozwarcia szczęk	1 - 5
b) z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	6 - 10
25. Ubytek podniebienia:	
a) z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	10 - 25
b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	26 - 40
26. Ubytki i urazy języka – w zależności od wielkości ubytków, zniekształceń, zaburzeń mowy, trudności w połykaniu:	
a) ubytki języka, w zależności od wielkości uszkodzeń – ubytki niewielkiego stopnia bez istotnych zaburzeń mowy	1 - 3
b) ubytki języka – ubytki i zniekształcenia średniego stopnia upośledzające odżywianie i mowę w stopniu nieznacznie utrudniającym porozumiewanie się, w zależności od stopnia	4 - 15
c) duże ubytki języka i znaczne zniekształcenia, upośledzające odżywianie i mowę w stopniu umiarkowanie i znacznie utrudniającym porozumiewanie się, w zależności od stopnia	16 - 40
d) całkowita utrata języka	50

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU

27. Obniżenie ostrości wzroku bądź utrata jednego lub obojga oczu:	
a) przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obojga oczu, trwały uszczerbek ocenia się wg poniższej tabeli:	

Tabela 27 a

Ostrość wzroku oka prawego / Ostrość wzroku oka lewego	1,0 (10/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0
1,0 (10/10)	0%	2,5%	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%
0,9 (9/10)	2,5%	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%
0,8 (8/10)	5%	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%
0,7 (7/10)	7,5%	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%
0,6 (6/10)	10%	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%
0,5 (5/10)	12,5%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%
0,4 (4/10)	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%
0,3 (3/10)	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%
0,2 (2/10)	25%	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	80%
0,1 (1/10)	30%	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	80%	90%
0	35%	40%	45%	50%	55%	60%	65%	70%	80%	90%	100%
Procent trwałego uszczerbku											

b) utrwalone dwojenie obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku	1 - 10
c) utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyłuszczeniem gałki ocznej	40
UWAGA: Ostrość wzroku zawsze określa się po optymalnej korekcji szkłami, zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego. Wartość uszczerbku w punkcie 27 c obejmuje oszpecenie związane z wyłuszczeniem gałki ocznej.	
28. Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:	
a) jednego oka	15
b) obojga oczu	30
29. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:	
a) z zaburzeniami ostrości wzroku wg tabeli 27 a	
b) bez zaburzeń ostrości wzroku, z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej – w zależności od stopnia	1 - 5
30. Uszkodzenie gałki ocznej – wskutek urazów drążących:	
a) z zaburzeniami ostrości wzroku wg tabeli 27 a	
b) bez zaburzeń ostrości wzroku, z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej - w zależności od stopnia	1 - 5
31. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:	
a) w zależności od zaburzeń ostrości wzroku wg tabeli 27 a	
b) bez zaburzeń ostrości wzroku, z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej – w zależności od stopnia	1 - 5

32. Koncentryczne zwężenie pola widzenia oceniać wg poniższej tabeli 32:

Tabela 32

Zwężenie do	Przy nienaruszonym drugim oku	W obojgu oczach	Przy ślepocie drugiego oka
60°	0	0	20 - 35%
50°	1 - 5%	10 - 15%	35 - 45%
40°	5 - 10%	15 - 25%	45 - 55%
30°	10 - 15%	25 - 50%	55 - 70%
20°	15 - 20%	50 - 80%	70 - 85%
10°	20 - 25%	80 - 90%	85 - 95%
poniżej 10°	25 - 35%	90 - 95%	95 - 100%

33. Połowicze i inne niedowidzenia:	
a) dwuskroniowe	60
b) dwunosowe	30
c) jednoimienne	30
d) inne ubytki pola widzenia (jednooczne)	1 - 15
34. Bezsoczewkowość pourazowa bez współistnienia zaburzeń ostrości wzroku po optymalnej korekcji:	
a) w jednym oku	15
b) w obojgu oczach	30

UWAGA: W przypadku, gdy współistnieją nie dające się skorygować zaburzenia ostrości wzroku, ocenia się dodatkowo wg tabeli 27 a z ograniczeniem do 35% dla jednego oka i 100% za oboje oczu.

35. Pseudosoczewkowość pourazowa (usunięcie soczewki wskutek urazu z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej) przy współistnieniu niepoddających się korekcji zaburzeń ostrości wzroku:	
a) w jednym oku wg tabeli 27 a w granicach	15 - 35
b) w obojgu oczach wg tabeli 27 a w granicach	30 - 100
36. Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie), po korekcji operacyjnej – w zależności od stopnia i natężenia objawów:	
a) w jednym oku	5 - 10
b) w obojgu oczach	10 - 15
37. Odwarstwienie siatkówki jednego oka - pourazowe - oceniać wg tabeli 27 a i 32 i/lub punktu 33 d	nie mniej niż 3

UWAGA: Odwarstwienie siatkówki jednego oka, tylko jeśli występuje po urazie oka lub głowy (odejmując inwalidztwo istniejące przed urazem). Odwarstwienia siatkówki bez potwierdzonego urazu oka lub głowy, po wysiłku, dźwignięciu, pochyleniu, skoku itp. nie są uznawane za pourazowe.

38. Jaskra – wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy – ocena wg tabeli ostrości wzroku 27 a oraz tabeli koncentrycznego zwężenia pola widzenia 32, z zastrzeżeniem, że ogólny procent trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu, nie mniej niż	3
39. Wytrzeszcz tętniący – w zależności od stopnia	35 - 100
40. Zaćma pourazowa – oceniać wg tabeli ostrości wzroku (poz. 27 a), po zakończonym leczeniu i optymalnej korekcji	
41. Przewlekłe zapalenie spojówek w związku z urazem oka:	
a) niewielkie zmiany	1 - 5
b) duże zmiany, blizny rogówki i spojówki, zrosty powiek	6 - 10

UWAGA: Suma orzeczonego uszczerbku na zdrowiu z tytułu uszkodzeń poszczególnych struktur oka, nie może przekroczyć wartości uszczerbku przewidzianej za całkowitą utratę wzroku w jednym oku (35%) lub w obojgu oczach (100%).
Jeżeli uraz powiek lub tkanek oczodołu wchodzi w skład uszkodzeń innych części twarzy, oceniać według punktu 19. lub 22. uzupełniając ocenę o punkt 27 a.

D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU

42. Upośledzenie ostrości słuchu:

a) Przy upośledzeniu ostrości słuchu, trwały uszczerbek ocenia się wg niżej podanej tabeli:

Tabela 42a

Obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosera (mod.)				
Ucho prawe / Ucho lewe	0 - 25 dB	26 - 40 dB	41 - 70 dB	pow. 70 dB
0 - 25 dB	0	5%	10%	20%
26 - 40 dB	5%	15%	20%	30%
41 - 70 dB	10%	20%	30%	40%
pow. 70 dB	20%	30%	40%	50%

UWAGA: Oblicza się oddzielnie średnią dla ucha prawego i lewego biorąc pod uwagę częstotliwości dla 500, 1000 i 2000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z czterech progów: 500, 1000, 2000 i 4000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ale próg słyszalności dla 4000 Hz jest lepszy niż dla 2000 Hz, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z trzech progów 500, 1000, 4000 Hz.

b) pourazowe szumy uszne – w zależności od stopnia nasilenia — 1 - 5

UWAGA: Jeżeli szum uszny towarzyszy deficytowi słuchu, należy oceniać wyłącznie według tabeli 42a, natomiast jeżeli towarzyszy zaburzeniom równowagi to oceniać wg punktu 48.

43. Urazy małżowiny usznej:

a) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia) lub utrata części małżowiny – w zależności od stopnia uszkodzeń — 1 - 10

b) całkowita utrata jednej małżowiny — 15

c) całkowita utrata obu małżowin — 25

44. Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego – jednostronne lub obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu: oceniać wg tabeli 42 a

45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego, w związku z urazem:

a) jednostronne — 5

b) obustronne — 10

46. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego pourazowe, powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha – w zależności od stopnia powikłań:

a) jednostronne — 5 - 15

b) obustronne — 10 - 20

47. Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, kości skroniowej: oceniać wg tabeli 42 a

48. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:

a) z uszkodzeniem części słuchowej: oceniać wg tabeli 42 a

b) z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, nudności, niewielkie zaburzenia równowagi) — 1 - 20

c) z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, zaburzenia równowagi utrudniające poruszanie się, nudności, wymioty) — 20 - 50

d) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia szkodzenia: ocena wg tabeli 42 a, zwiekszając stopień inwalidztwa, wg p. 48 b lub 48 c

49. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:

a) jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia — 5 - 25

b) dwustronne — 10 - 60

E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU	
50. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji	5 - 10
51. Uszkodzenie lub zwężenie krtani, uszkodzenie nerwów krtaniowych, pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
a) niewielka okresowa duszność, chrypka	5 - 10
b) świst krtaniowy, duszność przy umiarkowanych wysiłkach, zachłystywanie się, w zależności od nasilenia objawów	11 - 30
52. Uszkodzenie krtani, powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawiczej:	
a) z zaburzeniami głosu – w zależności od stopnia	30 - 59
b) z bezgłosem	60
53. Uszkodzenie tchawicy ze zwężeniem jej światła – w zależności od stopnia jej zwężenia:	
a) bez niewydolności oddechowej	1 - 10
b) duszność w trakcie wysiłku fizycznego	10 - 20
c) duszność w trakcie chodzenia po poziomym odcinku drogi wymagająca okresowego zatrzymania się w celu nabrania powietrza	20 - 40
d) duże zwężenie, utrzymujące się po korekcji, potwierdzone badaniem bronchoskopowym z dusznością spoczynkową	40 - 60
54. Uszkodzenie przełyku:	
a) z trwałym zwężeniem, bez zaburzeń w odżywianiu	1 - 5
b) z częściowymi trudnościami w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania, nie wymagające zabiegów rekonstrukcyjnych	6 - 20
c) ze znacznymi zaburzeniami drożności, trudnościami w odżywianiu, wymagające zabiegów rekonstrukcyjnych, w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywiania	21 - 50
d) powikłania po uszkodzeniu przełyku i zabiegach rekonstrukcyjnych, zwężenia w zespoleniach, stałe przetoki, itp. – ocena wg poz. 54 c, zwiększając stopień uszczerbku, w zależności od stopnia powikłań o	10 - 30
55. Uszkodzenie tkanek miękkich skóry, mięśni – w zależności od blizn, ruchomości szyi, ustawienia głowy:	
a) blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpecące, bez ograniczenia ruchomości szyi, w zależności od rozmiaru, widoczności, tkliwości blizn	1 - 5
b) zmiany z trwałym ograniczeniem ruchomości szyi małego i średniego stopnia – do 50% zakresu ruchomości	6 - 14
c) zmiany ze znacznym ograniczeniem ruchomości szyi – powyżej 50% zakresu ruchomości, z niesymetrycznym ustawieniem głowy	15 - 30
d) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1%TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2
UWAGA: Uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego – oceniać wg punktu 89.	
F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA	
56. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu – w zależności od stopnia zniekształcenia, rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania:	
a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpecące, nie ograniczające ruchomości klatki piersiowej	1 - 5
b) mierne ograniczenie ruchomości klatki piersiowej– blizny, ubytki mięśniowe z niewielkim zmniejszeniem wydolności oddechowej	5 - 10
c) średniego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej– blizny, ubytki mięśniowe ze średnim zmniejszeniem wydolności oddechowej	10 - 25
d) znacznego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej, rozległe ściągające blizny, duże ubytki mięśniowe ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	25 - 40

e) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
UWAGA: Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 62.	
57. Uszkodzenie lub utrata sutka u kobiet (u mężczyzn orzekanie wg p. 56):	
a) blizny lub częściowa utrata brodawki w zależności od rozległości blizn	1 - 5
b) znaczna lub całkowita utrata brodawki – do 50. roku życia	10 - 15
c) znaczna lub całkowita utrata brodawki – po 50. roku życia	5 - 10
d) częściowe uszkodzenie sutka lub jego częściowa utrata w zależności od wielkości ubytku do 50. roku życia	5 - 15
e) częściowe uszkodzenie sutka lub jego częściowa utrata w zależności od wielkości ubytku po 50. roku życia	1 - 10
f) całkowita utrata sutka – do 50. roku życia	15 - 20
g) całkowita utrata sutka – po 50. roku życia	10 - 15
h) utrata sutka z częścią mięśnia piersiowego – oceniać wg powyższych punktów dodając, w zależności od stopnia deformacji, dysfunkcji klatki piersiowej i kończyny górnej	1 - 10
UWAGA: Stopień uszczerbku na zdrowiu po całkowitej utracie sutka oceniać również wg przewidywanej utraty funkcji.	
58. Złamania (co najmniej 2-ch) żeber:	
a) z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia wydolności oddechowej	1 - 5
b) z miernym ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – z niewielkiego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	5 - 10
c) ze średniego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – ze średniego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	10 - 25
d) ze znacznego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej, ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	25 - 40
UWAGA: Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 62.	
59. Złamanie mostka:	
a) bez zniekształceń, z potwierdzonym przewlekłym zespołem bólowym	1 - 3
b) ze zrostem w przemieszczeniu, w zależności od stopnia zniekształceń i dolegliwości	3 - 10
60. Złamania żeber lub mostka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przetokami – ocenia się wg poz. 58 - 59, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji o	1 - 15
61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenie tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):	
a) uszkodzenie płuc i opłucnej bez cech niewydolności oddechowej	1 - 5
b) z objawami niewydolności oddechowej niewielkiego stopnia	5 - 10
c) z objawami niewydolności oddechowej średniego stopnia	10 - 25
d) z niewydolnością oddechową znacznego stopnia	25 - 40
62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc – oceniać wg p. 61, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań o	10 - 20
UWAGA: Przy ocenie wg punktów 56, 58, 60 - 62 poza badaniem rentgenowskim, uszkodzenia tkanki płucnej i stopnie niewydolności oddechowej muszą być potwierdzone badaniem spirometrycznym i/lub badaniem gazometrycznym. W przypadku gdy następstwa obrażeń klatki piersiowej są oceniane z kilku punktów tabeli, a niewydolność oddechowa towarzyszy tym następstwom, trwały uszczerbek na zdrowiu wynikający ze stopnia niewydolności oddechowej ustala się wyłącznie w oparciu o jeden z tych punktów (oprócz p. 60 i 62).	

STOPNIE UPOŚLEDZENIA WYDOLNOŚCI ODDECHOWEJ:

Niewielkiego stopnia - zmniejszenie wydolności oddechowej:
VC 70 - 80%, FEV1 70 - 80%, FEV 1% VC - 70 - 80% – w odniesieniu do wartości należnych.

Średniego stopnia - zmniejszenie wydolności oddechowej:
VC 50 - 70%, FEV1 50 - 70%, FEV 1% VC 50 - 70% – w odniesieniu do wartości należnych.

Znaczne zmniejszenie - wydolności oddechowej:
VC poniżej 50%, FEV1 poniżej 50%, FEV 1% VC poniżej 50% – w odniesieniu do wartości należnych.

63.	Uszkodzenie serca lub osierdzia:	
a)	wymagające leczenia operacyjnego, z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości	5
b)	I klasa NYHA, EF 50 - 55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości	5 - 15
c)	II klasa NYHA, EF 45% - 55% 7-10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości	15 - 25
d)	III klasa NYHA, EF 35% - 45%, 5 -7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości	25 - 55
e)	IV klasa NYHA, EF < 35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	55 - 90

UWAGA: Stopień wydolności układu krążenia musi być oceniony na podstawie badania klinicznego, badań obrazowych serca i/lub badania EKG wysiłkowego. Przy zaliczaniu następstw do poszczególnych podpunktów, muszą być spełnione co najmniej dwa kryteria.

KLASYFIKACJA NYHA – KLASYFIKACJA NOWOJORSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO WYRÓŻNIA NASTĘPUJĄCE STANY CZYNNOŚCIOWE SERCA:

Klasa I.
Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych.

Klasa II.
Choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.

Klasa III.
Choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.

Klasa IV.
Choroba serca, która przy jakiejkolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort.

DEFINICJA EF – FRAKCJA WYRZUTOWA LEWEJ KOMORY:
Frakcja wyrzutowa lewej komory – ilość krwi wypływająca z lewej komory do układu krążenia podczas skurczu serca. Frakcja wyrzutowa jest zwykle wyrażana w procentach, jako stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Frakcja wyrzutowa określa zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności serca.

DEFINICJA RÓWNOWAŻNIKA METABOLICZNEGO – MET, STOSOWANEGO PRZY OCENIE PRÓBY WYSIŁKOWEJ:
MET-y (MET – równoważnik metaboliczny jest jednostką spoczynkowego poboru tlenu, ok. 3,5 ml tlenu na kilogram masy ciała na minutę) uzyskuje się, dzieląc objętość tlenu (w ml/min) przez iloczyn: masy ciała (w kg) x 3,5. Liczbę 3,5 przyjmuje się jako wartość odpowiadającą zużyciu tlenu w spoczynku i wyraża w mililitrach tlenu na kilogram masy ciała na minutę.

64. Uszkodzenia przepony – rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia:

a) bez zaburzeń funkcji po leczeniu operacyjnym	1 - 5
b) zaburzenia niewielkiego stopnia	5 - 10
c) zaburzenia średniego stopnia	10 - 20
d) zaburzenia dużego stopnia	20 - 40
G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA	
65. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, przetoki, blizny itp.), okolicy lędźwiowej i krzyżowej – w zależności od charakteru blizn, ubytków, umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia:	
a) widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpecące	1 - 5
b) uszkodzenia powłok i ubytki mięśniowe, przepukliny pourazowe utrzymujące się po korekcji	5 - 15
c) blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
UWAGA: Za przepukliny urazowe uważa się wyłącznie przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). Przepukliny pachwinowe, pępkowe itp. oraz wszystkie, które uwidoczniły się po wysiłku, dźwignięciu – nie są uznawane za pourazowe.	
66. Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:	
a) wymagające leczenia operacyjnego, bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	1 - 5
b) z niewielkiego stopnia zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywiania	5 - 10
c) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania – w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywiania	5 - 40
d) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania -odżywianie jedynie pozajelitowe	50
67. Trwałe przetoki jelitowe, kałowe i odbyt sztuczny – w zależności od możliwości zaopatrzenia sprzętem stomijnym i miejscowych powikłań przetoki:	
a) jelita cienkiego	30 - 80
b) jelita grubego	20 - 60
68. Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy nie powodujące upośledzenia funkcji innych narządów w zależności od rozległości uszkodzenia naczyń	1 - 10
69. Uszkodzenie odbytu, zwieracza odbytu:	
a) blizny, zwężenia, niewielkie dolegliwości	1 - 5
b) powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
70. Uszkodzenia odbytnicy:	
a) pełnościenne uszkodzenie – niewielkie dolegliwości, bez zaburzeń funkcji	1 - 5
b) wypadanie błony śluzowej	5 - 10
c) wypadanie odbytnicy w zależności od stopnia wypadania, utrzymujące się po leczeniu operacyjnym	10 - 30
71. Uszkodzenia śledziony:	
a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu) – potwierdzone badaniem obrazowym	2
b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
c) utrata u osób powyżej 18. roku życia	15
d) utrata u osób poniżej 18. roku życia	20
72. Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki – w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji:	
a) bez zaburzeń funkcjonalnych, pourazowa utrata pęcherzyka żółciowego	1 - 5
b) zaburzenia czynności wątroby w stopniu A wg Childa – Pugha, zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki niewielkiego stopnia lub utrata części narządu	5 - 15
c) zaburzenia czynności wątroby w stopniu B wg Childa – Pugha, zaburzenia czynności zewnątrz – i wewnątrzwydzielniczej trzustki średniego stopnia lub utrata znacznej części narządu	15 - 40

d) zaburzenia czynności wątroby w stopniu C wg Childa – Pugha, ciężkie zaburzenia czynności zewnątrz – i wewnątrzwydzielniczej trzustki	40 - 60

UWAGA: Przetokę trzustkową oceniać wg – ilości wydzielanej treści, stopnia wydolności zewnątrzwydzielniczej oraz zmian wtórnych powłok jamy brzusznej wg punktu 72 b - d. Przetokę żółciową oceniać wg ilości wydzielanej treści oraz zmian wtórnych powłok brzusznych wg punktu 72 b - d. Zwężenia dróg żółciowych – orzekać wg częstości nawrotów zapaleń dróg żółciowych oraz zmian wtórnych w wątrobie wg punktu 72 b - d.

KLASYFIKACJA CHILDA – PUGHA – w odniesieniu do wartości należnych

Parametr	Liczba punktów		
	1	2	3
Albumina (g/dl) w sur.	>3,5	2,8 - 3,5	<2,8
Bilirubina (umol/l) w sur.	<25	25 - 40	>40
Czas protrombinowy (sek. ponad normę)	<4	4 - 6	>6
Wodobrzusze	Brak	niewielkie	nasilone
Nasilenie encefalopatii	Brak	I - II °	III - IV °

GRUPA A – 5 - 6 pkt, GRUPA B – 7 - 9 pkt, GRUPA C – 10 - 15 pkt

H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO - PŁCIOWYCH

73. Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji	10 - 25
74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo działającej	30
75. Utrata jednej nerki i upośledzenie funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki:	35 - 75
76. Uszkodzenie moczowodu, powodujące zwężenie jego światła:	
a) nie powodujące zaburzeń funkcji	1 - 5
b) z zaburzeniem funkcji układu moczowego	5 - 20
77. Uszkodzenie pęcherza – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych:	
a) wymagające leczenia operacyjnego, bez zaburzeń funkcji	5
b) niewielkiego i średniego stopnia zaburzenia funkcji	5 - 15
c) znacznego stopnia zaburzenia funkcji	15 - 30
78. Przetoki górnych dróg moczowych, pęcherza moczowego i cewki moczowej, utrzymujące się po leczeniu zabiegowym:	
a) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu średnim	10 - 25
b) upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu znacznym	25 - 50
79. Zwężenia cewki moczowej:	
a) powodujące trudności w oddawaniu moczu	5 - 15
b) z nietrzymaniem moczu lub zaleganiem moczu	15 - 40
c) z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu z powikłaniami	40 - 60
UWAGA: Stopień zaburzeń w oddawaniu moczu powinien być potwierdzony badaniami urodynamicznymi.	
80. Utrata prącia	40
81. Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia – w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji	5 - 30

82. Uszkodzenie lub utrata jednego jądra, jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nie ujętych w pozostałych punktach tabeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji:	
a) w wieku do 50. roku życia	5 - 20
b) w wieku po 50. roku życia	1 - 10
83. Utrata obu jąder lub obu jajników:	
a) w wieku do 50. roku życia	40
b) w wieku po 50. roku życia	20
84. Pourazowy wodniak jądra:	
a) wyleczony operacyjnie	2
b) w zależności od nasilenia zmian utrzymujących się po leczeniu operacyjnym	3 - 10
85. Utrata macicy:	
a) w wieku do 50 lat	40
b) w wieku powyżej 50 lat	15
86. Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy, pośladków:	
a) rozległe blizny, ubytki, deformacje	1 - 5
b) wypadanie pochwy, utrzymujące się po leczeniu zabiegowym	5 - 10
c) wypadanie pochwy i macicy, utrzymujące się leczeniu zabiegowym	30
I. OSTRE ZATRUCIA, NAGŁE DZIAŁANIA CZYNNIKÓW CHEMICZNYCH, FIZYCZNYCH I BIOLOGICZNYCH (orzeczenie stopnia inwalidztwa może nastąpić nie wcześniej niż po 6-ciu miesiącach)	
87. Nagłe zatrucia gazami oraz substancjami i produktami chemicznymi – uznane za nieszczęśliwy wypadek:	
a) ze stwierdzoną utratą przytomności, obserwacją szpitalną lecz bez trwałych wtórnych powikłań	1 - 5
b) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu niewielkim i średnim	5 - 15
c) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym – oceniać według pozycji odpowiednich dla danego narządu lub układu	
d) uszkodzenie układu krwiotwórczego	15 - 25
88. Inne następstwa zatruć oraz ogólne następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych (porażenia prądem, porażenia piorunem, następstwa ukąszeń) – w zależności od stopnia uszkodzenia:	
a) ze stwierdzoną utratą przytomności, obserwacją szpitalną lecz bez trwałych wtórnych powikłań	1 - 5
b) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu niewielkim i średnim	5 - 15
c) powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym – oceniać według pozycji odpowiednich dla danego narządu lub układu	
UWAGA: Jeśli potwierdzono, że do zatrucia doszło w wyniku nieszczęśliwego wypadku – ocena uszkodzenia narządów i układów: oddechowego, krwiotwórczego, krążenia, przewodu pokarmowego, nerwowego, układu ruchu, następuje wg odpowiednich punktów niniejszej tabeli. Uszkodzenie wzroku i słuchu oceniać wg odpowiednich tabel 27a, 32, 42. Miejscowe następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych oceniać według punktów odpowiednich dla danej okolicy ciała.	
J. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA	
89. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym:	
a) z ograniczeniem ruchomości do 25%	1 - 6
b) z ograniczeniem ruchomości 26% – 50%	7 - 14
c) z ograniczeniem ruchomości 51% – 75%	15 - 20
d) z ograniczeniem ruchomości ponad 75%	21 - 29
e) zesztywnienie w pozycji zbliżonej do fizjologicznej	30

f) zesztywnienie w niekorzystnym ustawieniu głowy	45
g) obniżenie wysokości trzonu o co najmniej 10%, ocena wg p. 89 a - f, dodając, w zależności od stopnia zniekształcenia	2 - 10
h) niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć rtg: przemieszczenie sąsiednich trzonów nie mniej niż 3,5 mm lub rotacja o kąt większy niż 11º) - ocenia się wg poz. 89 a - g, zwiększając stopień inwalidztwa o	8
i) uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. – ocenia się wg p. 89 a - h zwiększając stopień inwalidztwa o	5
UWAGA: Przy występowaniu objawów korzeniowych dodatkowa ocena wg poz. 94. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa szyjnego jest zespół bólowy korzeniowy, orzekać wyłącznie według pozycji 94. Łączny stopień pourazowego inwalidztwa kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 45%. Zakresy ruchomości: zgięcie 50°, prostowanie 60°, rotacja po 80°, pochylanie na boki po 45°.	
90. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1 - Th10):	
a) z ograniczeniem ruchomości do 50%	1 - 9
b) z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	10 - 19
c) zesztywnienie w pozycji fizjologicznej	20
d) zesztywnienie w ustawieniu niekorzystnym	25 - 30
e) obniżenie wysokości trzonu co najmniej 10%, ocenia się wg poz. 90 a - d, zwiększając stopień inwalidztwa, w zależności od stopnia zniekształcenia o	1 - 5
f) niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć rtg: przemieszczenie sąsiednich trzonów kręgów o więcej niż 5 mm lub rotacja o kąt większy niż 11º) ocenia się wg poz. 90 a - e zwiększając stopień inwalidztwa o	7
g) uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. – ocenia się wg p. 90 a - f zwiększając stopień inwalidztwa o	5
UWAGA: Przy występowaniu objawów korzeniowych dodatkowa ocena wg poz. 94. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa jest zespół bólowy korzeniowy orzekać wyłącznie według pozycji 94. Łączny stopień pourazowego inwalidztwa kręgosłupa piersiowego nie może przekroczyć 30%. Zakresy ruchomości: zgięcie 60°, rotacja po 30°, test Schobera 10 - 11 cm (od C7 do S1) z tego odcinek piersiowy 2 - 3 cm.	
91. Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th11 - L5):	
a) z ograniczeniem ruchomości do 25%	1 - 6
b) z ograniczeniem ruchomości 26% – 50%	7 - 14
c) z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	15 - 29
d) zesztywnienie w pozycji zbliżonej do fizjologicznej	30
e) zesztywnienie w niekorzystnym ustawieniu tułowia	40
f) obniżenie wysokości trzonu co najmniej o 10%, ocenia się wg poz. 91 a - e, zwiększając stopień inwalidztwa, w zależności od stopnia zniekształcenia, o	3 - 12
g) niestabilności (na podstawie czynnościowych zdjęć rtg: przemieszczenie sąsiednich trzonów kręgów o więcej niż 5 mm lub rotacja o kąt większy niż 15º) - ocenia się wg poz. 91 a - f zwiększając stopień inwalidztwa o	9
h) uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. – ocenia się wg p. 91 a - g zwiększając stopień inwalidztwa o	5
UWAGA: Przy występowaniu objawów korzeniowych dodatkowa ocena wg poz. 94. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa jest zespół bólowy korzeniowy, orzekać wyłącznie według pozycji 94. Łączny stopień pourazowego inwalidztwa kręgosłupa lędźwiowego nie może przekroczyć 40%. Kręgozmyk rzekomy (zwyrodnieniowy) i prawdziwy (na tle kręgoszczeliny) nie jest traktowany jako następstwo nieszczęśliwego wypadku.	

ZAKRESY RUCHOMOŚCI:
zgięcie 60°; wyprost 25°; pochylanie na boki po 25°; test Schobera 10 - 11 cm (od C7 do S1) z tego odcinek lędźwiowy 7 - 8 cm. VC poniżej 50%; FEV1 poniżej 50%; FEV 1% VC poniżej 50% – w odniesieniu do wartości należnych.

92. Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych, kolczystych, ościstych – w zależności od ograniczenia ruchomości kręgosłupa, ocenia się wg p.p. 89 - 91	
93. Uszkodzenie rdzenia kręgowego:	
a) porażenie kończyn górnych i/lub dolnych 0 - 1° w skali Lovette'a, głęboki niedowład czterokończynowy 2° w skali Lovette'a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowiczego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z porażeniem kończyn 0 - 1° w skali Lovette'a	100
b) głęboki niedowład kończyn górnych lub dolnych – 2° w skali Lovette'a, niedowład czterokończynowy 3° w skali Lovette'a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowiczego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn 2° w skali Lovette'a	60 - 90
c) średniego stopnia niedowład kończyn górnych lub dolnych – 3° w skali Lovette'a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowiczego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn 3° w skali Lovette'a, lub połowicze uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym - z niedowładem kończyny dolnej 0 - 2° w skali Lovette'a	30 - 60
d) niewielki niedowład kończyn górnych i/lub dolnych – 4° w skali Lovette'a, zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowiczego uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn 4° w skali Lovette'a lub połowicze uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym – z niedowładem kończyny dolnej 3 - 4° w skali Lovette'a	5 - 30
e) zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów zależności od stopnia zaburzeń	5 - 15
f) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów, zespół stożka końcowego, w zależności od stopnia zaburzeń	5 - 30
94. Urazowe zespoły korzeniowe (bólowe, ruchowe, czuciowe lub mieszane) – w zależności od stopnia:	
a) szyjne bólowe	2 - 4
b) szyjne bez niedowładów – ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów	5 - 15
c) szyjne z obecnością niedowładów – w zależności od stopnia niedowładu i zaników mięśniowych (co najmniej 2 cm)	5 - 30
d) piersiowe	2 - 10
e) lędźwiowo – krzyżowe bólowe	2 - 4
f) lędźwiowo – krzyżowe bez niedowładów – ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów	5 - 15
g) lędźwiowo – krzyżowe z obecnością niedowładów – w zależności od stopnia niedowładu i zaników mięśniowych (co najmniej 2 cm)	5 - 30
h) guziczne	2 - 5

UWAGA: Zaburzenia stwierdzane w punkcie 94 a - h muszą mieć potwierdzenie w obiektywnej dokumentacji medycznej z diagnostyki i leczenia następstw zdarzenia.

K. USZKODZENIA MIEDNICY

95. Utrwalone rozejście spojenia łonowego i/lub zwichnięcie stawu krzyżowo - biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:	
a) utrwalone rozejście spojenia łonowego, bez dolegliwości ze strony stawów krzyżowo – biodrowych, bez zaburzeń chodu	1 - 4
b) utrwalone rozejście spojenia łonowego z dolegliwościami ze strony stawów krzyżowo – biodrowych, z zaburzeniami chodu	5 - 15

c) utrwalone zwichnięcie stawu krzyżowo – biodrowego niewielkiego stopnia nie wymagające leczenia operacyjnego, w zależności od stopnia zaburzeń chodu	2 - 9
d) utrwalone zwichnięcie stawu krzyżowo – biodrowego znacznego stopnia, leczone operacyjnie, w zależności od stopnia zaburzeń chodu	10 - 30
UWAGA: Jeżeli rozejściu spojenia łonowego towarzyszy złamanie kości miednicy oceniać według punktu 96 lub 98.	
96. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej, jedno – lub wielomiejscowe – w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu:	
a) w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa, kość łonowa i kulszowa)	1 - 10
b) w odcinku przednim obustronnie	5 - 15
c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a)	10 - 30
d) w odcinku przednim i tylnym obustronnie	20 - 40
UWAGA: Złamania stabilne kości miednicy, złamania awulsyjne oceniać według punktu 98.	
97. Złamanie panewki stawu biodrowego, z centralnym, lub bez centralnego zwichnięcia stawu – w zależności od upośledzenia funkcji stawu oceniać wg p. 143	
UWAGA: Uraz stawu biodrowego wygojony sztucznym stawem oceniać wg punktu 145.	
98. Izolowane złamania kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej:	
a) jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej – bez istotnego zniekształcenia i z niewielkimi zaburzeniami funkcji	1 - 3
b) jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej – ze zniekształceniem i zaburzeniami funkcji	4 - 8
c) mnogie złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej – bez istotnego zniekształcenia i z niewielkimi zaburzeniami funkcji	2 - 7
d) mnogie złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej ze zniekształceniem i z zaburzeniami funkcji	5 - 15
UWAGA: Towarzyszące złamaniom uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo wg pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.	
L. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ	
ŁOPATKA	**Prawa (dominująca)/ Lewa**
99. Złamanie łopatki:	
a) wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem i niewielkimi zaburzeniami funkcji kończyny	1 - 5/ 1 - 3
b) wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i niewielkim upośledzeniem funkcji kończyny – z ograniczeniem ruchomości do 30%	6 - 12/ 4 - 9
c) wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i średnim upośledzeniem funkcji kończyny – z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31 - 50%	13 - 20/ 10 - 15
d) wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i znacznym upośledzeniem funkcji kończyny – z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	21 - 40/ 16 - 30
UWAGA: Normy pozycji 99 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.	
OBOJCZYK	**Prawy/ Lewy**
100. Stan po wadliwym wygojeniu złamania obojczyka w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchomości:	
a) niewielkiego stopnia deformacja z ograniczeniem ruchomości stawu ramienno - łopatkowego do 20%	1 - 8/ 1 - 6
b) deformacja z wyraźnym ograniczeniem ruchomości stawu ramienno - łopatkowego powyżej 20%	9 - 20/ 7 - 15
101. Staw rzekomy obojczyka – w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, upośledzenia funkcji kończyny:	
a) zmiany wtórne z ograniczeniem ruchomości w stawie ramienno-łopatkowym do 20%	10 - 14/ 8 - 12
b) zmiany wtórne z ograniczeniem ruchomości w stawie ramienno-łopatkowym powyżej 20%	15 - 25/ 13 - 20

	UWAGA: W przypadku złamania obojczyka powikłanego stawem rzekomym, orzekać wyłącznie z punktu 101.	
102.	Zwichnięcie, podwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego – w zależności od ograniczenia ruchów, stopnia zniekształcenia i upośledzenia funkcji:	
	a) brak lub niewielka deformacja i ograniczenie ruchomości do 10% (I°)	1 - 5/ 1 - 3
	b) wyraźna deformacja i ograniczenie ruchomości do 20% (II°, II°/III°)	6 - 10/ 4 - 8
	c) wyraźna deformacja i ograniczenie ruchomości powyżej 20% (II°/III°, III°)	11 - 25/ 9 - 20
	UWAGA: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny górnej wynika z nakładania się skutków złamania obojczyka oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pozycji 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według pozycji 181.	
103.	Uszkodzenia obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości – ocenia się wg poz. 100 - 102 – zwiększając stopień trwałego uszczerbku o	5
BARK – STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY		**Prawy/ Lewy**
104.	Uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego (zwichnięcia, złamania – głowy, nasady bliższej kości ramiennej, skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur barku – w zależności od ubytków tkanek, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń i zniekształceń złamanej głowy kości ramiennej itp.:	
	a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1 - 11/ 1 - 7
	b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31% - 50%	12 - 19/ 8 - 14
	c) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	20 - 35/ 15 - 30
105.	Zastarzałe nieodprowadzalne zwichnięcie stawu łopatkowo-ramiennego w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny:	20 - 35/ 15 - 30
106.	Nawykowe zwichnięcie stawu ramienno-łopatkowego potwierdzone dokumentacją lekarską i radiologiczną:	
	a) po leczeniu operacyjnym w zależności od ograniczenia ruchomości	5 - 25/ 5 - 20
	b) nie leczone operacyjnie	25/ 20
	UWAGA: Kolejnych epizodów nawykowego zwichnięcia nie należy traktować jako kolejnego nieszczęśliwego wypadku lecz jako skutek ostatniego urazowego zwichnięcia stawu łopatkowo-ramiennego. Przy orzekaniu według punktu 107 należy zebrać szczegółowy wywiad w kierunku przebytych wcześniej urazowych zwichnięć w stawie oraz zapoznać się z dodatkową dokumentacją medyczną – w celu ustalenia daty ostatniego zwichnięcia urazowego oraz daty pierwszego zwichnięcia nawykowego.	
107.	Staw wiotki, cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości – w zależności od zaburzeń funkcji	25 - 40/ 20 - 35
	UWAGA: Staw wiotki z powodu porażeń – ocenia się wg norm neurologicznych.	
108.	Zesztywnienie stawu barkowego (całkowity brak ruchomości w stawie ramienno-łopatkowym):	
	a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od ustawienia i funkcji	20 - 35/ 15 - 30
	b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40/ 35
109.	Bliznowaty przykurcz stawu barkowego – w zależności od zaburzeń czynności stawu: orzekać według punktu 104 lub 108	
110.	Uszkodzenie barku powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami itp. – ocenia się wg poz. 104 - 109, zwiększając stopień uszczerbku o	5
	UWAGA: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny górnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń barku oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pozycji 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według pozycji 181.	
111.	Utrata kończyny w stawie ramienno-łopatkowym	70/ 65
112.	Utrata kończyny wraz z łopatką	75/ 70

ZAKRESY RUCHOMOŚCI STAWU RAMIENNO-ŁOPATKOWEGO:
zgięcie 0° – 180°; wyprost 0° – 60°; odwodzenie 0° – 90°; unoszenie 90° – 180° (niekiedy odwodzenie i unoszenie określane jest jednym terminem – odwodzenie i wtedy zakres ruchu wynosi 0° – 180°); przywodzenie 0° – 50°; rotacja zewnętrzna 0° – 70°; rotacja wewnętrzna 0° – 100° (pozycja funkcjonalna, swobodna – 20° – 40° zgięcia, 20° – 50° odwiedzenia i 30° – 50° rotacji wewnętrznej).

RAMIĘ	**Prawe/ Lewe**
113. Złamanie trzonu kości ramiennej – w zależności od przemieszczeń, ograniczeń ruchu w stawie łopatkowo-ramiennym i łokciowym:	
a) upośledzenie funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości w stawie ramienno-łopatkowym lub łokciowym do 30%	2 - 15/ 2 - 10
b) upośledzenie funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości w stawie ramienno-łopatkowym lub łokciowym powyżej 30%	16 - 30/ 11 - 25
c) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, brakiem zrostu, stawem rzekomym itp. ocenia się wg poz. 113 a lub b, zwiększając stopień inwalidztwa w zależności od zaburzeń funkcji o	5 - 15
114. Uszkodzenia mięśni, uszkodzenia ścięgien i ich przyczepów – w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:	
a) zmiany niewielkie	1 - 5/ 1 - 4
b) zmiany średnie	6 - 12/ 5 - 9
c) zmiany duże	13 - 20/ 10 - 15
UWAGA: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 113.	
115. Utrata kończyny w obrębie ramienia:	
a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70/ 65
b) przy dłuższych kikutach	65/ 60
116. Trwałe przepukliny mięśniowe ramienia oceniać wg p. 114 a	
STAW ŁOKCIOWY	**Prawy/ Lewy**
117. Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej) – w zależności od zaburzeń osi, ograniczenia ruchów w stawie łokciowym oraz innych zmian wtórnych:	
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1 - 5/ 1 - 4
b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21 - 50%	6 - 15/ 5 - 10
c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	16 - 30/ 11 - 25
118. Zesztywnienie stawu łokciowego:	
a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia	25/ 20
b) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i w zależności od ograniczenia zakresu ruchów obrotowych przedramienia	26 - 30/ 21 - 25
c) w ustawieniu wyprostnym lub zbliżonym (do 20°)	45/ 40
d) w innych niekorzystnych ustawieniach – w zależności od przydatności czynnościowej kończyny	30 - 45/ 25 - 40
119. Uszkodzenia łokcia – zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń oraz innych zmian wtórnych:	
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1 - 5/ 1 - 4
b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21 - 50%	6 - 15/ 5 - 10
c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	16 - 30/ 11 - 25
UWAGA: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 117.	

120. Cepowy staw łokciowy, utrwalony mimo leczenia – w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni	15 - 30/ 10 - 25
121. Uszkodzenia stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami itp. ocenia się według pozycji 117 - 120, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu o	5
UWAGA: Funkcjonalny pełny wyprost stawu łokciowego 0°, pełne zgięcie 140°, supinacja i pronacja 0° - 80° (pozycja funkcjonalna 80° zgięcia).	
PRZEDRAMIĘ	**Prawe/ Lewe**
122. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące ograniczenia ruchomości nadgarstka i zniekształcenia – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji:	
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1 - 6/ 1 - 5
b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31 - 60%	7 - 15/ 6 - 10
c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	16 - 25/ 11 - 20
d) usztywnienie przegubu dłoni w położeniu korzystnym (wyprost i pronacja)	15 - 20/ 10 - 15
e) usztywnienie przegubu dłoni w położeniu niekorzystnym	20 - 30/ 15 - 25
123. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:	
a) niewielkie zmiany	1 - 6/ 1 - 5
b) średnie zmiany	7 - 15/ 6 - 10
c) duże zmiany, zmiany wtórne i inne	16 - 30/ 11 - 25
124. Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń – w zależności od rozmiarów, uszkodzenia i upośledzenia funkcji, zmian wtórnych (troficzne, krążeniowe, blizny i inne):	
a) niewielkie zmiany	1 - 5/ 1 - 4
b) średnie zmiany	6 - 10/ 5 - 8
c) znaczne zmiany	11 - 20/ 9 - 15
UWAGA: Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktów 122, 123, 125, 126.	
125. Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej – w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:	
a) średniego stopnia	10 - 20/ 10 - 15
b) dużego stopnia	21 - 35/ 16 - 30
UWAGA: W przypadku złamania jednej kości przedramienia powikłanej stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 125.	
126. Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia – w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji, zmian wtórnych:	
a) średniego stopnia	10 - 25/ 10 - 20
b) dużego stopnia	26 - 40/ 21 - 35
UWAGA: W przypadku złamania obu kości przedramienia powikłanych stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 126.	
127. Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, ubytkiem tkanki kostnej – ocenia się wg poz. 122 - 126, zwiększając stopień trwałego uszczerbku o	5
128. Utrata kończyny w obrębie przedramienia – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do oprotezowania	55 - 60/ 50 - 55
129. Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka	55/ 50

ZAKRESY RUCHOMOŚCI PRZEDRAMIENIA:
nawracanie 0° – 80°; odwracanie 0° – 80° (pozycja funkcjonalna, swobodna – 20° nawrócenia).

NADGARSTEK	Prawy/ Lewy
130. Uszkodzenia nadgarstka: skręcenia, zwichnięcia, złamania – w zależności od blizn, ubytków, zniekształceń, niestabilności, upośledzenia funkcji, zmian troficznych i innych zmian wtórnych:	
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1 - 6/ 1 - 5
b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31 - 60%	7 - 15/ 6 - 10
c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	16 - 25/ 11 - 20
131. Całkowite zesztywnienie w obrębie nadgarstka:	
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	15 - 20/ 10 - 15
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	20 - 30/ 15 - 25
132. Uszkodzenie nadgarstka powikłane trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami – ocenia się wg poz. 130 - 131, zwiększa-jąc stopień trwałego uszczerbku o	5
133. Utrata ręki na poziomie nadgarstka	55/ 50

ZAKRESY RUCHOMOŚCI NADGARSTKA:
zgięcie dłoniowe 60° (czynne), 80° (bierne), zgięcie grzbietowe 60° (czynne), 80° (bierne), odchylenie promieniowe 20°, odchylenie łokciowe 30°, (pozycja funkcjonalna – od 10° zgięcia dłoniowego do 10° zgięcia grzbietowego i od 0° do 10° odchylenia łokciowego).

ŚRÓDRĘCZE	Prawe/ Lewe
134. Uszkodzenie śródręcza: kości, części miękkich – w zależności od ubytków, zniekształceń oraz upośledzenia funkcji ręki, palców i innych zmian wtórnych:	
a) I kość śródręcza (w zależności od funkcji kciuka):	
i. z ograniczeniem ruchomości kciuka do 30%	1 - 6/ 1 - 5
ii. z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31 - 60%	7 - 12/ 6 - 9
iii. z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	13 - 20/ 10 - 15
b) II kość śródręcza (w zależności od ruchomości palca wskazującego):	
i. z ograniczeniem ruchomości do 30%	1 - 5/ 1 - 3
ii. z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31 - 60%	6 - 9/ 4 - 6
iii. z ograniczeniem powyżej 60%	10 - 15/ 7 - 10
c) III kość śródręcza (w zależności od ruchomości palca III i innych zmian wtórnych):	
i. z ograniczeniem ruchomości w zakresie 20 - 50%	1 - 2/ 1
ii. z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	3 - 5/ 2 - 4
d) IV, V kość śródręcza (w zależności od ruchomości odpowiednich palców i innych zmian wtórnych) – ocena osobna dla każdej kości śródręcza:	
i. z ograniczeniem ruchomości w zakresie 20 - 50%	1 - 2/ 1
ii. z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	3 - 4/ 2
KCIUK	**Prawy/ Lewy**
135. Utrata w zakresie kciuka – w zależności od rozmiaru ubytku, jakości kikuta, zniekształceń, ograniczenia ruchomości palca oraz upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:	
a) częściowa lub całkowita utrata opuszki	1 - 4/ 1 - 2
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego w zależności od zmian wtórnych	5 - 10/ 3 - 6
c) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawnego (do 2/3 długości paliczka podstawnego) – w zależności od zmian wtórnych	11 - 15/ 7 - 10
d) utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawnego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródręcza	16 - 20/ 11 - 15

e) utrata obu paliczków z kością śródręcza	20 - 25/ 15 - 20
136. Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich) w zależności od upośledzenia ruchomości kciuka oraz funkcji ręki i zmian wtórnych:	
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 25%	1 - 5/ 1 - 3
b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 26 - 50%	6 - 10/ 4 - 8
c) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 51 - 75%	11 - 15/ 9 - 12
d) bardzo duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 75%	16 - 20/ 13 - 15
e) rozległe zmiany palca i ręki, graniczące z funkcjonalną utratą palca wraz z pierwszą kością śródręcza	20 - 25/ 15 - 20
UWAGA: Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka bierze się pod uwagę przede wszystkim zdolność odwodzenia, przeciwstawiania i chwytu.	

ZAKRESY RUCHOMOŚCI KCIUKA:
– staw śródręczno-paliczkowy 0° - 60° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia)
– staw międzypaliczkowy 0° - 80° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia)
– odwodzenie 0° - 50°
– przywodzenie – maksymalna odległość między kresą zgięciową stawu międzypaliczkowego kciuka, a kresą zgięciową stawu śródręczno-paliczkowego palca V – pełny zakres ruchu – 0 cm, brak ruchu – 8 cm
– opozycja (przeciwstawianie) – maksymalna odległość między kresą zgięciową stawu międzypaliczkowego kciuka, a kresą zgięciową stawów śródręczno-paliczkowych na wysokości III stawu śródręczno-paliczkowego – pełny zakres ruchu – 8 cm, brak ruchu – 0 cm.

PALEC WSKAZUJĄCY	**Prawy/ Lewy**
137. Utrata w obrębie wskaziciela – w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki:	
a) utrata częściowa opuszki	1 - 2/ 1
b) utrata paliczka paznokciowego	3 - 5/ 2 - 3
c) utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka środkowego	6 - 9/ 4 - 7
d) utrata paliczka środkowego	10/ 8
e) utrata trzech paliczków	15/ 10
f) utrata wskaziciela z kością śródręcza	15 - 20/ 10 - 15
138. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela: złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich – w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki, przykurczów stawów, zesztywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych – w zależności od stopnia:	
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1 - 3/ 1 - 2
b) zmiany średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21 - 40%	4 - 6/ 3 - 4
c) zmiany dużego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 41 - 70%	7 - 11/ 5 - 7
d) zmiany znacznego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 70%	12 - 15/ 8 - 10
e) rozległe zmiany palca i ręki, graniczące z funkcjonalną utratą palca wraz z kością śródręcza	15 - 20/ 10 - 15
PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY	**Prawy/ Lewy**
139. Palec III, IV i V – w zależności od poziomu utraty:	
a) palec III – utrata paliczka paznokciowego	3/ 2
b) palec III – utrata dwóch paliczków	7/ 5
c) palec III – utrata trzech paliczków	10/ 8
d) palec IV i VI – utrata paliczka paznokciowego	2/ 1
e) palec IV i V – utrata dwóch paliczków	4/ 2

f) palec IV i V – utrata trzech paliczków	7/ 3
140. Utrata palców III, IV lub V z kością śródręcza:	
a) palec III	10 - 12/ 8 - 10
b) palec IV i V	7 - 9/ 3 - 5
c) utraty mnogie:	
i. jednoczesna amputacja kciuka i palca wskazującego	35/ 25
ii. całkowita strata kciuka i palca innego niż wskazujący	25/ 20
iii. całkowita strata dwóch palców innych niż kciuk i palec wskazujący	12/ 8
iv. całkowita strata trzech palców innych niż kciuk i palec wskazujący	20/ 15
v. całkowita strata czterech palców łącznie z kciukiem	45/ 40
vi. całkowita strata czterech palców innych niż kciuk	40/ 35
141. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich – w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurczów stawów, zesztywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych – za każdy palec w zależności od stopnia:	
a) palec III:	
i. ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych	1 - 2/ 1 - 2
ii. ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych	3 - 5/ 3 - 4
iii. ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi	1 - 5/ 1 - 4
iv. ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi	6 - 10/ 5 - 8
b) palec IV i V:	
i. ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych	1 - 2/ 1
ii. ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych	3 - 4/ 2
iii. ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi	1 - 4/ 1 - 2
iv. ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi	5 - 8/ 3 - 4

UWAGA: Łączny stopień pourazowego inwalidztwa ręki nie może przekroczyć 55% – prawej i 50% – lewej. Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena musi być niższa niż łączna całkowita utrata tych palców i odpowiadać stopniowi użyteczności ręki. Niektóre przykłady podano powyżej w p.140 c.

ZAKRESY RUCHOMOŚCI – PALCE II – V:
– staw śródręczno-paliczkowy 0° - 90° (pozycja funkcjonalna 30° zgięcia)
– staw międzypaliczkowy bliższy 0° - 100° (pozycja funkcjonalna 40° zgięcia)
– staw międzypaliczkowy dalszy 0° - 70° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia)

M. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ

STAW BIODROWY

142. Utrata kończyny dolnej:	
a) przez wyłuszczenie jej w stawie biodrowym	70
b) odjęcie powyżej ½ uda	60
143. Uszkodzenia stawu biodrowego – zwichnięcia, złamania panewki, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej oraz uszkodzenia tkanek miękkich okolicy stawu biodrowego – w zależności od ubytków, stopnia ograniczenia ruchów, zniekształceń i zmian wtórnych:	
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	2 - 12

b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31 - 60%	13 - 24
c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	25 - 40
144. Zesztywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:	
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym	30 - 35
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	36 - 45
145. Przykurcze i zesztywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami itp. – ocenia się wg poz. 143, zwiększając stopień inwalidztwa o	5
146. Pourazowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego, w zależności od ruchomości, dolegliwości bólowych, konieczności zaopatrzenia ortopedycznego, możliwości i zaburzeń chodu:	
a) bez ograniczeń funkcji	15
b) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 50%	16 - 25
c) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	26 - 45
UWAGA: Należy zwracać uwagę na zgłaszane, jako wynik urazowego uszkodzenia biodra, zmiany chorobowe: krwiopochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki. Przy tego rodzaju stanach chorobowych ocenę inwalidztwa ogranicza się wyłącznie do spowodowanego przedmiotowym nieszczęśliwym wypadkiem. W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń biodra oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pozycji 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według pozycji 181.	

ZAKRESY RUCHOMOŚCI STAWU BIODROWEGO:
zgięcie 0° – 120°; wyprost 0° – 20°; odwodzenie 0° – 50°; przywodzenie 0° – 40°; rotacja (obracanie) na zewnątrz 0° – 45°; rotacja do wewnątrz 0° – 50°.

UDO	
147. Złamanie kości udowej – w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stawie biodrowym i kolanowym, zaburzeń chodu, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych:	
a) skrócenie w zakresie 1 - 3 cm bez zmian wtórnych	5 - 10
b) skrócenie w zakresie 3,1 - 5 cm bez zmian wtórnych	11 - 20
c) skrócenie powyżej 5 cm bez zmian wtórnych	21 - 30
d) niewielkie zmiany ze skróceniem do 3 cm	10 - 15
e) średnie zmiany ze skróceniem w zakresie 3,1 - 5 cm, upośledzenie chodu w stopniu średnim	16 - 29
f) duże zmiany ze skróceniem powyżej 5 cm, upośledzenie chodu w stopniu znacznym	30 - 40
148. Staw rzekomy kości udowej, ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia, zmian zapalnych i zaburzeń wtórnych	40 - 60
149. Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od zaburzeń funkcji kończyny:	
a) niewielkiego stopnia	1 - 5
b) średniego stopnia	6 - 10
c) znacznego stopnia	11 - 20
UWAGA: Według tej pozycji oceniać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości oceniać według punktu 147.	
150. Uszkodzenie dużych naczyń, tętniaki pourazowe – w zależności od stopnia zaburzeń ukrwienia kończyny i powikłań	5 - 30
151. Uszkodzenie uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, skostnieniem pozaszkieletowym – ocenia się wg punktu 147 zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od rozmiarów powikłań o	5

152. Uszkodzenie uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się wg punktu 147 - 150, zwiększając stopień trwałego uszczerbku – w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o	10 - 60
UWAGA: Łączny stopień uszczerbku ocenianego wg poz. 147 - 152 i poz. 153 nie może przekroczyć 60%.	
153. Utrata kończyny – w zależności od długości kikuta i jego przydatności do oprotezowania	55 - 60
KOLANO	
154. Złamania kości tworzących staw kolanowy– w zależności od zniekształceń, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu i innych zmian wtórnych. Dodatkowo ocenia się wg poz. 155, 156:	
a) utrata ruchomości w zakresie 0° - 40° za każde dwa stopnie ubytku ruchu	1
b) utrata ruchomości w zakresie 41° - 90° za każde 5 stopni	1
c) utrata ruchomości w zakresie 91° - 120° za każde 10 stopni ubytku ruchu	1
d) zesztywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnie korzystnej (0° - 15°)	25
e) zesztywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnie niekorzystnej	35
155. Uszkodzenia aparatu więzadłowo – torebkowego w zależności od stabilności stawu oraz wydolności statyczno-dynamicznej kończyny. Dodatkowa ocenia się wg poz. 154	
a) niestabilność jednopłaszczyznowa I°, z niewielkimi zmianami wtórnymi (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej itp.)	1 - 5
b) niestabilność jednopłaszczyznowa II°, dwupłaszczyznowa I°, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej itp.)	6 - 12
c) niestabilność jednopłaszczyznowa III° lub dwupłaszczyznowa II°, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej itp.)	13 - 19
d) niestabilność dwupłaszczyznowa III°, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej itp.)	20 - 25
e) pełna niestabilność wielopłaszczyznowa, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej itp.)	26 - 35
156. Inne następstwa urazów stawu kolanowego (zaburzenia osi stawu, przewlekłe wysiękowe zapalenia, przewlekłe dolegliwości bólowe, chondromalacja, niestabilności rzepki, złamania rzepki, w zależności od funkcji stawu kolanowego oraz stopnia nasilenia istniejących dolegliwości. Ocenia się wg poz. 154, zwiększając stopień inwalidztwa o	1 - 7
UWAGA: Łączny stopień pourazowego inwalidztwa stawu kolanowego nie może przekroczyć 40%.	
157. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego	50
UWAGA: Prawidłowo funkcjonalny zakres ruchów w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprostu do 120° dla zgięcia.	
PODUDZIE	
158. Złamanie kości podudzia w zależności od zniekształceń, skrócenia, ograniczenia ruchomości w stawie skokowym i kolanowym oraz innych zmian wtórnych:	
a) skrócenie w zakresie 1 - 3 cm bez zmian wtórnych	5 - 10
b) skrócenie w zakresie 3,1 - 5 cm bez zmian wtórnych	11 - 20
c) skrócenie powyżej 5 cm bez zmian wtórnych	21 - 30
d) niewielkie zmiany ze skróceniem do 3 cm	10 - 15
e) średnie zmiany ze skróceniem w zakresie 3,1 - 5 cm	16 - 29
f) duże zmiany ze skróceniem powyżej 5 cm	30 - 40
159. Izolowane złamanie strzałki – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, upośledzenia funkcji kończyny	1 - 3
160. Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien – w zależności od rozległości uszkodzenia oraz ograniczeń czynnościowych i innych zmian wtórnych:	
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1 - 5

b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31 - 50%	6 - 10
c) znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11 - 20
161. Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:	
a) przy długości kikuta do 8 cm mierząc od szpary stawowej	50
b) przy dłuższych kikutach	45 - 50
UWAGA: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń podudzia oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pozycji 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według pozycji 181.	
STAW GOLENIOWO-SKOKOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA	
162. Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego: skręcenia, zwichnięcia, złamania itp. – w zależności od zniekształceń oraz ograniczenia ruchomości i utrzymujących się dolegliwości:	
a) niewielkiego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 20%	1 - 4
b) średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21 - 50%	5 - 10
c) dużego stopnia z ograniczeniem powyżej 50%	11 - 20
d) powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami oraz innymi zmianami wtórnymi, zwiększyć ocenę inwalidztwa o	5
163. Zesztywnienie stawu skokowo-goleniowego w zależności od utrzymujących się dolegliwości oraz ograniczenia funkcji:	
a) pod kątem zbliżonym do prostego ± 5°	20
b) w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych w zależności od ustawienia	21 - 30
c) w ustawieniach niekorzystnych z przetokami, zapaleniem kości itp. – zwiększyć ocenę inwalidztwa o	5
164. Złamania kości skokowej lub piętowej – w zależności od utrzymujących się dolegliwości oraz ograniczenia funkcji:	
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1 - 4
b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21 - 50%	5 - 10
c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11 - 20
165. Utrata kości skokowej i/lub piętowej – w zależności od wielkości, blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno – dynamicznych stopy i innych powikłań:	
a) częściowa utrata	20 - 30
b) całkowita utrata	30 - 40
166. Uszkodzenie kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniem oraz innymi zmianami wtórnymi:	
a) zmiany niewielkiego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 20%	1 - 4
b) zmiany średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21 - 50%	5 - 10
c) zmiany znacznego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11 - 20
167. Złamania kości śródstopia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń stopy, zaburzeń statyczno dynamicznych i innych zmian wtórnych:	
a) I lub V kości śródstopia:	
i. niewielkie zmiany bez zniekształceń	1 - 4
ii. znaczne zmiany, zniekształcenie, ograniczenie ruchomości stopy	5 - 10
b) II, III lub IV kości śródstopia:	
i. niewielkie zmiany	1 - 3
ii. znaczne zmiany ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości stopy	4 - 7
c) złamania trzech i więcej kości śródstopia – w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych	3 - 15

168. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi ocenia się wg poz. 167 zwiększając stopień inwalidztwa o	5
169. Inne uszkodzenia okolicy stępu i śródstopia – skręcenia, stłuczenia, uszkodzenia mięśni, ścięgien w zależności od zniekształceń, zmian troficznych, zaburzeń dynamicznych stopy i innych zmian wtórnych:	
a) zmiany niewielkie	1 - 4
b) średnie zmiany	5 - 10
c) duże zmiany	11 - 15
170. Utrata stopy w całości	45
171. Utrata stopy na poziomie stawu skokowego	40
172. Utrata stopy w środkowej części stępu	35
173. Utrata stopy w okolicy stępowo-śródstopnej w zależności od rozległości utraty przodostopia i jakości kikuta	20 - 30

ZAKRESY RUCHOMOŚCI STAWU SKOKOWEGO:
zgięcie grzbietowe 0° – 20°; zgięcie podeszwowe 0° – 40 - 50°; nawracanie 0° – 10°; odwracanie 0° – 40°; przywodzenie 0° – 10°; odwodzenie 0° – 10°.

UWAGA: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń stopy oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie wg pozycji 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według pozycji 181.

PALCE STOPY

174. Uszkodzenie palucha – w zależności od blizn, zniekształceń, wielkości ubytków, charakteru kikuta, zaburzeń statyki i chodu i innych zmian wtórnych:	
a) ubytki opuszki lub częściowa utrata paliczka paznokciowego palucha	1 - 3
b) utrata paliczka paznokciowego palucha	4
c) utrata całego palucha	8
175. Inne uszkodzenia palucha – w zależności od rozległości zmian i ograniczenia ruchomości:	
a) niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1 - 2
b) średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31 - 50%	3 - 5
c) duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	6 - 8
176. Utrata palucha:	
a) wraz z kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	10 - 15
b) wraz z co najmniej trzema innymi palcami stopy	15
c) wraz ze wszystkim innymi palcami stopy	20
177. Uszkodzenia, ubytki w zakresie palców II, III, IV, V:	
a) częściowa utrata	1
b) całkowita utrata	2
c) całkowita strata czterech palców stóp	10
d) znaczne zmiany, duże ograniczenie ruchomości palca	1 - 2
178. Utrata palca V z kością śródstopia	3 - 8
179. Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia – w zależności od wielkości utraty kości śródstopia, ustawienia stopy i innych zmian wtórnych	3 - 5
180. Uszkodzenia II, III, IV i V palca – zwichnięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od rozległości ubytków, zniekształcenia, ustawienia, stopnia upośledzenia funkcji i liczby uszkodzonych palców orzekać łącznie	1 - 5

ZAKRESY RUCHOMOŚCI PALCÓW STOPY:
– zgięcie 0° – 40° (czynne), 0° – 60° (bierne);
– wyprost 0° – 45°(czynne), 0° – 80° (bierne).

UWAGA: Łączny stopień pourazowego inwalidztwa kończyny dolnej nie może przekroczyć wartości za amputację na tym poziomie. Wartość uszczerbku ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę tego palca.

N. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH	Prawy/ Lewy
181. Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:	
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	5 - 15
b) nerwu piersiowego długiego	5 - 15/ 5 - 10
c) nerwu pachowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3 - 25/ 2 - 20
d) nerwu mięśniowo-skórnego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3 - 25/ 2 - 20
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3 - 45/ 2 - 35
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	5 - 30/ 3 - 25
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3 - 25/ 2 - 15
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2 - 15/ 1 - 10
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	4 - 40/ 3 - 30
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3 - 20/ 2 - 15
k) nerwu łokciowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2 - 25/ 1 - 20
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	10 - 25/ 5 - 20
m) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	15 - 45/ 10 - 40
n) pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1 - 15
o) nerwu zasłonowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2 - 15
p) nerwu udowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2 - 30
q) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	3 - 20
r) nerwu sromowego wspólnego	3 - 25
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy	10 - 60
t) nerwu piszczelowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	5 - 30
u) nerwu strzałkowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	5 - 20
v) splotu lędźwiowo-krzyżowego	30 - 60
w) pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	1 - 10
UWAGA: Wskazana ocena kliniczna i ocena ilościowa oparta na badaniach przewodnictwa nerwowo-mięśniowego.	
182. Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną – w zależności od stopnia	30 - 50
UWAGA: W ocenie tej zawiera się deficyt związany z uszkodzeniem typowym dla danego nerwu.	

UWAGI OGÓLNE:

Przy wielomiejscowych uszkodzeniach kończyny górnej lub dolnej (lub jej części) w ustaleniu ostatecznej wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu należy brać pod uwagę całkowitą funkcję kończyny (lub jej części) a nie tylko wynik matematyczny sumowania procentów trwałego uszczerbku za poszczególne uszkodzenia.
Łączny stopień pourazowego inwalidztwa kończyny dolnej nie może przekroczyć wartości za amputację na tym poziomie.
Uszkodzenie kikuta amputowanych kończyn, wymagające zmiany protezy, reamputacji lub niemożności zastosowania protezy – oceniać wg amputacji na wyższym poziomie.
Przy bliznach po oparzeniach skóry powyżej stopnia IIA zalecana jest dodatkowa ocena z tytułu utraty funkcji skóry: na twarzy za 1% TBSA – 5% uszczerbku, na szyi – za 1% TBSA – 2% uszczerbku, na kończynach za 1% TBSA – 1% uszczerbku, na rękach za 1% TBSA – 4% uszczerbku, na tułowiu za 3% TBSA – 1% uszczerbku.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 5, 14, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 9 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 3, 5, 17, 20 i 24 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 9, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 20, 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 16, 17, 18, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 16, 19 i 26 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA UBEZPIECZONEGO

Ze zmianami uzgodnionymi przez
Strony umowy ubezpieczenia

Kod warunków: UG_SMP/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko śmierć Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Małżonek** - osoba fizyczna z którą Ubezpieczony w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   2) **Partner** - niespokrewniona z Ubezpieczonym osoba fizyczna pozostająca w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo domowe, o ile dana osoba została wskazana jako Partner w Deklaracji zgody Ubezpieczonego. Wskazanie może być w każdym czasie odwołane, a zmienione jedynie ze skutkiem na Rocznicę Umowy ubezpieczenia. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Partnera nie uważa się:
      a) osoby, która pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
      b) każdej innej osoby – w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego, w Okresie ubezpieczenia, śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku śmierci Małżonka albo Partnera, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie również potwierdzona w Certyfikacie.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
3. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   1) Odpisu skróconego aktu zgonu odpowiednio: Małżonka lub Partnera;
   2) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego wydanego przez lekarza określającego przyczynę zgonu – dobrowolnie, jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
   3) odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego z Małżonkiem – w przypadku śmierci Małżonka;
   4) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Przyokopowej 33, 01-208 Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000292551, posiadająca numer REGON 141186640 i numer NIP 107-00-08-220, kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości wpłacony wynosi 95 500 000 zł.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka śmierci Małżonka albo Partnera, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

1[1]. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Postanowienie ma wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie Karencja.

1[2]. Postanowienia ust. 1[1] mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.

2. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.

3. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Małżonka albo Partnera, która nastąpiła w wyniku:
   1) samobójstwa popełnionego w ciągu 2 lat od Pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia;
   2) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Małżonka albo Partnera, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   3) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Małżonka albo Partnera czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   4) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   5) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

Skorowidz informacji zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 5, 14, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 8, 9 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 3, 5, 8, 17, 20 i 24 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 8, 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 9, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 20, 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 8, 16, 17, 18, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 16, 19 i 26 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Kod warunków: UG_SMPNW/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko śmierć Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Małżonek** - osoba fizyczna, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   2) **Partner** - niespokrewniona z Ubezpieczonym osoba fizyczna pozostająca w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo domowe, o ile dana osoba została wskazana jako Partner w Deklaracji zgody Ubezpieczonego. Wskazanie może być w każdym czasie odwołane, a zmienione jedynie ze skutkiem na rocznicę Umowy ubezpieczenia. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Partnera nie uważa się:
      a) osoby, która pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
      b) każdej innej osoby - w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego, w Okresie ubezpieczenia dodatkowego, śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie również potwierdzona w Certyfikacie.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
   1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
   2) śmierć Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
   3) śmierć Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego nastąpiła w Okresie ubezpieczenia;
   4) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
4. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Przyokopowej 33, 01-208 Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000292551, posiadająca numer REGON 141186640 i numer NIP 107-00-08-220, kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości wpłacony wynosi 95 500 000 zł.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Małżonka albo Partnera wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   1) odpisu aktu skróconego zgonu odpowiednio: Małżonka lub Partnera;
   2) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego wydanego przez lekarza określającego przyczynę zgonu;
   3) odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego z Małżonkiem – w przypadku śmierci Małżonka;
   4) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
   5) oryginałów lub kopii dokumentacji medycznej stwierdzającej przyczynę śmierci odpowiednio: Małżonka lub Partnera – jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
   6) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Małżonka albo Partnera wskutek Nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła w wyniku:
   1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   4) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   5) Pozostawania przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego pod wpływem spożytego alkoholu, a także 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 nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   6) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
   7) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   8) wypadku spowodowanego przez Małżonka labo Partnera Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   9) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   10) wypadku lotniczego, jeżeli Małżonek albo Partner Ubezpieczonego nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   11) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 - F99).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 22 grudnia 2017 roku.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 5, 8, 14, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2 i 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 8, 9, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2 i 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 3, 5, 8, 9, 17, 18, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2 i 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 8, 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 8, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 20, 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2 i 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 8, 16, 17, 18, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 7, 8, 12, 13, 16, 19 i 26 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA ALBO PARTNERA UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Kod warunków: UG_TUNWMP/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Trwały uszczerbek na zdrowiu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Małżonek** - osoba fizyczna, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje w związku małżeńskim, stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   2) **Partner** - niespokrewniona z Ubezpieczonym osoba pozostająca w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo domowe, o ile dana osoba została wskazana jako Partner w Deklaracji zgody Ubezpieczonego. Wskazanie może być w każdym czasie odwołane, a zmienione jedynie ze skutkiem na Rocznicę Umowy ubezpieczenia. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Partnera nie uważa się:
      a) osoby, która pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
      b) każdej innej osoby - w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do której nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   3) **Trwały uszczerbek** - trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie organu, narządu lub układu narządów Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu narządów lub nieodwracalnym upośledzeniu jego funkcji, spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem, wymieniony w tabeli Trwałych uszczerbków, stanowiącej załącznik nr 1 do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego, w Okresie ubezpieczenia, Trwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie ryzyka Trwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku wygasa zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Wysokość sumy ubezpieczenia wynika z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony.
2. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku wystąpienia Trwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
   1) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem a Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy;
   2) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Trwałego uszczerbku na zdrowiu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
   3) Trwały uszczerbek na zdrowiu wystąpił w Okresie ubezpieczenia oraz w ciągu 180 dni od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
4. Przy ustalaniu procentu Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, jak również procentu Trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącego przed zajściem Nieszczęśliwego wypadku, stosuje się tabelę Trwałych uszczerbków stanowiącą załącznik nr 1 do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia.
5. W przypadku, gdy Małżonek albo Partner Ubezpieczonego jest leworęczny, to będą miały zastosowanie podane w tabeli, o której mowa powyżej, procentowe wartości sumy ubezpieczenia, należne za utratę części organów prawej kończyny górnej.
6. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu narządów, który przed Nieszczęśliwym wypadkiem był uszkodzony, procent Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku ustala się w wysokości różnicy stanu danego organu, narządu lub układu narządów przed Nieszczęśliwym wypadkiem a stanem istniejącym po Nieszczęśliwym wypadku, o ile uszkodzenie organu, narządu lub układu narządów istniejące przed dniem zajścia Nieszczęśliwego wy

Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Przyokopowej 33, 01-208 Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000292551, posiadająca numer REGON 141186640 i numer NIP 107-00-08-220, kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości wpłacony wynosi 95 500 000 zł.

padku ma wpływ na ustalenie aktualnego procentu Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

7. Stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest ustalany po zakończeniu leczenia nie później niż po upływie 3 lat od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku. W przypadku niezakończenia leczenia w terminie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego.
8. Po ustaleniu stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku w zakresie danego Zdarzenia ubezpieczeniowego późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.
9. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.
10. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach i na zasadach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   1) dokumentacji medycznej z udzielenia pierwszej pomocy i przebiegu leczenia;
   2) zaświadczenia lekarskiego o zakończeniu leczenia i rehabilitacji;
   3) odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego z Małżonkiem;
   4) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu – jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
   5) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń, przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia oraz w celu ustalenia wysokości % Trwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub skierować Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego na badania lekarskie. Koszt takich badań ponosi Towarzystwo Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych o łącznej wysokości nie wyższej niż 100% sumy ubezpieczenia.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który powstał w wyniku:
   1) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   4) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   5) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   6) Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także 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 nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   7) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
   8) wypadku spowodowanego przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   9) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   10) wypadku lotniczego, jeżeli Małżonek albo Partner Ubezpieczonego nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   11) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 - F99).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 22 grudnia 2017 roku.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Śmierci Dziecka Ubezpieczonego (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 9, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 3, 5, 9, 17, 18, 20 i 24 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 9, 17 i 27 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 20, 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 16, 17, 18, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 7, 8, 12, 13, 16, 19 i 26 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA UBEZPIECZONEGO

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Kod warunków: UG_SDZI/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka Ubezpieczonego, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko śmierci Dziecka.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Dziecko** - dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ma ukończonego 18. roku życia, a w przypadku kontynuacji nauki nie ma ukończonego 25. roku życia.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętym ochroną, jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego, w Okresie ubezpieczenia, śmierci Dziecka.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku śmierci Dziecka Ubezpieczonego, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie również potwierdzona w Certyfikacie.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
3. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Dziecka jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   1) odpisu skróconego aktu zgonu Dziecka Ubezpieczonego;
   2) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego wydanego przez lekarza określającego przyczynę zgonu – dobrowolnie, jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
   3) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka śmierci Dziecka Ubezpieczonego, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

1[1]. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Postanowienie ma wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie Karencja.

1[2]. Postanowienia ust. 1[1] mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.

Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Przyokopowej 33, 01-208 Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000292551, posiadająca numer REGON 141186640 i numer NIP 107-00-08-220, kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości wpłacony wynosi 95 500 000 zł.

2. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Dziecka, która nastąpiła w wyniku:
   1) samobójstwa popełnionego przez Dziecko Ubezpieczonego w ciągu 2 lat od Pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia;
   2) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Dziecka Ubezpieczonego, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   3) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   4) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   5) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Dziecko Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 8, 9, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 3, 5, 8, 9, 17, 18, 20 i 24 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 8, 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 8, 9, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 20, 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 16, 17, 18, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 7, 8, 12, 13, 16, 19 i 26 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Kod warunków: UG_SDZINW/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko śmierci Dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Dziecko** - dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ma ukończonego 18. roku życia, a w przypadku kontynuacji nauki nie ma ukończonego 25. roku życia.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętym ochroną, jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego, w Okresie ubezpieczenia, śmierci Dziecka wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie niniejszych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku śmierci Dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie również potwierdzona w Certyfikacie.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 1, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
   1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci Dziecka Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
   2) śmierć Dziecka Ubezpieczonego nastąpiła w Okresie Ubezpieczenia;
   3) śmierć Dziecka Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
   4) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Dziecka Ubezpieczonego istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
4. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, z tytułu śmierci Dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   1) odpisu skróconego aktu zgonu Dziecka;
   2) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego wydanego przez lekarza określającego przyczynę zgonu Dziecka – dobrowolnie, jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
   3) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
   4) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Przyokopowej 33, 01-208 Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000292551, posiadająca numer REGON 141186640 i numer NIP 107-00-08-220, kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości wpłacony wynosi 95 500 000 zł.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła w wyniku:
   1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Dziecka Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   4) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Dziecko Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   5) Pozostawania przez Dziecko pod wpływem spożytego alkoholu, a także 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 nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   6) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
   7) udziału Dziecka w Sportach wysokiego ryzyka, o ile powyższy udział miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   8) wypadku spowodowanego przez Dziecko Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Dziecko Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   9) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   10) wypadku lotniczego, jeżeli Dziecko Ubezpieczonego nie było pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   11) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 - F99).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 22 grudnia 2017 roku.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Osierocenia Dziecka Ubezpieczonego (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 9, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 3, 5, 9, 17, 18, 20 i 24 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 9, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 20, 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 16, 17, 18, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 7, 8, 12, 13, 16, 19 i 26 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK OSIEROCENIA DZIECKA UBEZPIECZONEGO

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Kod warunków: UG_ODZI/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Osierocenia Dziecka Ubezpieczonego, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Osierocenia Dziecka Ubezpieczonego.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Dziecko** - dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ma ukończonego 18. roku życia, a w przypadku kontynuacji nauki nie ma ukończonego 25. roku życia.
2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętym ochroną, jest śmierć Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, skutkująca osieroceniem Dziecka Ubezpieczonego.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku śmierci Ubezpieczonego skutkująca osieroceniem Dziecka Ubezpieczonego, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie również potwierdzona w Certyfikacie.
2. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu osierocenia Dziecka wskutek śmierci Ubezpieczonego jest Dziecko Ubezpieczonego, a jeśli nie osiągnęło pełnoletności Przedstawiciel ustawowy Dziecka Ubezpieczonego. Prawo do świadczenia z tytułu osierocenia Dziecka wskutek śmierci Ubezpieczonego przysługuje każdemu żyjącemu w dniu śmierci Ubezpieczonego Dziecku, o ile umyślnie nie przyczyniło się do śmierci Ubezpieczonego.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu osierocenia Dziecka wskutek śmierci Ubezpieczonego jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   1) odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
   2) odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka Ubezpieczonego;
   3) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka Osierocenia Dziecka Ubezpieczonego, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

1¹. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej

niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Postanowienie ma wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie Karencja.

1[2]. Postanowienia ust. 1[1] mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.

2. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.

3. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Osierocenia Dziecka wskutek śmierci Ubezpieczonego, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku:

1) samobójstwa dokonanego w ciągu 2 lat od daty początku Okresu ubezpieczenia;
2) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
3) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
4) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
5) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Rodziców Ubezpieczonego (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 20 Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2 i 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 9, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2 i 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 3, 5, 9, 17, 18, 20 i 24 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2 i 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 9, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 20, 21 i 27 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2 i 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 16, 17, 18, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 5, 8, 9, 12, 13, 16, 19 i 26 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICÓW UBEZPIECZONEGO

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Kod warunków: UG_SR/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Rodziców Ubezpieczonego, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia, o ryzyko na wypadek śmierci Rodziców Ubezpieczonego.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Rodzic** - ojciec lub matka Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a w przypadku przysposobienia Ubezpieczonego - osoba, która dokonała jego przysposobienia a także Ojczym lub Macocha Ubezpieczonego, jeżeli nie żyje ojciec lub matka Ubezpieczonego;
   2) **Macocha** - aktualna żona ojca Ubezpieczonego, nie będącą biologiczną matką Ubezpieczonego oraz wdowa po ojcu Ubezpieczonego, nie będąca biologiczną matką Ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;
   3) **Ojczym** - aktualny mąż matki Ubezpieczonego, nie będący biologicznym ojcem Ubezpieczonego oraz wdowiec po matce Ubezpieczonego, nie będący biologicznym ojcem Ubezpieczonego, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński.
2. Pozostałym określeniom, użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną, jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego, w Okresie ubezpieczenia, śmierci Rodzica Ubezpieczonego.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku śmierci Rodzica, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie również potwierdzona w Certyfikacie.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
3. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Rodzica jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   1) Odpisu skróconego aktu zgonu Rodzica;
   2) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego wydanego przez lekarza określającego przyczynę zgonu – dobrowolnie, jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
   3) dokumentu, stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń, przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia, może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka śmierci Rodzica, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

1[1]. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Postanowienie ma wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie Karencja.

1[2]. Postanowienia ust. 1[1] mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.

2. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.

3. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Rodzica, która nastąpiła w wyniku:
   1) samobójstwa popełnionego przez Rodzica Ubezpieczonego w ciągu 2 lat od Pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia;
   2) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Rodzica Ubezpieczonego, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   3) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   4) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   5) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Rodzica Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Rodziców Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 20 Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2 i 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 8, 9, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2 i 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 3, 5, 8, 9, 17, 18, 20 i 24 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2 i 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 9, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 20, 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2 i 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 16, 17, 18, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 7, 8, 12, 13, 16, 19 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICÓW UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Kod warunków: UG_SRNW/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Rodziców Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ochrony w Umowie ubezpieczenia o ryzyko śmierci Rodziców Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Rodzic** - ojciec lub matka Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, a w przypadku przysposobienia Ubezpieczonego - osoba, która dokonała jego przysposobienia a także Ojczym lub Macocha Ubezpieczonego, jeżeli nie żyje ojciec lub matka Ubezpieczonego;
   2) **Macocha** - aktualna żona ojca Ubezpieczonego, nie będącą biologiczną matką Ubezpieczonego oraz wdowa po ojcu Ubezpieczonego, nie będąca biologiczną matką Ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;
   3) **Ojczym** - aktualny mąż matki Ubezpieczonego, nie będący biologicznym ojcem Ubezpieczonego oraz wdowiec po matce Ubezpieczonego, nie będący biologicznym ojcem Ubezpieczonego, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński.
2. Pozostałym określeniom, użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego śmierci Rodzica Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie ryzyka śmierci Rodzica Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku wygasa zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień niniejszych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku śmierci Rodzica Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci jednorazowe Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
   1) śmierć Rodzica Ubezpieczonego miała miejsce w Okresie ubezpieczenia;
   2) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci Rodzica Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
   3) śmierć Rodzica Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
   4) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Rodzica istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
4. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Rodzica Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   1) odpisu skróconego aktu zgonu Rodzica Ubezpieczonego;
   2) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego wydanego przez lekarza określającego przyczynę zgonu;
   3) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
   4) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Przyokopowej 33, 01-208 Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000292551, posiadająca numer REGON 141186640 i numer NIP 107-00-08-220, kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości wpłacony wynosi 95 500 000 zł.

3. Towarzystwo Ubezpieczeń, przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia, może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Rodzica wskutek Nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła w wyniku:
   1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Rodzica Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   4) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Rodzica Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   5) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   6) Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także 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 nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   7) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
   8) wypadku spowodowanego przez Rodzica Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Rodzica Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   9) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   10) wypadku lotniczego, jeżeli Rodzic Ubezpieczonego nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   11) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 - F99).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 22 grudnia 2017 roku.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Teściów Ubezpieczonego (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 5, 14, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 9, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 3, 5, 9, 17, 18, 20 i 24 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 9, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 20, 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 16, 17, 18, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 7, 8, 12, 13, 16, 19 i 26 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI TEŚCIÓW UBEZPIECZONEGO

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Kod warunków: UG_STU/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Teściów Ubezpieczonego, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia, o ryzyko na wypadek śmierci Teściów Ubezpieczonego.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Małżonek** - osoba fizyczna, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   2) **Partner** - niespokrewniona z Ubezpieczonym osoba fizyczna pozostająca w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo domowe, o ile dana osoba została wskazana jako Partner w Deklaracji zgody Ubezpieczonego. Wskazanie może być w każdym czasie odwołane, a zmienione jedynie ze skutkiem na Rocznicę Umowy ubezpieczenia. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Partnera nie uważa się:
      a) osoby, która pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
      b) każdej innej osoby - w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   3) **Teść** - ojciec lub matka Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, a w przypadku przysposobienia Małżonka bądź Partnera – osoba, która dokonała jego przysposobienia a także ojczym lub macocha Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, o ile nie żyje ojciec lub matka Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego;
   4) **Macocha** - aktualna żona ojca Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, nie będąca biologiczną matką Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego oraz wdowa po ojcu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, nie będąca biologiczną matką Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;
   5) **Ojczym** - aktualny mąż matki Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, nie będący biologicznym ojcem Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego oraz wdowiec po matce Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, nie będący biologicznym ojcem Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński.
2. Pozostałym określeniom, użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną, jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego, w Okresie ubezpieczenia, śmierci Teścia Ubezpieczonego.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku śmierci Teścia, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie również potwierdzona w Certyfikacie.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
3. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Przyokopowej 33, 01-208 Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000292551, posiadająca numer REGON 141186640 i numer NIP 107-00-08-220, kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości wpłacony wynosi 95 500 000 zł.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Teścia jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   1) odpisu skróconego aktu zgonu Teścia;
   2) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego wydanego przez lekarza określającego przyczynę zgonu – dobrowolnie, jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
   3) odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego z Małżonkiem;
   4) dokumentu, stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń, przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia, może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka śmierci Teścia, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

1¹. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Postanowienie ma wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie Karencja.

1². Postanowienia ust. 1¹ mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.

2. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Teścia, która nastąpiła w wyniku:
   1) samobójstwa popełnionego przez Teścia Ubezpieczonego w ciągu 2 lat od Pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia;
   2) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Teścia Ubezpieczonego, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   3) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   4) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   5) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Teścia czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Teściów Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 5, 14, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 8, 9, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 3, 5, 8, 9, 17, 18, 20 i 24 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 8, 9, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 20, 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 16, 17, 18, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 7, 8, 12, 13, 16, 19 i 26 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI TEŚCIÓW UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Kod warunków: UG_STNW/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Teściów Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ochrony w Umowie ubezpieczenia o ryzyko śmierci Teściów Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Małżonek** - osoba fizyczna, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   2) **Partner** - niespokrewniona z Ubezpieczonym osoba fizyczna pozostająca w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo domowe, o ile dana osoba została wskazana jako Partner w Deklaracji zgody Ubezpieczonego. Wskazanie może być w każdym czasie odwołane, a zmienione jedynie ze skutkiem na Rocznicę Umowy ubezpieczenia. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Partnera nie uważa się:
      a) osoby, która pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
      b) każdej innej osoby - w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   3) **Teść** - ojciec lub matka Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, a w przypadku przysposobienia Małżonka bądź Partnera – osoba, która dokonała jego przysposobienia a także ojczym lub macocha Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, o ile nie żyje ojciec lub matka Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego;
   4) **Macocha** - aktualna żona ojca Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, nie będąca biologiczną matką Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego oraz wdowa po ojcu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, nie będąca biologiczną matką Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;
   5) **Ojczym** - aktualny mąż matki Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, nie będący biologicznym ojcem Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego oraz wdowiec po matce Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, nie będący biologicznym ojcem Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, o ile nie wstąpił ponownie w związek małżeński.
2. Pozostałym określeniom, użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego śmierci Teścia Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie ryzyka śmierci Teścia Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku wygasa zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień niniejszych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku śmierci Teścia Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci jednorazowe Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
   1) śmierć Teścia Ubezpieczonego miała miejsce w Okresie ubezpieczenia;
   2) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci Teścia Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;

Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Przyokopowej 33, 01-208 Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000292551, posiadająca numer REGON 141186640 i numer NIP 107-00-08-220, kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości wpłacony wynosi 95 500 000 zł.

3) śmierć Teścia Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
4) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Teścia istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy.

3. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
4. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Teścia Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   1) odpisu skróconego aktu zgonu Teścia Ubezpieczonego;
   2) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego wydanego przez lekarza określającego przyczynę zgonu;
   3) odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego z Małżonkiem;
   4) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
   5) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń, przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia, może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Teścia Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła w wyniku:
   1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Teścia Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   4) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Teścia Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   5) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   6) Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także 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 nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   7) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
   8) wypadku spowodowanego przez Teścia Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Teścia Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   9) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   10) wypadku lotniczego, jeżeli Teść Ubezpieczonego nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   11) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 - F99).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 22 grudnia 2017 roku.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Urodzenia się Dziecka lub Urodzenia się martwego dziecka Ubezpieczonego (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 20 Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 9, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 3, 5, 9, 17, 18, 20 i 24 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 9, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 20, 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 6, 9, 17, 18, 20, 22, 24, 26 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 6 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Przyokopowej 33, 01-208 Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000292551, posiadająca numer REGON 141186640 i numer NIP 107-00-08-220, kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości wpłacony wynosi 95 500 000 zł.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK URODZENIA SIĘ DZIECKA LUB URODZENIA SIĘ MARTWEGO DZIECKA UBEZPIECZONEGO

Ze zmianami uzgodnionymi przez
Strony umowy ubezpieczenia
Kod warunków: UG_UDZI/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Urodzenia się Dziecka lub Urodzenia się martwego dziecka Ubezpieczonego, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko na wypadek Urodzenia się Dziecka lub Urodzenia się martwego dziecka Ubezpieczonego.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Urodzenie się dziecka** - urodzenie się żywego dziecka Ubezpieczonego, pod warunkiem, że jest potwierdzone aktem urodzenia wydanym przez Urząd stanu Cywilnego, w którym Ubezpieczony jest wskazany jako rodzic. Przez Urodzenie się dziecka należy rozumieć także całkowite nierozerwalne przysposobienie dziecka przez Ubezpieczonego, o ile przysposobienie to zostało stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu;
   2) **Urodzenie się martwego dziecka** - urodzenie się martwego dziecka, potwierdzone aktem urodzenia wydanym przez Urząd stanu Cywilnego, w którym Ubezpieczony jest wskazany jako rodzic.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętym ochroną, jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego, w Okresie ubezpieczenia:
   1) Urodzenia się dziecka Ubezpieczonego;
   2) Urodzenia się martwego dziecka Ubezpieczonego.
2. Za datę zajścia zdarzenia w przypadku Urodzenia się dziecka Ubezpieczonego uważa się datę urodzenia się dziecka potwierdzoną aktem urodzenia. W przypadku przysposobienia dziecka przez Ubezpieczonego za datę zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego uważa się datę uprawomocnienia się postanowienia orzekającego o przysposobieniu dziecka przez Ubezpieczonego.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Urodzenia się Dziecka lub odpowiednio Urodzenia się martwego dziecka Ubezpieczonego, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie również potwierdzona w Certyfikacie. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe za każde Urodzenie się dziecka lub odpowiednio każde Urodzenie się martwego dziecka.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
3. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Urodzenia się dziecka lub odpowiednio Urodzenia się martwego dziecka jest zgłoszenie przez Ubezpieczonego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   1) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka lub odpisu nowego skróconego aktu urodzenia oraz prawomocnego orzeczenia sądu opiekuńczego o przysposobieniu dziecka, w którym Ubezpieczony został wskazany jako rodzic– w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Urodzenia się dziecka;

Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Przyokopowej 33, 01-208 Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000292551, posiadająca numer REGON 141186640 i numer NIP 107-00-08-220, kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości wpłacony wynosi 95 500 000 zł.

2) odpisu skróconego aktu urodzenia martwego dziecka w którym Ubezpieczony został wskazany jako rodzic – w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Urodzenia się martwego dziecka;
3) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.

2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń, udziela ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu w zakresie Urodzenia się dziecka i Urodzenia się martwego dziecka - z zastosowaniem 9-miesięcznego okresu obniżenia sumy ubezpieczenia (dalej: okres ograniczonej odpowiedzialności), liczonego od pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia. W okresie ograniczonej odpowiedzialności Towarzystwo Ubezpieczeń ponosi odpowiedzialność za Zdarzenie ubezpieczeniowe, ograniczoną do wypłaty 5% sumy ubezpieczenia.

1¹. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, do okresu ograniczonej odpowiedzialności wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie ograniczonej odpowiedzialności, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Postanowienie ma wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie okres ograniczonej odpowiedzialności.

1². Postanowienia ust. 1¹ mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.

2. W przypadku zmiany Wariantu ochrony związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, w okresie pierwszych 9 miesięcy, liczonych od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony, jest ograniczona do wypłaty Świadczenia Ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony). Postanowienia określone w zdaniu poprzednim nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Ciężkiej choroby Ubezpieczonego (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 20 Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 2 - 38 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 3, 5, 17, 18, 20 i 24 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 9, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 20, 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 12, 16, 18, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 7, 8, 12, 13, 16, 19 i 24 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY UBEZPIECZONEGO

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Kod warunków: UG_CH/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. **Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Ciężkiej choroby Ubezpieczonego**, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o Ciężką chorobę Ubezpieczonego.
2. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia na podstawie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia może obejmować jeden z następujących wariantów:
   1) wariantu standardowego;
   2) wariantu plus,

   Katalog Ciężkich chorób wchodzących w zakres danego wariantu jest określony w § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia.
3. Warianty, o których mowa w ust. 2 powyżej, wynikają z Wariantu ochrony wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Ciężka choroba** - jedna z wymienionych w pkt 2 - 38 chorób Ubezpieczonego, która po raz pierwszy Wystąpiła w Okresie ubezpieczenia;
   2) **Wystąpienie Ciężkiej choroby** -
      a) data diagnozy lub data postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza - w przypadku Ciężkich chorób wymienionych w ust. 1 pkt 3 - 17, pkt 23 - 38,
      b) data przeprowadzenia procedury medycznej - w przypadku Ciężkich chorób wymienionych w ust. 1 pkt 18 - 22;
   3) **Nowotwór złośliwy (rak)** - obecność guza składającego się z komórek złośliwych, charakteryzującego się ich niekontrolowanym namnażaniem się w organizmie, z naciekaniem i niszczeniem sąsiadującej tkanki lub powstaniem przerzutów odległych. Nowotwór obejmuje również białaczkę, chłoniaki i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina) oraz czerniaki złośliwe w stopniu zaawansowania wg klasyfikacji TNM wyższym niż IB. Podstawą rozpoznania musi być wynik badania histopatologicznego i potwierdzony przez lekarza odpowiedniej specjalności. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za nowotwór złośliwy (raka) nie uważa się:
      a) guzów łagodnych lub stanów przednowotworowych,
      b) guzów przedinwazyjnych i guzów „in situ" („tumours in situ", Tis*),
      c) dysplazji szyjki macicy CIN I-III,
      d) raka pęcherza moczowego stadium Ta*,
      e) raka tarczycy brodawkowatego i pęcherzykowatego zdiagnozowanego histologicznie jako T1a* (guz, którego średnica nie przekracza 1 cm), chyba że istnieją przerzuty do węzłów chłonnych lub narządów odległych,
      f) przewlekłej białaczki limfatycznej (Chronic lymphatic leukaemia, CLL),
      g) wszelkich guzów skóry niewspomnianych w części wstępnej definicji,
      h) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV bądź AIDS,
      i) raka gruczołu krokowego, zdiagnozowanego histopatologicznie jako T1N0M0;

   * Według międzynarodowej klasyfikacji TNM.
   4) **Zawał serca (zawał mięśnia sercowego)** - obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia. Diagnoza musi być oparta na trzech lub więcej z niżej podanych pięciu kryteriów, które są podstawą rozpoznania świeżego zawału mięśnia sercowego:
      a) stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
      b) świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
      c) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu frakcji mięśniowej enzymu - kinazy kreatyninowej,
      d) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu Troponiny (T lub I),
      e) świeże zaburzenie kurczliwości mięśnia sercowego (hipokineza).

      Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stabilną i niestabilną chorobę wieńcową.
   5) **Udar mózgu** - nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmózgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych i utrzymujące się przez okres co najmniej 6 tygodni od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone: obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR). W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Udar mózgu nie uważa się:
      a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
      b) uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem;
   6) **Niewydolność nerek** - przewlekła, nieodwracalna niewydolność obu nerek, skutkująca koniecznością regularnej hemodializy lub dializy otrzewnowej, lub przeszczepu nerki. Diagnoza powinna zostać postawiona przez specjalistę nefrologa;

7) **Choroby tropikalne** - rozpoznanie którejkolwiek z następujących chorób: żółta gorączka, gorączka Denga, gorączka Assam, gorączka Lassa, gorączka Ebola, gorączka Marburg, choroba Chagasa, cholera, dżuma, schistosomatoza, śpiączka afrykańska, arbowirusowe zapalenie mózgu, filarioza. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez ośrodki medyczne specjalizujące się w ich diagnozowaniu;
8) **Przewlekłe zapalenie wątroby** - przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby, spowodowane zakażeniem wirusem HBV lub HCV, w którym wyznaczniki laboratoryjne uszkodzenia wątroby oraz wskaźniki immunologiczne i wirusologiczne aktywnego zakażenia utrzymują się ponad 6 miesięcy; stopień aktywności zapalnej ocenionej w badaniu histopatologicznym ma wartość nie mniejszą niż 3 w skali od 0 do 4, a zasięg włóknienia oceniony w badaniu histopatologicznym ma wartość nie mniejszą niż 2 w skali od 0 do 4;
9) **Zaawansowany stan otępienny (w tym choroba Alzheimera)** - postępujący proces spowodowany znacznym ubytkiem neuronów, w którym oprócz osłabienia funkcji poznawczych (pamięci, uwagi, zdolności myślenia abstrakcyjnego, itd.) występują zaburzenia wyższych czynności korowych (mowy, rozpoznawania znanych wcześniej przedmiotów, wykonywania wyuczonych czynności celowych, itd.). Choroba musi spowodować: uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali MMSE (Mini-Mental Status Examination) oraz niemożność wykonywania przez osobę Ubezpieczonego minimum trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:
   a) poruszania się w domu - poruszania się pomiędzy pomieszczeniami w domu bez konieczności pomocy osoby drugiej,
   b) kontrolowania czynności fizjologicznych - samokontroli w zakresie oddawania kału i moczu oraz utrzymywanie higieny osobistej,
   c) ubierania się - samodzielnego ubierania i rozbierania się bez konieczności pomocy osoby drugiej,
   d) mycia i toalety - samodzielnego wykonywania czynności związanych z myciem i higieną osobistą bez konieczności pomocy osoby drugiej,
   e) jedzenia - wszystkich czynności związanych z samodzielnym jedzeniem gotowych posiłków;
10) **Anemia aplastyczna** - przewlekła i nieodwracalna niewydolność szpiku, powodująca łączne wystąpienie: spadku liczby krwinek czerwonych, krwinek białych i płytek krwi, która powoduje konieczność regularnego przyjmowania leków immunosupresyjnych, stymulujących odnowę szpiku kostnego lub przeszczepu szpiku kostnego. Rozpoznanie musi być oparte na wyniku badania histopatologicznego szpiku kostnego (trepanobiopsja). Zakres ubezpieczenia leczenia nie obejmuje anemii aplastycznej będącej chorobą wrodzoną lub skutkiem chemioterapii lub radioterapii nowotworów;
11) **Stwardnienie rozsiane** - choroba, u której podłoża leży demielinizacja włókien nerwowych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie choroby, postawione przez lekarza neurologa, musi być potwierdzone:
   a) istnieniem trwałych deficytów neurologicznych z ewidentnymi zaburzeniami ruchowymi, utrzymującymi się stale przez okres 6 miesięcy i
   b) wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego, badaniem rezonansu magnetycznego (MRI), potwierdzającym istnienie rozsianych ognisk demielinizacji w ośrodkowym układzie nerwowym;
12) **Utrata wzroku** - całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obojgu oczach, spowodowana Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem. Diagnoza całkowitej utraty wzroku winna być postawiona przynajmniej sześć miesięcy po rozpoczęciu konkretnego schorzenia bądź zaistnieniu wypadku. Diagnoza musi być potwierdzona przez lekarza specjalistę w dziedzinie okulistyki. Ostrość wzroku w obojgu oczach po korekcji w teście przy użyciu tablicy Snellena musi wynosić 3/60 lub mniej;
13) **Oparzenie trzeciego stopnia** - poparzenie trzeciego stopnia co najmniej 20% powierzchni ciała. Rozpoznanie musi być postawione przez lekarza specjalistę i stwierdzać stopień i zakres oparzenia, zgodnie z obowiązującymi standardami klinicznymi ich określania;
14) **Zakażenie wirusem HIV** - tylko takie zakażenie, które jest:
   a) powikłaniem transfuzji krwi lub produktów krwiopochodnych, wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej u osoby nie chorującej na hemofilię,
   b) następstwem wykonywania obowiązków zawodowych, pod warunkiem, że ubezpieczony przedstawi ujemny wynik testu na obecność wirusa HIV lub przeciwciał skierowanych przeciwko temu wirusowi, wykonanego w ciągu 5 dni po zgłoszonym zdarzeniu i w organizmie ubezpieczonego wykazana zostanie obecność wirusa HIV lub przeciwciał anty-HIV w okresie 12 miesięcy po zdarzeniu;
15) **Ostra niewydolność wątroby** - potencjalnie odwracalna, nagła, postępująca dysfunkcja wątroby nie związana z zakażeniem wirusowym, charakteryzująca się wystąpieniem zaburzeń świadomości, zaburzeń krzepnięcia krwi i żółtaczki w ciągu maksymalnie 4 tygodni od dnia początku objawów;
16) **Śpiączka** - stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby naturalne, utrzymujący się przez okres co najmniej 96 godzin, wymagający intubacji i mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia. Skutkiem tego stanu, musi być dodatkowo zaistnienie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni od momentu wystąpienia utraty przytomności i nie rokującego możliwości poprawy. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje śpiączki farmakologicznej;
17) **Paraliż (Porażenie, Plegia)** - całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji w dwóch lub więcej kończynach, spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą. Niedowład musi mieć charakter nie rokujący poprawy i występować przez okres minimum 3 miesięcy. Roz-

poznanie i zakres zmian musi być potwierdzone przez lekarza neurologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychologicznymi lub psychiatrycznymi;

18) **Choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego (by-pass)** - operacja kardiochirurgiczna wymagająca torakotomii, mająca na celu korektę zwężenia lub niedrożności w jednej lub kilku tętnicach wieńcowych poprzez wszczepienie pomostów naczyniowych. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za chorobę wieńcową wymagającą leczenia operacyjnego (by-pass) nie uważa się zabiegów wewnątrznaczyniowych;

19) **Przeszczep narządów** - przebycie przez Ubezpieczonego, w charakterze biorcy, operacji przeszczepu głównego organu (serca, wątroby, płuca, szpiku kostnego bądź całej trzustki). Ochroną ubezpieczeniową objęte jest także potwierdzenie przyjęcia Ubezpieczonego na oficjalną krajową listę oczekujących na jeden z przeszczepów objętych niniejszą definicją. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za przeszczep narządów nie uważa się: przeszczepu wymaganego z tytułu uczestnictwa Ubezpieczonego jako dawcy w dowolnym programie dawcy żywych organów (nerka, wątroba, szpik kostny itp.), wybiórczej transplantacji komórek trzustkowych Langerhansa, przeszczepu części narządów, tkanek lub komórek;

20) **Przezskórna interwencja wieńcowa (PCI)** - procedura terapeutyczna choroby niedokrwiennej serca (choroby wieńcowej), polegająca na likwidacji (lub próbie likwidacji) zwężenia lub niedrożności w jednej lub w kilku tętnicach wieńcowych za pomocą zabiegu, polegającego na przezskórnym poszerzeniu tętnicy wieńcowej przy użyciu balonu, cewnika, lasera lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczynia;

21) **Operacja zastawek serca** - przeprowadzona na otwartym sercu z otwarciem klatki piersiowej, wymiana lub naprawa chorobowo zmienionej jednej lub więcej zastawek serca. Konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez lekarza kardiologa i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych. Operacje wykonane przy użyciu technik śródnaczyniowych są wykluczone z zakresu ubezpieczenia;

22) **Operacja aorty** - operacja chirurgiczna tętniaka, koarktacji lub rozwarstwienia aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii, polegająca na usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej graftem. W rozumieniu niniejszej definicji za aortę uważa się aortę piersiową i brzuszną, z wykluczeniem jej odgałęzień. Metody chirurgiczne stosujące mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym przezskórne operacje naprawcze nie są objęte zakresem ubezpieczenia;

23) **Utrata kończyn** - amputacja co najmniej dwóch kończyn będąca skutkiem choroby lub wypadku, na poziomie stawu skokowego lub powyżej w przypadku kończyny dolnej lub na poziomie nadgarstków lub powyżej w przypadku kończyny górnej;

24) **Sepsa** - zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną i charakteryzującym się obecnością drobnoustrojów we krwi, prowadzący do niewydolności przynajmniej jednego narządu, wymagająca leczenia na OIOM. Przez Sepsę należy również rozumieć:
   a) przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy,
   b) sepsę wtórną do powikłań po operacjach chirurgicznych lub urazach.

   Rozpoznanie sepsy musi być potwierdzone dodatnim wynikiem posiewu krwi w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie;

25) **Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu** - choroba wirusowa przenoszona przez kleszcze, przebiegająca z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi koniecznością leczenia szpitalnego, potwierdzona badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego; rozpoznanie choroby powinno być potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 84) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 i podane w karcie wypisu ze szpitala;

26) **Tężec** - ostra choroba zakaźna wywołana przez laseczki tężca, występująca w postaci uogólnionej o ciężkim przebiegu i wymagająca leczenia w warunkach OIOM. Rozpoznanie powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. Zakres ochrony nie obejmuje tężca w postaci lekkiej, miejscowej, mózgowej;

27) **Dystrofia mięśniowa** - choroba charakteryzująca się zmianami we włóknach mięśniowych i tkance łącznej mięśni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa w oparciu o stwierdzenie wszystkich następujących kryteriów:
   a) osłabienie i zaniki mięśni z osłabieniem odruchów ścięgnowych bez zaburzeń czucia z prawidłowym obrazem płynu mózgowo-rdzeniowego,
   b) typowy obraz elektromiograficzny,
   c) rozpoznanie kliniczne potwierdzone wynikiem biopsji mięśni;

28) **Schyłkowa niewydolność wątroby** - schyłkowa postać przewlekłej choroby (marskości) wątroby powodująca co najmniej jeden z poniższych objawów:
   a) wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
   b) trwała żółtaczka,
   c) żylaki przełyku,
   d) encefalopatia wrotna;

29) **Wścieklizna** - ostra choroba zakaźna wywołana przez wirus Lyssa przebiegająca pod postacią ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, w którym wg opinii lekarza specjalisty spełnione są co najmniej dwa z następujących kryteriów:
   a) zmiany czuciowe w miejscu pokąsania przez zwierzę,
   b) niedowład lub porażenie,

c) skurcze mięśni przełyku,
d) wodowstręt,
e) majaczenie,
f) drgawki.

Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone jedną z następujących metod laboratoryjnych:

a) izolacja wirusa Lyssa z materiału klinicznego, wykrycie materiału genetycznego wirusa Lyssa w materiale klinicznym,
b) wykrycie antygenu wirusa Lyssa metodą immunofluorescencji bezpośredniej w materiale klinicznym,
c) potwierdzenie obecności swoistych przeciwciał przeciwko wirusowi Lyssa w surowicy krwi lub płynie mózgowo- rdzeniowym;

30) **Pierwotne nadciśnienie płucne** - choroba przebiegająca ze skurczem naczyń w krążeniu płucnym, prowadzącym do podwyższenia ciśnienia krwi w krążeniu płucnym oraz skłonnością do nadmiernego wykrzepiania krwi, objawiająca się klinicznie niewydolnością serca i skutkująca trwałą utratą zdolności do wysiłku co najmniej III stopnia wg WHO. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza specjalistę kardiologa. Zakres ochrony nie obejmuje nadciśnienia płucnego wtórnego od jakiejkolwiek innej przyczyny;

31) **Utrata mowy** - całkowita i nieodwracalna, niemożliwa do skorygowania leczeniem, utrata zdolności mowy trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Dokumentacja medyczna musi być potwierdzona właściwą konsultacją specjalisty (laryngolog) i potwierdzać uraz lub chorobę strun głosowych. Wykluczone są przypadki, gdzie powodem utraty mowy są przyczyny psychiczne. Utrata mowy oznacza niemożność artykułowania zrozumiałych słów lub zrozumiale mówionego języka;

32) **Utrata możliwości samodzielnej egzystencji** - Rozpoznanie niezdolności do samodzielnej egzystencji wymaga stwierdzenia przez lekarza trwałej i bezpowrotnej utraty zdolności do wykonywania co najmniej trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:

a) samodzielnego poruszania się w domu rozumianego jako poruszanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu bez konieczności pomocy osoby drugiej. Poruszanie traktuje się jako samodzielne, jeśli może odbywać się wyłącznie przy pomocy wózka, balkonika lub innych urządzeń,
b) kontrolowania oddawania moczu lub kału,
c) samodzielnego dbania o higienę osobistą,
d) samodzielnego ubierania i rozbierania się,
e) samodzielnego spożywania posiłków rozumianego jako wykonywanie wszystkich czynności związanych z samodzielnym spożywaniem przygotowanych posiłków (jedzenie i picie);

33) **Choroba Parkinsona** - oznacza przewlekłe schorzenie układu pozapiramidowego, spowodowane pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę, którego następstwem jest wystąpienie co najmniej dwóch z trzech klasycznych objawów osiowych choroby, tj. drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, plastycznego wzmożenia napięcia mięśniowego (sztywności mięśniowej), zmniejszających się po zastosowaniu leków stymulujących układ dopaminergiczny, zwłaszcza lewodopy. Wykluczony z odpowiedzialności jest parkinsonizm objawowy i zespoły parkinsonowskie. Przez zespoły parkinsonowskie należy rozumieć stany objawowe charakterystyczne dla Choroby Parkinsona, różniące się od niej odmienną etiologią. Przez parkinsonizm objawowy (wtórny) należy rozumieć zespół objawów charakterystycznych dla choroby Parkinsona, towarzyszący innym chorobom. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Chorobę Parkinsona uważa się tylko taką Chorobę, która wymaga stwierdzenia przez lekarza trwałej i bezpowrotnej utraty zdolności do wykonywania co najmniej trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:

a) samodzielnego poruszania się w domu rozumianego jako poruszanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu bez konieczności pomocy osoby drugiej. Poruszanie traktuje się jako samodzielne, jeśli może odbywać się wyłącznie przy pomocy wózka, balkonika lub innych urządzeń,
b) kontrolowania oddawania moczu lub kału,
c) samodzielnego dbania o higienę osobistą,
d) samodzielnego ubierania i rozbierania się,
e) samodzielnego spożywania posiłków rozumianego jako wykonywanie wszystkich czynności związanych z samodzielnym spożywaniem przygotowanych posiłków (jedzenie i picie);

34) **Choroba neuronu ruchowego** - postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego spowodowana wybiórczym uszkodzeniem neuronów ruchowych - obwodowego i ośrodkowego. Podstawą rozpoznania postawionego przez specjalistę w zakresie neurologii jest obraz kliniczny i wynik badania elektromiografii (EMG). W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Chorobę neuronu ruchowego uważa się tylko taką Chorobę, która wymaga stwierdzenia przez lekarza trwałej i bezpowrotnej utraty zdolności do wykonywania co najmniej trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:

a) samodzielnego poruszania się w domu rozumianego jako poruszanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu bez konieczności pomocy osoby drugiej. Poruszanie traktuje się jako samodzielne, jeśli może odbywać się wyłącznie przy pomocy wózka, balkonika lub innych urządzeń,
b) kontrolowania oddawania moczu lub kału,
c) samodzielnego dbania o higienę osobistą,
d) samodzielnego ubierania i rozbierania się,
e) samodzielnego spożywania posiłków rozumianego jako wykonywanie wszystkich czynności związanych z samodzielnym spożywaniem przygotowanych posiłków (jedzenie i picie);

35) **Bąblowiec mózgu** - oznacza usuniętą chirurgicznie zmianę w mózgu, składającą się z pojedynczych lub mnogich larw typu echinococcus (pęcherz bąblowcowy), potwierdzoną w rozpoznaniu histopatologicznym;

36) **Choroba Huntingtona** - oznacza postępującą chorobę ośrodkowego układu nerwowego, rozpoznaną przez specjalistę w zakresie neurologii, w oparciu o dostępne w tym zakresie metody diagnostyczne;
37) **Utrata słuchu** - całkowita i nieodwracalna obuuszna utrata słuchu. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez specjalistę laryngologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków Utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
38) **Choroba Creutzfeldta-Jakoba** - klinicznie rozpoznana za życia Ubezpieczonego, przez specjalistę neurologa, choroba powodująca utratę zdolności do wykonywania co najmniej trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:
   a) samodzielnego poruszania się w domu rozumianego jako poruszanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu bez konieczności pomocy osoby drugiej. Poruszanie traktuje się jako samodzielne, jeśli może odbywać się wyłącznie przy pomocy wózka, balkonika lub innych urządzeń,
   b) kontrolowania oddawania moczu lub kału,
   c) samodzielnego dbania o higienę osobistą,
   d) samodzielnego ubierania i rozbierania się,
   e) samodzielnego spożywania posiłków rozumianego jako wykonywanie wszystkich czynności związanych z samodzielnym spożywaniem przygotowanych posiłków (jedzenie i picie).

2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia w wariancie standardowym obejmuje Wystąpienie Ciężkiej choroby Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia w postaci:
   1) Nowotwór złośliwy (rak);
   2) Zawał serca (zawał mięśnia sercowego);
   3) Udar mózgu;
   4) Niewydolność nerek;
   5) Choroby tropikalne;
   6) Przewlekłe zapalenie wątroby;
   7) Zaawansowany stan otępienny (w tym choroba Alzheimera);
   8) Anemia aplastyczna;
   9) Stwardnienie rozsiane;
   10) Utrata wzroku;
   11) Oparzenie trzeciego stopnia;
   12) Zakażenie wirusem HIV;
   13) Ostra niewydolność wątroby;
   14) Śpiączka;
   15) Paraliż;
   16) Choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego (by-pass);
   17) Przeszczep narządów;
   18) Przezskórna interwencja wieńcowa (PCI);
   19) Operacja zastawek serca;
   20) Operacja aorty;
   21) Utrata kończyn.
3. Zakres ubezpieczenia w wariancie plus obejmuje Wystąpienie Ciężkiej choroby Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia w postaci:
   1) Nowotwór złośliwy (rak);
   2) Zawał serca (zawał mięśnia sercowego);
   3) Udar mózgu;
   4) Niewydolność nerek;
   5) Choroby tropikalne;
   6) Przewlekłe zapalenie wątroby;
   7) Zaawansowany stan otępienny (w tym choroba Alzheimera);
   8) Anemia aplastyczna;
   9) Stwardnienie rozsiane;
   10) Utrata wzroku;
   11) Oparzenie trzeciego stopnia;
   12) Zakażenie wirusem HIV;
   13) Ostra niewydolność wątroby;
   14) Śpiączka;
   15) Paraliż;
   16) Choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego (by-pass);
   17) Przeszczep narządów;
   18) Przezskórna interwencja wieńcowa (PCI);
   19) Operacja zastawek serca;
   20) Operacja aorty;
   21) Utrata kończyn;
   22) Sepsa;
   23) Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu;
   24) Tężec;
   25) Dystrofia mięśniowa;
   26) Schyłkowa niewydolność wątroby;
   27) Wścieklizna;
   28) Pierwotne nadciśnienie płucne;
   29) Utrata mowy;
   30) Utrata możliwości samodzielnej egzystencji;
   31) Choroba Parkinsona;
   32) Choroba neuronu ruchowego;
   33) Bąblowiec mózgu;
   34) Choroba Huntingtona;
   35) Utrata Słuchu;
   36) Choroba Creutzfeldta-Jakoba.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Wystąpienia Ciężkiej choroby Ubezpieczonego, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie także potwierdzona w Certyfikacie
2. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach i na zasadach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
3. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Ciężkiej choroby Ubezpieczonego jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   1) dokumentacji medycznej z rozpoznaniem potwierdzającym Wystąpienie Ciężkiej choroby Ubezpieczonego;
   2) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie. Koszt takich badań ponosi Towarzystwo Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka Ciężkiej choroby Ubezpieczonego, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.

1¹. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Postanowienie ma wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie Karencja.

1². Postanowienia ust. 1¹ mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.

2. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 3 miesiące. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie Wystąpienia danej Ciężkiej choroby jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia ubezpieczeniowego. W przypadku Wystąpienia u Ubezpieczonego ponownie tej samej Ciężkiej choroby, Towarzystwo ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.
4. W przypadku Wystąpienia drugiej lub kolejnej Ciężkiej choroby w Okresie ubezpieczenia, kolejne Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, chyba że Ciężka choroba z medycznego punktu widzenia nie pozostaje w adekwatnym związku przyczynowo-skutkowym z Ciężką chorobą, z tytułu Wystąpienia której Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaciło Świadczenie ubezpieczeniowe.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Ciężkiej choroby, która Wystąpiła w wyniku:
   1) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   2) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   3) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   4) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   5) Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także 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 nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;

6) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
7) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
8) 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, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
9) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
10) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
11) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 - F99);
12) odmowy poddania się leczeniu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
13) Choroby pośrednio lub bezpośrednio wywołanej przez wirus HIV - nie dotyczy Ciężkiej choroby w postaci Zakażenia wirusem HIV.

6. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Wystąpienia Choroby tropikalnej, jeżeli:
   1) do jej Wystąpienia doszło w związku z pobytem Ubezpieczonego za granicą oraz
   2) Ubezpieczony nie posiadał przy wjeździe wszystkich szczepień wymaganych przez władze tego kraju na podstawie Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych lub nie potwierdził ich posiadania, o ile miało to wpływ na wystąpienie Choroby tropikalnej.
7. Towarzystwo Ubezpieczeń w okresie pierwszych 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli:
   1) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego prowadzono diagnostykę lub leczenie w kierunku Choroby, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej lub
   2) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego została zdiagnozowana Choroba, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej – dotyczy osób nie objętych ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia.
8. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Wystąpienie Ciężkiej choroby nastąpiło wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed pierwszym dniem Okresu ubezpieczenia – dotyczy osób nie objętych ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

Skorowidz informacji zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 5, 14, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 2 - 40 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 2, 39 i 40 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 3, 5, 17, 18, 20 i 24 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 39 i 40 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 9, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 19, 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 39 i 40 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 12, 16, 18, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 7, 8, 12, 13, 16, 19 i 26 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY MAŁŻONKA ALBO PARTNERA UBEZPIECZONEGO

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Kod warunków: UG_CHM/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. **Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego**, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o Ciężką chorobę Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego.
2. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia na podstawie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia może obejmować jeden z następujących wariantów:
   1) wariantu standardowego;
   2) wariantu plus,

   Katalog Ciężkich chorób wchodzących w zakres danego wariantu jest określony w § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia.
3. Warianty, o których mowa w ust. 2 powyżej, wynikają z Wariantu ochrony wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Ciężka choroba** - jedna z wymienionych w pkt 2 - 38 Chorób Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, która po raz pierwszy Wystąpiła w Okresie ubezpieczenia;
   2) **Wystąpienie Ciężkiej choroby** -
      a) data diagnozy lub data postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza - w przypadku Ciężkich chorób wymienionych w ust. 1 pkt 3 - 17, pkt 23 - 38,
      b) data przeprowadzenia procedury medycznej - w przypadku Ciężkich chorób wymienionych w ust. 1 pkt 18 - 22;
   3) **Nowotwór złośliwy (rak)** - obecność guza składającego się z komórek złośliwych, charakteryzującego się ich niekontrolowanym namnażaniem się w organizmie, z naciekaniem i niszczeniem sąsiadującej tkanki lub powstaniem przerzutów odległych. Nowotwór obejmuje również białaczkę, chłoniaki i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina) oraz czerniaki złośliwe w stopniu zaawansowania wg klasyfikacji TNM wyższym niż IB. Podstawą rozpoznania musi być wynik badania histopatologicznego i być potwierdzone przez lekarza odpowiedniej specjalności. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za nowotwór złośliwy (raka) nie uważa się:
      a) guzów łagodnych lub stanów przednowotworowych,
      b) guzów przedinwazyjnych i guzów „in situ" („tumours in situ", Tis*),
      c) dysplazji szyjki macicy CIN I-III,
      d) raka pęcherza moczowego stadium Ta*,
      e) raka tarczycy brodawkowatego i pęcherzykowatego zdiagnozowanego histologicznie jako T1a* (guz, którego średnica nie przekracza 1 cm), chyba że istnieją przerzuty do węzłów chłonnych lub narządów odległych,
      f) przewlekłej białaczki limfatycznej (Chronic lymphatic leukaemia, CLL),
      g) wszelkich guzów skóry niewspomnianych w części wstępnej definicji,
      h) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV bądź AIDS,
      i) raka gruczołu krokowego, zdiagnozowanego histopatologicznie jako T1N0M0;

   * Według międzynarodowej klasyfikacji TNM.
   4) **Zawał serca (zawał mięśnia sercowego)** - obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia. Diagnoza musi być oparta na trzech lub więcej z niżej podanych pięciu kryteriów, które są podstawą rozpoznania świeżego zawału mięśnia sercowego:
      a) stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
      b) świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
      c) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu frakcji mięśniowej enzymu - kinazy kreatyninowej,
      d) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu Troponiny (T lub I),
      e) świeże zaburzenie kurczliwości mięśnia sercowego (hipokineza).

      Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stabilną i niestabilną chorobę wieńcową;
   5) **Udar mózgu** - nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmózgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych i utrzymujące się przez okres co najmniej 6 tygodni od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone: obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR). W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Udar mózgu nie uważa się:
      a) epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),

b) uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem;

6) **Niewydolność nerek** - przewlekła, nieodwracalna niewydolność obu nerek, skutkująca koniecznością regularnej hemodializy lub dializy otrzewnowej, lub przeszczepu nerki. Diagnoza powinna zostać postawiona przez specjalistę nefrologa;
7) **Choroby tropikalne** - rozpoznanie którejkowiek z chorób: żółta gorączka, gorączka Denga, gorączka Assam, gorączka Lassa, gorączka Ebola, gorączka Marburg, choroba Chagasa, cholera, dżuma, schistosomatoza, śpiączka afrykańska, arbowirusowe zapalenie mózgu, filarioza. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez ośrodki medyczne specjalizujące się w ich diagnozowaniu;
8) **Przewlekłe zapalenie wątroby** - przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby, spowodowane zakażeniem wirusem HBV lub HCV, w którym wyznaczniki laboratoryjne uszkodzenia wątroby oraz wskaźniki immunologiczne i wirusologiczne aktywnego zakażenia utrzymują się ponad 6 miesięcy; stopień aktywności zapalnej ocenionej w badaniu histopatologicznym ma wartość nie mniejszą niż 3 w skali od 0 do 4, a zasięg włóknienia oceniony w badaniu histopatologicznym ma wartość nie mniejszą niż 2 w skali od 0 do 4;
9) **Zaawansowany stan otępienny (w tym choroba Alzheimera)** - postępujący proces spowodowany znacznym ubytkiem neuronów, w którym oprócz osłabienia funkcji poznawczych (pamięci, uwagi, zdolności myślenia abstrakcyjnego, itd.) występują zaburzenia wyższych czynności korowych (mowy, rozpoznawania znanych wcześniej przedmiotów, wykonywania wyuczonych czynności celowych, itd.). Choroba musi spowodować: uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali MMSE (Mini-Mental Status Examination) oraz niemożność wykonywania przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego minimum trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:
   a) poruszania się w domu - poruszania się pomiędzy pomieszczeniami w domu bez konieczności pomocy osoby drugiej,
   b) kontrolowania czynności fizjologicznych - samokontroli w zakresie oddawania kału i moczu oraz utrzymywanie higieny osobistej,
   c) ubierania się - samodzielnego ubierania i rozbierania się bez konieczności pomocy osoby drugiej,
   d) mycia i toalety - samodzielnego wykonywania czynności związanych z myciem i higieną osobistą bez konieczności pomocy osoby drugiej,
   e) jedzenia - wszystkich czynności związanych z samodzielnym jedzeniem gotowych posiłków;
10) **Anemia aplastyczna** - przewlekła i nieodwracalna niewydolność szpiku, powodująca łączne wystąpienie: spadku liczby krwinek czerwonych, krwinek białych i płytek krwi, która powoduje konieczność regularnego przyjmowania leków immunosupresyjnych, stymulujących odnowę szpiku kostnego lub przeszczepu szpiku kostnego. Rozpoznanie musi być oparte na wyniku badania histopatologicznego szpiku kostnego (trepanobiopsja). Zakres ubezpieczenia leczenia nie obejmuje anemii aplastycznej będącej chorobą wrodzoną lub skutkiem chemioterapii lub radioterapii nowotworów;
11) **Stwardnienie rozsiane** - choroba, u której podłoża leży demielinizacja włókien nerwowych w obrębie ośrodkowego układu nerwowego. Rozpoznanie choroby, postawione przez lekarza neurologa, musi być potwierdzone:
   a) istnieniem trwałych deficytów neurologicznych z ewidentnymi zaburzeniami ruchowymi, utrzymującymi się stale przez okres 6 miesięcy i
   b) wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego, oraz badaniem rezonansu magnetycznego (MRI), potwierdzającym istnienie rozsianych ognisk demielinizacji w ośrodkowym układzie nerwowym;
12) **Utrata wzroku** - całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obojgu oczach, spowodowana Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem. Diagnoza całkowitej utraty wzroku winna być postawiona przynajmniej sześć miesięcy po rozpoczęciu konkretnego schorzenia bądź zaistnieniu Nieszczęśliwego wypadku. Diagnoza musi być potwierdzona przez lekarza specjalistę w dziedzinie okulistyki. Ostrość wzroku w obojgu oczach po korekcji w teście przy użyciu tablicy Snellena musi wynosić 3/60 lub mniej;
13) **Oparzenie trzeciego stopnia** - poparzenie trzeciego stopnia co najmniej 20% powierzchni ciała. Rozpoznanie musi być postawione przez lekarza specjalistę i stwierdzać stopień i zakres oparzenia, zgodnie z obowiązującymi standardami klinicznymi ich określania;
14) **Zakażenie wirusem HIV** - tylko takie zakażenie, które jest:
   a) powikłaniem transfuzji krwi lub produktów krwiopochodnych, wykonanej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej u osoby nie chorującej na hemofilię,
   b) następstwem wykonywania obowiązków zawodowych, pod warunkiem, że uprawniony przedstawi ujemny wynik testu na obecność wirusa HIV lub przeciwciał skierowanych przeciwko temu wirusowi wykonanego w ciągu 5 dni po zgłoszonym zdarzeniu i w organizmie Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wykazana zostanie obecność wirusa HIV lub przeciwciał anty-HIV w okresie 12 miesięcy po zdarzeniu;
15) **Ostra niewydolność wątroby** - potencjalnie odwracalna, nagła, postępująca dysfunkcja wątroby nie związana z zakażeniem wirusowym, charakteryzująca się wystąpieniem zaburzeń świadomości, zaburzeń krzepnięcia krwi i żółtaczki w ciągu maksymalnie 4 tygodni od dnia początku objawów;
16) **Śpiączka** - stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby naturalne, utrzymujący się przez okres co najmniej 96 godzin, wymagający intubacji i mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia. Skutkiem tego stanu, musi być dodatkowo zaistnienie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni od momentu wystąpienia utraty przytomności i nie rokującego możliwości poprawy. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje śpiączki farmakologicznej;
17) **Paraliż (Porażenie, Plegia)** - całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji w dwóch lub więcej kończynach, spowodowana urazem lub chorobą. Niedowład musi mieć charakter nie rokujący poprawy i występować

przez okres minimum 3 miesięcy. Rozpoznanie i zakres zmian musi być potwierdzone przez Lekarza neurologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychologicznymi lub psychiatrycznymi;

18) **Choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego (by-pass)** - operacja kardiochirurgiczna wymagająca torakotomii, mająca na celu korektę zwężenia lub niedrożności w jednej lub kilku tętnicach wieńcowych poprzez wszczepienie pomostów naczyniowych. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za chorobę wieńcową wymagającą leczenia operacyjnego (by-pass) nie uważa się zabiegów wewnątrznaczyniowych;

19) **Przeszczep narządów** - przebycie przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, w charakterze biorcy, operacji przeszczepu głównego organu (serca, wątroby, płuca, szpiku kostnego bądź całej trzustki). Ochroną ubezpieczeniową objęte jest także potwierdzenie przyjęcia Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego na oficjalną krajową listę oczekujących na jeden z przeszczepów objętych niniejszą definicją. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za przeszczep narządów nie uważa się: przeszczepu wymaganego z tytułu uczestnictwa Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego jako dawcy w dowolnym programie dawcy żywych organów (nerka, wątroba, szpik kostny itp.), wybiórczej transplantacji komórek trzustkowych Langerhansa, przeszczepu części narządów, tkanek lub komórek;

20) **Przezskórna interwencja wieńcowa (PCI)** - procedura terapeutyczna choroby niedokrwiennej serca (choroby wieńcowej), polegająca na likwidacji (lub próbie likwidacji) zwężenia lub niedrożności w jednej lub w kilku tętnicach wieńcowych za pomocą zabiegu, polegającego na przezskórnym poszerzeniu tętnicy wieńcowej przy użyciu balonu, cewnika, lasera lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczynia;

21) **Operacja zastawek serca** - przeprowadzona na otwartym sercu z otwarciem klatki piersiowej, wymiana lub naprawa chorobowo zmienionej jednej lub więcej zastawek serca. Konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez lekarza kardiologa i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych. Operacje wykonane przy użyciu technik śródnaczyniowych są wykluczone z zakresu ubezpieczenia;

22) **Operacja aorty** - operacja chirurgiczna tętniaka, koarktacji lub rozwarstwienia aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii, polegająca na usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej graftem. W rozumieniu niniejszej definicji za aortę uważa się aortę piersiową i brzuszną, z wykluczeniem jej odgałęzień. Metody chirurgiczne stosujące mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym przezskórne operacje naprawcze nie są objęte zakresem ubezpieczenia;

23) **Utrata kończyn** - amputacja co najmniej dwóch kończyn będąca skutkiem choroby lub wypadku, na poziomie stawu skokowego lub powyżej w przypadku kończyny dolnej lub na poziomie nadgarstków lub powyżej w przypadku kończyny górnej;

24) **Sepsa** - zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną i charakteryzującym się obecnością drobnoustrojów we krwi, prowadzący do niewydolności przynajmniej jednego narządu, wymagający leczenia na OIOM. Przez Sepsę należy również rozumieć:
   a) przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy,
   b) sepsę wtórną do powikłań po operacjach chirurgicznych lub urazach.

   Rozpoznanie sepsy musi być potwierdzone dodatnim wynikiem posiewu krwi w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie;

25) **Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu** - choroba wirusowa przenoszona przez kleszcze, przebiegająca z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi koniecznością leczenia szpitalnego, potwierdzona badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego; rozpoznanie choroby powinno być potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 84) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 i podane w karcie wypisu ze szpitala;

26) **Tężec** - ostra choroba zakaźna wywołana przez laseczki tężca, występująca w postaci uogólnionej o ciężkim przebiegu i wymagająca leczenia w warunkach OIOM. Rozpoznanie powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. Zakres ochrony nie obejmuje tężca w postaci lekkiej, miejscowej, mózgowej;

27) **Dystrofia mięśniowa** - choroba charakteryzująca się zmianami we włóknach mięśniowych i tkance łącznej mięśni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa w oparciu o stwierdzenie wszystkich następujących kryteriów:
   a) osłabienie i zaniki mięśni z osłabieniem odruchów ścięgnowych bez zaburzeń czucia z prawidłowym obrazem płynu mózgowo-rdzeniowego,
   b) typowy obraz elektromiograficzny,
   c) rozpoznanie kliniczne potwierdzone wynikiem biopsji mięśni;

28) **Schyłkowa niewydolność wątroby** - schyłkowa postać przewlekłej choroby (marskości) wątroby powodująca co najmniej jeden z poniższych objawów:
   a) wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
   b) trwała żółtaczka,
   c) żylaki przełyku,
   d) encefalopatia wrotna;

29) **Wścieklizna** - ostra choroba zakaźna wywołana przez wirus Lyssa przebiegająca pod postacią ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, w którym wg opinii lekarza specjalisty spełnione są co najmniej dwa z następujących kryteriów:
   a) zmiany czuciowe w miejscu pokąsania przez zwierzę,
   b) niedowład lub porażenie,
   c) skurcze mięśni przełyku,

d) wodowstręt,
e) majaczenie,
f) drgawki.

Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone jedną z następujących metod laboratoryjnych:

a) izolacja wirusa Lyssa z materiału klinicznego, wykrycie materiału genetycznego wirusa Lyssa w materiale klinicznym,
b) wykrycie antygenu wirusa Lyssa metodą immunofluorescencji bezpośredniej w materiale klinicznym,
c) potwierdzenie obecności swoistych przeciwciał przeciwko wirusowi Lyssa w surowicy krwi lub płynie mózgowo- rdzeniowym;

30) **Pierwotne nadciśnienie płucne** - choroba przebiegająca ze skurczem naczyń w krążeniu płucnym, prowadzącym do podwyższenia ciśnienia krwi w krążeniu płucnym oraz skłonnością do nadmiernego wykrzepiania krwi, objawiająca się klinicznie niewydolnością serca i skutkująca trwałą utratą zdolności do wysiłku co najmniej III stopnia wg WHO. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza specjalistę kardiologa. Zakres ochrony nie obejmuje nadciśnienia płucnego wtórnego od jakiejkolwiek innej przyczyny;

31) **Utrata mowy** - całkowita i nieodwracalna, niemożliwa do skorygowania leczeniem, utrata zdolności mowy trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Dokumentacja medyczna musi być potwierdzona właściwą konsultacją specjalisty (laryngolog) i potwierdzać uraz lub chorobę strun głosowych. Wykluczone są przypadki, gdzie powodem utraty mowy są przyczyny psychiczne. Utrata mowy oznacza niemożność artykułowania zrozumiałych słów lub zrozumiale mówionego języka;

32) **Utrata możliwości samodzielnej egzystencji** - Rozpoznanie niezdolności do samodzielnej egzystencji wymaga stwierdzenia przez lekarza trwałej i bezpowrotnej utraty zdolności do wykonywania co najmniej trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:

a) samodzielnego poruszania się w domu rozumianego jako poruszanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu bez konieczności pomocy osoby drugiej. Poruszanie traktuje się jako samodzielne, jeśli może odbywać się wyłącznie przy pomocy wózka, balkonika lub innych urządzeń,
b) kontrolowania oddawania moczu lub kału,
c) samodzielnego dbania o higienę osobistą,
d) samodzielnego ubierania i rozbierania się,
e) samodzielnego spożywania posiłków rozumianego jako wykonywanie wszystkich czynności związanych z samodzielnym spożywaniem przygotowanych posiłków (jedzenie i picie);

33) **Choroba Parkinsona** - oznacza przewlekłe schorzenie układu pozapiramidowego, spowodowane pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę, którego następstwem jest wystąpienie co najmniej dwóch z trzech klasycznych objawów osiowych choroby, tj. drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, plastycznego wzmożenia napięcia mięśniowego (sztywności mięśniowej), zmniejszających się po zastosowaniu leków stymulujących układ dopaminergiczny, zwłaszcza lewodopy. Wykluczony z odpowiedzialności jest parkinsonizm objawowy oraz zespoły parkinsonowskie. Zespoły parkinsonowskie są to stany objawowe charakterystyczne dla choroby parkinsona, różniące się od niej odmienną etiologią. Przez parkinsonizm objawowy (wtórny) należy rozumieć zespół objawów charakterystycznych dla choroby Parkinsona, towarzyszący innym chorobom. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Chorobę Parkinsona uważa się tylko taką Chorobę, która wymaga stwierdzenia przez lekarza trwałej i bezpowrotnej utraty zdolności do wykonywania co najmniej trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:

a) samodzielnego poruszania się w domu rozumianego jako poruszanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu bez konieczności pomocy osoby drugiej. Poruszanie traktuje się jako samodzielne, jeśli może odbywać się wyłącznie przy pomocy wózka, balkonika lub innych urządzeń,
b) kontrolowania oddawania moczu lub kału,
c) samodzielnego dbania o higienę osobistą,
d) samodzielnego ubierania i rozbierania się,
e) samodzielnego spożywania posiłków rozumianego jako wykonywanie wszystkich czynności związanych z samodzielnym spożywaniem przygotowanych posiłków (jedzenie i picie);

34) **Choroba neuronu ruchowego** - postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego spowodowana wybiórczym uszkodzeniem neuronów ruchowych - obwodowego i ośrodkowego. Podstawą rozpoznania postawionego przez specjalistę w zakresie neurologii jest obraz kliniczny i wynik badania elektromiografii (EMG). W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Chorobę neuronu ruchowego uważa się tylko taką Chorobę, która wymaga stwierdzenia przez lekarza trwałej i bezpowrotnej utraty zdolności do wykonywania co najmniej trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:

a) samodzielnego poruszania się w domu rozumianego jako poruszanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu bez konieczności pomocy osoby drugiej. Poruszanie traktuje się jako samodzielne, jeśli może odbywać się wyłącznie przy pomocy wózka, balkonika lub innych urządzeń,
b) kontrolowania oddawania moczu lub kału,
c) samodzielnego dbania o higienę osobistą,
d) samodzielnego ubierania i rozbierania się,
e) samodzielnego spożywania posiłków rozumianego jako wykonywanie wszystkich czynności związanych z samodzielnym spożywaniem przygotowanych posiłków (jedzenie i picie);

35) **Bąblowiec mózgu** - oznacza usuniętą chirurgicznie zmianę w mózgu, składającą się z pojedynczych lub mnogich larw typu echinococcus (pęcherz bąblowcowy), potwierdzoną w rozpoznaniu histopatologicznym;

36) **Choroba Huntingtona** - oznacza postępującą chorobę ośrodkowego układu nerwowego, rozpoznaną przez specjalistę w zakresie neurologii, w oparciu o dostępne w tym zakresie metody diagnostyczne;
37) **Utrata słuchu** - całkowita i nieodwracalna obuuszna utrata słuchu. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez specjalistę laryngologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków Utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
38) **Choroba Creutzfeldta-Jakoba** - klinicznie rozpoznana za życia Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego przez specjalistę neurologa, choroba powodująca utratę zdolności do wykonywania co najmniej trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:
   a) samodzielnego poruszania się w domu rozumianego jako poruszanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu bez konieczności pomocy osoby drugiej. Poruszanie traktuje się jako samodzielne, jeśli może odbywać się wyłącznie przy pomocy wózka, balkonika lub innych urządzeń,
   b) kontrolowania oddawania moczu lub kału,
   c) samodzielnego dbania o higienę osobistą,
   d) samodzielnego ubierania i rozbierania się,
   e) samodzielnego spożywania posiłków rozumianego jako wykonywanie wszystkich czynności związanych z samodzielnym spożywaniem przygotowanych posiłków (jedzenie i picie);
39) **Małżonek** - osoba fizyczna z którą Ubezpieczony w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
40) **Partner** - niespokrewniona z Ubezpieczonym osoba fizyczna pozostająca w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo domowe, o ile dana osoba została wskazana jako Partner w Deklaracji zgody Ubezpieczonego. Wskazanie może być w każdym czasie odwołane, a zmienione jedynie ze skutkiem na Rocznicę Umowy ubezpieczenia. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Partnera nie uważa się:
   a) osoby, która pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
   b) każdej innej osoby – w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Zakres ubezpieczenia w wariancie standardowym obejmuje Wystąpienie w Okresie ubezpieczenia, w życiu Ubezpieczonego, Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w postaci:
   1) Nowotwór złośliwy (rak);
   2) Zawał serca (zawał mięśnia sercowego);
   3) Udar mózgu;
   4) Niewydolność nerek;
   5) Choroby tropikalne;
   6) Przewlekłe zapalenie wątroby;
   7) Zaawansowany stan otępienny (w tym choroba Alzheimera);
   8) Anemia aplastyczna;
   9) Stwardnienie rozsiane;
   10) Utrata wzroku;
   11) Oparzenie trzeciego stopnia;
   12) Zakażenie wirusem HIV;
   13) Ostra niewydolność wątroby;
   14) Śpiączka;
   15) Paraliż;
   16) Choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego (by-pass);
   17) Przeszczep narządów;
   18) Przezskórna interwencja wieńcowa (PCI);
   19) Operacja zastawek serca;
   20) Operacja aorty;
   21) Utrata kończyn.
2. Zakres ubezpieczenia w wariancie plus obejmuje Wystąpienie w Okresie ubezpieczenia, w życiu Ubezpieczonego, Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w postaci:
   1) Nowotwór złośliwy (rak);
   2) Zawał serca (zawał mięśnia sercowego);
   3) Udar mózgu;
   4) Niewydolność nerek;
   5) Choroby tropikalne;
   6) Przewlekłe zapalenie wątroby;
   7) Zaawansowany stan otępienny (w tym choroba Alzheimera);
   8) Anemia aplastyczna;
   9) Stwardnienie rozsiane;
   10) Utrata wzroku;
   11) Oparzenie trzeciego stopnia;
   12) Zakażenie wirusem HIV;
   13) Ostra niewydolność wątroby;
   14) Śpiączka;
   15) Paraliż;
   16) Choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego (by-pass);
   17) Przeszczep narządów;
   18) Przezskórna interwencja wieńcowa (PCI);
   19) Operacja zastawek serca;
   20) Operacja aorty;

21) Utrata kończyn;
22)Sepsa;
23)Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu;
24)Tężec;
25)Dystrofia mięśniowa;
26)Schyłkowa niewydolność wątroby;
27)Wścieklizna;
28)Pierwotne nadciśnienie płucne;
29)Utrata mowy;
30)Utrata możliwości samodzielnej egzystencji;
31) Choroba Parkinsona;
32)Choroba neuronu ruchowego;
33)Bąblowiec mózgu;
34)Choroba Huntingtona;
35)Utrata słuchu;
36)Choroba Creutzfeldta-Jakoba.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Wystąpienia Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie także potwierdzona w Certyfikacie.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach i na zasadach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
3. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   1) odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego z Małżonkiem – w przypadku Wystąpienia Ciężkiej choroby Małżonka;
   2) dokumentacji medycznej z rozpoznaniem potwierdzającym Wystąpienie Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego;
   3) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub skierować Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego na badania lekarskie. Koszt takich badań ponosi Towarzystwo Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
1[1]. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Postanowienie ma wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie Karencja.
1[2]. Postanowienia ust. 1[1] mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 3 miesiące. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie Wystąpienia danej Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia ubezpieczeniowego. W przypadku Wystąpienia ponownie tej samej

Ciężkiej choroby, Towarzystwo ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.

4. W przypadku Wystąpienia drugiej lub kolejnej Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera w Okresie ubezpieczenia, kolejne Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, chyba że Ciężka choroba z medycznego punktu widzenia nie pozostaje w adekwatnym związku przyczynowo-skutkowym z Ciężką chorobą, z tytułu Wystąpienia której Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaciło Świadczenie ubezpieczeniowe.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera, która Wystąpiła w wyniku:
   1) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   4) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   5) Pozostawania przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego pod wpływem spożytego alkoholu, a także 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 nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   6) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
   7) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   8) wypadku spowodowanego przez Małżonka labo Partnera Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   9) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   10) wypadku lotniczego, jeżeli Małżonek albo Partner Ubezpieczonego nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   11) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 - F99);
   12) odmowy poddania się leczeniu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   13) Choroby pośrednio lub bezpośrednio wywołanej przez wirus HIV - nie dotyczy Ciężkiej choroby w postaci Zakażenia wirusem HIV.
6. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Wystąpienia Choroby tropikalnej, jeżeli:
   1) do jej Wystąpienia doszło w związku z pobytem Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego za granicą oraz
   2) Małżonek albo Partner Ubezpieczonego nie posiadał przy wjeździe wszystkich szczepień wymaganych przez władze tego kraju na podstawie Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych lub nie potwierdził ich posiadania, o ile miało to wpływ na wystąpienie Choroby tropikalnej.
7. Towarzystwo Ubezpieczeń w okresie pierwszych 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli:
   1) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego prowadzono diagnostykę lub leczenie w kierunku Choroby, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej lub
   2) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego została zdiagnozowana Choroba, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej – dotyczy osób nie objętych ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia.
8. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Wystąpienie Ciężkiej choroby nastąpiło wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed pierwszym dniem Okresu ubezpieczenia – dotyczy osób nie objętych ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Ciężkiej choroby Dziecka Ubezpieczonego (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 5, 14, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 - 18 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2 i 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 3, 5, 17, 18, 20 i 24 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2 i 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 9, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 20, 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2 i 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 12, 16, 18, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 7, 8, 12, 13, 16, 19 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Przyokopowej 33, 01-208 Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000292551, posiadająca numer REGON 141186640 i numer NIP 107-00-08-220, kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości wpłacony wynosi 95 500 000 zł.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY DZIECKA UBEZPIECZONEGO

Ze zmianami uzgodnionymi przez
Strony umowy ubezpieczenia

Kod warunków: UG_CHDZI/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Ciężkiej choroby Dziecka Ubezpieczonego, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o Ciężką chorobę Dziecka Ubezpieczonego.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Ciężka choroba** - jedna z wymienionych w pkt 4 - 16 Chorób Dziecka, która po raz pierwszy Wystąpiła w Okresie ubezpieczenia;
   2) **Dziecko** - dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w dniu Wystąpienia Ciężkiej choroby nie ma ukończonego 18. roku życia, a w przypadku kontynuacji nauki - nie ma ukończonego 25. roku życia;
   3) **Wystąpienie Ciężkiej choroby**:
      a) data diagnozy lub data postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza - w przypadku Ciężkich chorób wymienionych w ust. 1 pkt 4 - 16,
      b) data przeprowadzenia procedury medycznej - w przypadku Ciężkich chorób wymienionych w ust. 1 pkt 17 - 18;
   4) **Nowotwór złośliwy (rak)** - obecność guza składającego się z komórek złośliwych, charakteryzującego się ich niekontrolowanym namnażaniem się w organizmie, z naciekaniem i niszczeniem sąsiadującej tkanki lub powstaniem przerzutów odległych. Nowotwór obejmuje również białaczkę, chłoniaki i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina) oraz czerniaki złośliwe w stopniu zaawansowania wg klasyfikacji TNM wyższym niż IB. Podstawą rozpoznania musi być wynik badania histopatologicznego i być potwierdzone przez lekarza odpowiedniej specjalności. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za nowotwór złośliwy (raka) nie uważa się:
      a) guzów łagodnych lub stanów przednowotworowych,
      b) guzów przedinwazyjnych i guzów „in situ" („tumours in situ", Tis*),
      c) dysplazji szyjki macicy CIN I-III,
      d) raka pęcherza moczowego stadium Ta*,
      e) raka tarczycy brodawkowatego i pęcherzykowatego zdiagnozowanego histologicznie jako T1a* (guz, którego średnica nie przekracza 1 cm), chyba że istnieją przerzuty do węzłów chłonnych lub narządów odległych,
      f) przewlekłej białaczki limfatycznej (Chronic lymphatic leukaemia, CLL),
      g) wszelkich guzów skóry niewspomnianych w części wstępnej definicji,
      h) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV bądź AIDS,
      i) raka gruczołu krokowego, zdiagnozowanego histopatologicznie jako T1N0M0;

   * Według międzynarodowej klasyfikacji TNM;
   5) **Niewydolność nerek** - przewlekła, nieodwracalna niewydolność obu nerek, skutkująca koniecznością regularnej hemodializy lub dializy otrzewnowej, lub przeszczepu nerki. Diagnoza powinna zostać postawiona przez specjalistę nefrologa;
   6) **Utrata wzroku** - całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w obojgu oczach, spowodowana Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem. Diagnoza całkowitej utraty wzroku winna być postawiona przynajmniej sześć miesięcy po rozpoczęciu konkretnego schorzenia bądź zaistnieniu Nieszczęśliwego wypadku. Diagnoza musi być potwierdzona przez lekarza specjalistę w dziedzinie okulistyki. Ostrość wzroku w obojgu oczach po korekcji w teście przy użyciu tablicy Snellena musi wynosić 3/60 lub mniej;
   7) **Oparzenie trzeciego stopnia** - oparzenie trzeciego stopnia co najmniej 20% powierzchni ciała. Rozpoznanie musi być postawione przez lekarza specjalistę i stwierdzać stopień i zakres oparzenia, zgodnie z obowiązującymi standardami klinicznymi ich określania;
   8) **Ostra niewydolność wątroby** - potencjalnie odwracalna, nagła, postępująca dysfunkcja wątroby nie związana z zakażeniem wirusowym, charakteryzująca się wystąpieniem zaburzeń świadomości, zaburzeń krzepnięcia krwi i żółtaczki w ciągu maksymalnie 4 tygodni od dnia początku objawów;
   9) **Śpiączka** - stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne oraz potrzeby naturalne, utrzymujący się przez okres co najmniej 96 godzin, wymagający intubacji i mechanicznej wentylacji dla podtrzymania życia. Skutkiem tego stanu, musi być dodatkowo zaistnienie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się nieprzerwanie przez co najmniej 30 dni od momentu wystąpienia utraty przytomności i nie rokującego możliwości poprawy. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje śpiączki farmakologicznej.
   10) **Paraliż (Porażenie, Plegia)** - całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji w dwóch lub więcej kończynach,

spowodowana urazem lub chorobą. Niedowład musi mieć charakter nie rokujący poprawy i występować przez okres minimum 3 miesięcy. Rozpoznanie i zakres zmian musi być potwierdzone przez lekarza neurologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychologicznymi lub psychiatrycznymi;

11) **Zapalenie mózgu** - zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, móżdżku) o ciężkim przebiegu, powodujące trwałe ubytki neurologiczne trwające przez co najmniej 6 miesięcy od dnia zachorowania i potwierdzone przez lekarza neurologa. Za trwałe ubytki neurologiczne uważa się:
    a) porażenia i niedowłady kończyn,
    b) zespoły pozapiramidowe i móżdżkowe,
    c) Padaczkę,
    d) zespoły podwzgórzowe i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego,
    e) uszkodzenia ośrodkowe nerwów czaszkowych,
    f) zaburzenia mowy,
    g) encefalopatie (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu) - rozpoznanie encefalopatii musi być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym i udokumentowane badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym(uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym oraz zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego;
12) **Dystrofia mięśniowa** - przewlekła, dziedziczna choroba zwyrodnieniowa mięśni szkieletowych (tkanka mięśniowa), prowadząca do osłabienia i zaniku mięśni, najczęściej symetrycznym obustronnym i najczęściej dotyczącym mięśni ksobnych uniemożliwiająca samodzielne przemieszczanie się Dziecka po płaskiej powierzchni. Zakres ubezpieczenia obejmuje potwierdzone diagnozą lekarską następujące postaci dystrofii:
    a) typu Duchenne'a prowadząca do niedowładów uniemożliwiających chodzenie,
    b) obręczowa, dotycząca najczęściej mięśni obręczy miednicznej,
    c) twarzowo-łopatkowo-ramieniowa;
13) **Łagodny guz mózgu** - zagrażający życiu guz mózgu, powodujący wystąpienie trwałych ubytków neurologicznych z ewidentnymi zaburzeniami ruchowymi lub czuciowymi, utrzymującymi się stale przez okres 6 miesięcy. Istnienie guza musi być potwierdzone badaniami wizualizacyjnymi, takimi jak CT (tomografia komputerowa) lub MRI (rezonans magnetyczny). Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są torbiele, ziarniniaki, patologie tętniczych i żylnych naczyń mózgowych, krwiaki, ropnie, nerwiaki nerwu słuchowego, guzy lub gruczolaki przysadki mózgowej, zmiany w obrębie opon mózgowo-rdzeniowych i rdzenia kręgowego;
14) **Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych** - ciężkie (bakteryjne lub wirusowe) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych potwierdzone badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego, powodujące trwałe ubytki neurologiczne trwające przez co najmniej 6 miesięcy od dnia zachorowania i potwierdzone przez lekarza neurologa. Za trwałe ubytki neurologiczne uważa się:
    a) porażenia i niedowłady kończyn,
    b) zespoły pozapiramidowe i móżdżkowe,
    c) padaczkę,
    d) zespoły podwzgórzowe i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego,
    e) uszkodzenia ośrodkowe nerwów czaszkowych,
    f) zaburzenia mowy,
    g) encefalopatie (zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu) - rozpoznanie encefalopatii musi być potwierdzone występowaniem deficytu w stanie neurologicznym i psychicznym i udokumentowane badaniem psychiatrycznym lub neuropsychologicznym (uzyskanie wyniku poniżej 16 punktów w skali Mini-Mental Status Examination) i neurologicznym oraz zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego;
15) **Utrata mowy** - całkowita, trwała i nieodwracalna utrata funkcji mowy spowodowana nieodwracalnym uszkodzeniem krtani lub uszkodzeniem ośrodka mowy w mózgu w wyniku urazu, rozrostu guza lub choroby. Całkowita utrata mowy musi występować przez minimum 6 kolejnych miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza laryngologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków utraty mowy spowodowanych zaburzeniami psychologicznymi lub psychiatrycznymi;
16) **Sepsa** - uogólniona reakcja zapalna, powstająca w przebiegu zakażenia meningokokowego lub pneumokokowego, powikłana niewydolnością wielonarządową. Przez niewydolność wielonarządową rozumie się stan, w którym dochodzi do nieprawidłowego działania dwóch lub więcej narządów lub układów, do których zaliczamy ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ krwiotwórczy, nerki, wątrobę;
17) **Utrata kończyn** - amputacja co najmniej dwóch kończyn będąca skutkiem Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, na poziomie stawu skokowego lub powyżej w przypadku kończyny dolnej lub na poziomie nadgarstków lub powyżej w przypadku kończyny górnej;
18) **Przeszczep narządów** - przeszczepienie Dziecku Ubezpieczonego jako biorcy takich narządów jak: serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego. Leczenie przeszczepem musi być skutkiem nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu, zaś jego wykonanie musi być najbardziej odpowiednim sposobem leczenia choroby. Zakresem ubezpieczenia nie są objęte inne przeszczepy niż wymienione powyżej, w tym w szczególności wykorzystujące komórki macierzyste i przeszczepy wysp trzustkowych;

2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Zakres ubezpieczenia obejmuje Wystąpienie w Okresie ubezpieczenia, w życiu Ubezpieczonego, Ciężkiej choroby Dziecka.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Wystąpienia Ciężkiej choroby Dziecka Ubezpieczonego, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie także potwierdzona w Certyfikacie.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach i na zasadach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
3. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Ciężkiej choroby Dziecka Ubezpieczonego jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   a) odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka, w którym Ubezpieczony został wskazany jako rodzic,
   b) dokumentacji medycznej z jednoznacznym rozpoznaniem stwierdzającym Ciężką chorobę Dziecka Ubezpieczonego - jeżeli są w posiadaniu uprawnionego,
   c) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka Ciężkiej choroby Dziecka Ubezpieczonego, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.

1¹. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Postanowienie ma wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie Karencja.

1². Postanowienia ust. 1¹ mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.

2. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 3 miesiące. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie Wystąpienia danej Ciężkiej choroby Dziecka jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia ubezpieczeniowego. W przypadku Wystąpienia ponownie tej samej Ciężkiej choroby, Towarzystwo ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.
4. W przypadku Wystąpienia drugiej lub kolejnej Ciężkiej choroby Dziecka w Okresie ubezpieczenia, kolejne Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, chyba że Ciężka choroba z medycznego punktu widzenia nie pozostaje w adekwatnym związku przyczynowo-skutkowym z Ciężką chorobą, z tytułu Wystąpienia której Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaciło Świadczenie ubezpieczeniowe.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Ciężkiej choroby Dziecka, która Wystąpiła w wyniku:

1) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Dziecka Ubezpieczonego;
2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
4) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Dziecko Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
5) Pozostawania przez Dziecko pod wpływem spożytego alkoholu, a także 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 nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
6) Chorób spowodowanych spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
7) udziału Dziecka w Sportach wysokiego ryzyka o ile powyższy udział miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
8) wypadku spowodowanego przez Dziecko Ubezpieczonego, gdy prowadziło ono pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Dziecko Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
9) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
10) wypadku lotniczego, jeżeli Dziecko Ubezpieczonego nie było pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
11) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 - F99);
12) odmowy poddania się leczeniu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
13) Choroby pośrednio lub bezpośrednio wywołanej przez wirus HIV, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

6. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Wystąpienie Ciężkiej choroby nastąpiło wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed pierwszym dniem Okresu ubezpieczenia.
7. Towarzystwo Ubezpieczeń w okresie pierwszych 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli:
   1) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Dziecka Ubezpieczonego prowadzono diagnostykę lub leczenie w kierunku Choroby, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej lub
   2) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Dziecka Ubezpieczonego została zdiagnozowana Choroba, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej – dotyczy osób nie objętych ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia.
8. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Wystąpienie Ciężkiej choroby nastąpiło wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed pierwszym dniem Okresu ubezpieczenia– dotyczy osób nie objętych ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 4, 8 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 9, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 5, 17, 18, 20 i 24 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 8, 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 9, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 20, 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 8, 9, 12, 16, 17, 18, 20, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 7, 8, 12, 13, 16, 19 i 26 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Kod warunków: UG_PWSNW/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** - okres, w którym Ubezpieczony przebywa w Szpitalu celem leczenia obrażeń doznanych wskutek Nieszczęśliwego wypadku. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia okres Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku rozpoczyna się w dniu przyjęcia do Szpitala, a kończy się w dniu wypisania Ubezpieczonego ze Szpitala. Jeżeli przerwa pomiędzy kolejnymi Pobytami w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku nie przekracza doby, wówczas uznaje się, że ciągłość Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku została zachowana. W okres Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku nie wlicza się przepustek. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku uważa się za pełny;
   2) **Szpital** - przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalnego, uprawnionym do oferowania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z prawem na terytorium Europy, Ameryki Północnej, Indii, Egiptu, Izraela, Australii, Nowej Zelandii, Singapuru oraz Japonii, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętym zakresem ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków Dodatkowego ubezpieczenia, jest wystąpienie w Okresie ubezpieczenia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, równe sumie ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku należne jest od pierwszego dnia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem, że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
   1) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku trwał co najmniej 4 dni, z zastrzeżeniem ust. 3;
   2) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4;
   3) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się w ciągu 14 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
   4) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem a Pobytem w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, także w przypadku, gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, jednakże Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe wyłącznie za te dni, które miały miejsce w Okresie ubezpieczenia.
4. W przypadku gdy Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku miał miejsce przed początkiem Okresu ubezpieczenia, w okresie obejmowania ochroną danej osoby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Przyokopowej 33, 01-208 Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000292551, posiadająca numer REGON 141186640 i numer NIP 107-00-08-220, kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości wpłacony wynosi 95 500 000 zł.

5. W przypadku gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się po 15 dniach od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
6. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
7. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   1) karty informacyjnej z leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu;
   2) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu – jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
   3) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń, w każdym roku Okresu ubezpieczenia, jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych za łącznie nie więcej niż 90 dni Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie wysokości sumy ubezpieczenia za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego za pierwsze 14 dni tego Pobytu. Po upływie okresu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Świadczenie ubezpieczeniowe za kolejne dni Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku zostanie wypłacone w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce:
   1) w szpitalu uzdrowiskowym (sanatoryjnym);
   2) w szpitalu rehabilitacyjnym;
   3) w szpitalu psychiatrycznym;
   4) w sanatorium;
   5) w uzdrowisku;
   6) ośrodku opieki społecznej;
   7) ośrodku dla psychicznie chorych;
   8) hospicjum;
   9) ośrodku leczenia uzależnień;
   10) na oddziale rehabilitacyjnym.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w wyniku:
   1) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   2) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   3) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   4) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   5) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   6) Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii a także aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   7) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
   8) 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, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   9) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   10) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   11) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 - F99).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 22 grudnia 2017 roku.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 4, 8 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 9, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 5, 17, 18, 20 i 24 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 8, 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 9, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 20, 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 8, 9, 12, 16, 17, 18, 20, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 7, 8, 12, 13, 16, 19 i 26 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Kod warunków: UG_PWS/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Pobyt w Szpitalu** - okres, w którym Ubezpieczony przebywa w Szpitalu celem leczenia obrażeń doznanych wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub wskutek Choroby. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia okres Pobytu w Szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia do Szpitala, a kończy się w dniu wypisania Ubezpieczonego ze Szpitala. Jeżeli przerwa pomiędzy kolejnymi Pobytami w Szpitalu nie przekracza doby, wówczas uznaje się, że ciągłość Pobytu w Szpitalu została zachowana. W okres Pobytu w Szpitalu nie wlicza się przepustek. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu uważa się za pełny;
   2) **Szpital** - przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalnego, uprawniony do oferowania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z prawem na terytorium Europy, Ameryki Północnej, Indii, Egiptu, Izraela, Australii, Nowej Zelandii, Singapuru oraz Japonii, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej.
2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym zakresem ubezpieczenia na podstawie Warunków Dodatkowego ubezpieczenia jest wystąpienie w Okresie ubezpieczenia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, równe sumie ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu należne jest od pierwszego dnia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowej, pod warunkiem, że Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu trwał co najmniej 4 dni w Okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, także w przypadku, gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, jednakże Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe wyłącznie za te dni, które miały miejsce w Okresie ubezpieczenia.
4. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
5. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   1) kopii karty informacyjnej z leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu;
   2) dokumentów potwierdzających okoliczności Nieszczęśliwego wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
   3) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;

Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Przyokopowej 33, 01-208 Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000292551, posiadająca numer REGON 141186640 i numer NIP 107-00-08-220, kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości wpłacony wynosi 95 500 000 zł.

4) Nieszczęśliwego wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu – jeżeli są w posiadaniu uprawnionego.

2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
1[1]. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Postanowienie ma wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie Karencja.
1[2]. Postanowienia ust. 1[1] mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 3 miesiące. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń, w każdym roku Okresu ubezpieczenia, jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych za łącznie nie więcej niż 90 dni Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, niezależnie od przyczyny Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w Szpitalu, który miał miejsce:
   1) w szpitalu uzdrowiskowym (sanatoryjnym);
   2) w szpitalu rehabilitacyjnym;
   3) w szpitalu psychiatrycznym;
   4) w sanatorium;
   5) w uzdrowisku;
   6) ośrodku opieki społecznej;
   7) ośrodku dla psychicznie chorych;
   8) hospicjum;
   9) ośrodku leczenia uzależnień;
   10) na oddziale rehabilitacyjnym.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, który nastąpił:
   1) w wyniku Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   2) w wyniku Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   3) w wyniku próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   4) w wyniku zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   5) w wyniku Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii a także aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   6) w wyniku Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
   7) w wyniku udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile powyższy udział miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   8) w wyniku 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, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   9) w związku z leczeniem niepłodności;
   10) w wyniku zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   11) w wyniku choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg. Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00-F99) oraz uzależnień od

leków, narkotyków lub środków odurzających, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
12) w wyniku Choroby wywołanej przez wirus HIV, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
13) w związku z przeprowadzeniem rutynowych lub profilaktycznych badań kontrolnych, w tym badania lekarskiego, a także badań diagnostycznych;
14) w związku z leczeniem wad wrodzonych lub skutków tych wad, zmiany płci;
15) w związku z wykonaniem operacji plastycznych (w tym powiększenie lub pomniejszenie piersi), kosmetycznych lub chirurgii szczękowej lub stomatologicznej, chyba, że są one niezbędne w celu usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku;
16) w wyniku wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
17) odmowy poddania się leczeniu, w tym wypisanie się ze Szpitala na własne żądanie.

6. Towarzystwo Ubezpieczeń w okresie pierwszych 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli:
   1) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego prowadzono diagnostykę lub leczenie w kierunku Choroby, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej lub
   2) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego została zdiagnozowana Choroba, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej.
7. Towarzystwo Ubezpieczeń uzna swoją odpowiedzialność również w sytuacji, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w wyniku Choroby leczonej lub zdiagnozowanej w okresie obejmowania ochroną danej osoby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia zdania poprzedniego mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ochrony ubezpieczenia, tj. od dnia objęcia jej ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego na OIOM (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 4, 8 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 9, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 5, 17, 18, 20 i 24 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 9, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 16, 17, 20, 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 6, 9, 16, 17, 20, 24 i 27 i § 10 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 6 i 13 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO NA OIOM

Kod warunków: UG_OIOM/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. **Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego na OIOM**, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu na OIOM.
2. Rozszerzenie zakresu o ryzyko, o którym mowa w ust. 1, może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło również rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, zgodnie z postanowieniami Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO).

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Pobyt na OIOM** - trwający nieprzerwanie pobyt na OIOM w trakcie Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, w celu leczenia obrażeń doznanych wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub wskutek Choroby;
   2) **OIOM** - Oddział Intensywnej Opieki Medycznej/ Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT) - wydzielony, specjalistyczny oddział Szpitala przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia, a także w zakresie nieuregulowanym - znaczenie przyjęte w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO).

ZAKRES I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętym zakresem ubezpieczenia na podstawie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia jest wystąpienie w Okresie ubezpieczenia, Pobytu Ubezpieczonego na OIOM.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień niniejszych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Pobytu Ubezpieczonego na OIOM, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego na OIOM, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie potwierdzona również w Certyfikacie. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu Ubezpieczonego na OIOM należne jest od pierwszego dnia Pobytu na OIOM.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
   1) Pobyt Ubezpieczonego na OIOM trwał co na najmniej 2 dni (każdy rozpoczęty dzień uznaje się za pełny);
   2) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (w trakcie którego miał miejsce Pobyt na OIOM) trwał co najmniej 4 dni,

   z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, także w przypadku, gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (w trakcie którego miał miejsce Pobyt na OIOM) lub Pobyt na OIOM rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, jednakże Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe wyłącznie za te dni Pobytu na OIOM, które miały miejsce w Okresie ubezpieczenia.
4. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych Warunkach Ubezpieczenia.
5. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu Ubezpieczonego na OIOM jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:

1) karty informacyjnej z leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu;
2) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.

2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka Pobytu na OIOM w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
2. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 3 miesiące. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (w trakcie którego miał miejsce Pobyt na OIOM) miał miejsce w związku w okolicznościami, o których mowa w § 7 ust. 5 - 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO).
4. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń, w każdym roku Okresu ubezpieczenia, jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych za łącznie nie więcej niż 14 dni Pobytu Ubezpieczonego na OIOM.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 22 grudnia 2017 roku.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO); § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 9, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 5, 17, 18, 20 i 24 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 8, 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 9, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 20, 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 24, 25 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO), w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 7, 8, 11, 12, 18, 23, 24, 25, 27, 32 i 36 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 7, 8, 11, 12, 21, 24, 25, 27, 28, 29, 32 i 36 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Kod warunków: UG_PWSZSU/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. **Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu**, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu.
2. Rozszerzenie zakresu o ryzyko, o którym mowa w ust. 1, może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło również rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, zgodnie z postanowieniami Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO).

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Udar mózgu** - nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmózgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych i utrzymujące się przez okres co najmniej 24 godzin od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone: obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR).
      W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Udar mózgu nie uważa się:
      a) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
      b) uszkodzeń mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem;
   2) **Zawał serca (zawał mięśnia sercowego)** - obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia. Diagnoza musi być oparta na trzech lub więcej z niżej podanych pięciu kryteriów, które są podstawą rozpoznania świeżego zawału mięśnia sercowego:
      a) stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
      b) świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
      c) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu frakcji mięśniowej enzymu - kinazy kreatyninowej,
      d) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu Troponiny (T lub I),
      e) świeże zaburzenie kurczliwości mięśnia sercowego (hipokineza).

      Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stabilną i niestabilną chorobę wieńcową.
2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia a także w zakresie nieuregulowanym - znaczenie przyjęte w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO).

ZAKRES I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną jest wystąpienie w Okresie ubezpieczenia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie ryzyka Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu wygasa zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu, równe sumie ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu należne jest od pierwszego dnia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu.

Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Przyokopowej 33, 01-208 Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000292551, posiadająca numer REGON 141186640 i numer NIP 107-00-08-220, kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości wpłacony wynosi 95 500 000 zł.

2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
   1) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu trwał co najmniej 4 dni, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej;
   2) Zawał serca lub Udar mózgu, będący przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4;
   3) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w ciągu 14 dni od dnia zajścia Zawału serca lub Udaru mózgu;
   4) z medycznego punktu widzenia między Zawałem serca lub Udarem mózgu a Pobytem w Szpitalu istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, także w przypadku, gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, jednakże Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe wyłącznie za te dni, które miały miejsce w Okresie ubezpieczenia. ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu.
4. W przypadku gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu rozpoczął się po 15 dniach od dnia w którym miał miejsce Zawał serca lub Udar mózgu, Towarzystwo wypłaci świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu.

4[1]. W przypadku gdy Zawał serca lub Udar mózgu będący przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku miał miejsce przed początkiem Okresu ubezpieczenia, w okresie obejmowania ochroną danej osoby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu.

5. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
6. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   1) karty informacyjnej z leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu;
   2) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu miał miejsce w związku w okolicznościami, o których mowa w § 7 ust. 5 - 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO).
2. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie wysokości sumy ubezpieczenia za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego za pierwsze 14 dni tego Pobytu. Po upływie okresu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Świadczenie ubezpieczeniowe za kolejne dni Pobytu w Szpitalu wskutek Zawału Serca lub Udaru mózgu zostanie wypłacone w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału Serca lub Udaru mózgu.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 8 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 9, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 5, 9, 17, 18, 20 i 24 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 18, 19 i 21 Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 9, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 20, 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO), w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 8, 9, 12, 16, 17, 18, 20, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

Ze zmianami uzgodnionymi przez
Strony umowy ubezpieczenia

Kod warunków: UG_PWSNWK/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. **Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego**, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.
2. Rozszerzenie zakresu o ryzyko, o którym mowa w ust. 1, może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło również rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, zgodnie z postanowieniami Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO).

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny** - Nieszczęśliwy wypadek, który miał miejsce w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu Ubezpieczony uległ jako:
      a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym, motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem wodnym lub pasażerskim statkiem powietrznym,
      b) rowerzysta,
      c) pieszy.
2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia a także w zakresie nieuregulowanym - znaczenie przyjęte w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO).

ZAKRES I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną jest wystąpienie w Okresie ubezpieczenia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie ryzyka Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego wygasa zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień niniejszych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, równe sumie ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu należne jest od pierwszego dnia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
   1) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu trwał co najmniej 4 dni, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej;
   2) Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny, będący przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
   3) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w ciągu 14 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego;
   4) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym a Pobytem w Szpitalu istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, także w przypadku, gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, jednakże Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe wyłącznie za te dni, które miały miejsce w Okresie ubezpieczenia. ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.

4. W przypadku gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego rozpoczął się po 15 dniach od zajścia Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, Towarzystwo wypłaci świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości 25% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.
4[1]. W przypadku gdy Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny będący przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego miał miejsce przed początkiem Okresu ubezpieczenia, w okresie obejmowania ochroną danej osoby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości 25% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.
5. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
6. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   1) karty informacyjnej z leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu;
   2) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
   3) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie. Koszt takich badań ponosi Towarzystwo Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego miał miejsce w związku w okolicznościami, o których mowa w § 7 ust. 5 - 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO).
2. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie wysokości sumy ubezpieczenia za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego za pierwsze 14 dni tego Pobytu. Po upływie okresu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Świadczenie ubezpieczeniowe za kolejne dni Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego zostanie wypłacone w wysokości 25% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 8 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 9, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 5, 9, 17, 18, 20 i 24 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 9, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 20, 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO), w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 8, 9, 12, 16, 17, 18, 20, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU PRZY PRACY

Ze zmianami uzgodnionymi przez
Strony umowy ubezpieczenia

Kod warunków: UG_PWSNWP/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. **Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy**, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.
2. Rozszerzenie zakresu o ryzyko, o którym mowa w ust. 1, może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło również rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, zgodnie z postanowieniami Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO).

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Nieszczęśliwy wypadek przy pracy** - Nieszczęśliwy wypadek będący wyłączną i bezpośrednią przyczyną Pobytu w Szpitalu, który miał miejsce:
      a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych w ramach istniejącego stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego,
      b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności na rzecz przełożonego nawet bez polecenia w ramach istniejącego stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego,
      c) w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji przełożonego w drodze między siedzibą przełożonego a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego.

   Przez stosunki cywilnoprawne należy rozumieć wyłącznie takie stosunki prawne, których zawarcie powoduje konieczność odprowadzania składek na poczet ubezpieczenia społecznego.
2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia a także w zakresie nieuregulowanym - znaczenie przyjęte w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO).

ZAKRES I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym objętym ochroną jest Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy w Okresie ubezpieczenia.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie ryzyka Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy wygasa zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy, równe sumie ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy należne jest od pierwszego dnia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
   1) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy trwał co najmniej 4 dni, z zastrzeżeniem ust. 3;
   2) Nieszczęśliwy wypadek przy pracy, będący przyczyna Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
   3) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w ciągu 14 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku przy pracy;

4) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy a Pobytem w Szpitalu istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy.

3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowej także w przypadku, gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, jednakże Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe wyłącznie za te dni, które miały miejsce w Okresie ubezpieczenia. ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.
4. W przypadku gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy rozpoczął się po 15 dniach od zajścia Nieszczęśliwego wypadku przy pracy, Towarzystwo wypłaci świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości 25% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.

4[1]. W przypadku gdy Nieszczęśliwy wypadek przy pracy będący przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy miał miejsce przed początkiem Okresu ubezpieczenia, w okresie obejmowania ochroną danej osoby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości 25% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.

5. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
6. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   1) karty informacyjnej z leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu;
   2) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
   3) zaświadczenia o zatrudnieniu Ubezpieczonego na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego – jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
   4) protokołu powypadkowego z miejsca Nieszczęśliwego wypadku przy pracy – jeżeli jest w posiadaniu uprawnionego;
   5) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu miał miejsce w związku w okolicznościami, o których mowa w § 7 ust. 5 - 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO).
2. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie wysokości sumy ubezpieczenia za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego za pierwsze 14 dni tego Pobytu. Po upływie okresu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Świadczenie ubezpieczeniowe za kolejne dni Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy zostanie wypłacone w wysokości 25% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 4, 8, 14, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2 i 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 9, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2 i 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 5, 17, 18, 20 i 24 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2 i 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 8, 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 9, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 20, 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2 i 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 8, 9, 12, 16, 17, 18, 20, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 7, 8, 12, 13, 16, 19 i 26 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Przyokopowej 33, 01-208 Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000292551, posiadająca numer REGON 141186640 i numer NIP 107-00-08-220, kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości wpłacony wynosi 95 500 000 zł.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK POBYTU MAŁŻONKA ALBO PARTNERA UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Ze zmianami uzgodnionymi przez
Strony umowy ubezpieczenia

Kod warunków: UG_PWSMPNW/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ochrony w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Małżonek** - osoba fizyczna, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   2) **Partner** - niespokrewniona z Ubezpieczonym osoba fizyczna pozostająca w dniu Zdarzenia ubezpieczeniowego w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo domowe, o ile dana osoba została wskazana jako Partner w Deklaracji zgody Ubezpieczonego. Wskazanie może być w każdym czasie odwołane, a zmienione jedynie ze skutkiem na rocznicę Umowy ubezpieczenia. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Partnera nie uważa się:
      a) osoby, która pozostaje w związku małżeńskim w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
      b) każdej innej osoby - w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   3) **Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku -** okres, w którym Małżonek albo Partner Ubezpieczonego przebywa w Szpitalu celem leczenia obrażeń doznanych wskutek Nieszczęśliwego wypadku. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia okres Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku rozpoczyna się w dniu przyjęcia do Szpitala, a kończy się w dniu wypisania Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego ze Szpitala. Jeżeli przerwa pomiędzy kolejnymi Pobytami w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku nie przekracza doby, wówczas uznaje się, że ciągłość Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku została zachowana. W okres Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku nie wlicza się przepustek. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku uważa się za pełny;
   4) **Szpital** - przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalnego, uprawnionym do oferowania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z prawem na terytorium Europy, Ameryki Północnej, Indii, Egiptu, Izraela, Australii, Nowej Zelandii, Singapuru oraz Japonii, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego, w Okresie ubezpieczenia, Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie ryzyka Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wygasa zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, za każdy dzień Pobytu w Szpitalu, równe sumie ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczone-

go w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu w Szpitalu należne jest od pierwszego dnia Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu.

2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem, że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
   1) Pobyt w Szpitalu trwał co najmniej 4 dni, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej;
   2) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
   3) Pobyt w Szpitalu rozpoczął się w ciągu 14 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
   4) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem a Pobytem w Szpitalu istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy.
3. W przypadku gdy Pobyt Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się po 15 dniach od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, także w przypadku, gdy Pobyt Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, jednakże Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe wyłącznie za te dni, które miały miejsce w Okresie ubezpieczenia.

4[1]. W przypadku gdy Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku miał miejsce przed początkiem Okresu ubezpieczenia, w okresie obejmowania ochroną danej osoby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

5. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
6. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   1) odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego z Małżonkiem – w przypadku Pobytu Małżonka Ubezpieczonego w Szpitalu;
   2) karty informacyjnej z leczenia Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu;
   3) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
   4) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń, w każdym roku Okresu ubezpieczenia, jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych za łącznie nie więcej niż 90 dni Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu w wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie wysokości sumy ubezpieczenia za każdy dzień Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego za pierwsze 14 dni tego Pobytu. Po upływie okresu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Świadczenie ubezpieczeniowe za kolejne dni Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku zostaną wypłacone w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce:
   1) w szpitalu uzdrowiskowym (sanatoryjnym);
   2) w szpitalu rehabilitacyjnym;
   3) w szpitalu psychiatrycznym;
   4) w sanatorium;
   5) w uzdrowisku;
   6) ośrodku opieki społecznej;
   7) ośrodku dla psychicznie chorych;
   8) hospicjum;
   9) ośrodku leczenia uzależnień;
   10) na oddziale rehabilitacyjnym.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w wyniku:
   1) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;

2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
4) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
5) Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii a także aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego
6) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
7) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
8) wypadku spowodowanego przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
9) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
10) wypadku lotniczego, jeżeli Małżonek albo Partner Ubezpieczonego nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
11) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 - F99).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 4, 14, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2 i 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 9, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2 i 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 5, 17, 18, 20 i 24 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2 i 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 9, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 20, 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2 i 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 9, 12, 16, 17, 18, 20, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 7, 12, 13, 16, 19 i 26 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 9, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK POBYTU MAŁŻONKA ALBO PARTNERA UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

Ze zmianami uzgodnionymi przez
Strony umowy ubezpieczenia

Kod warunków: UG_PWSMP/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ochrony w Umowie ubezpieczenia o ryzyko na wypadek Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Małżonek** - osoba fizyczna, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
   2) **Partner** - niespokrewniona z Ubezpieczonym osoba fizyczna pozostająca w dniu Zdarzenia ubezpieczeniowego w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo domowe, o ile dana osoba została wskazana jako Partner w Deklaracji zgody Ubezpieczonego. Wskazanie może być w każdym czasie odwołane, a zmienione jedynie ze skutkiem na rocznicę Umowy ubezpieczenia. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Partnera nie uważa się:
      a) osoby, która pozostaje w związku małżeńskim w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
      b) każdej innej osoby - w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami;
   3) **Pobyt w Szpitalu** - okres, w którym Małżonek albo Partner Ubezpieczonego przebywa w Szpitalu celem leczenia obrażeń doznanych wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub wskutek Choroby. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia okres Pobytu w Szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia do Szpitala, a kończy się w dniu wypisania Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego ze Szpitala. Jeżeli przerwa pomiędzy kolejnymi Pobytami w Szpitalu nie przekracza doby, wówczas uznaje się, że ciągłość Pobytu w Szpitalu została zachowana. W okres Pobytu w Szpitalu nie wlicza się przepustek. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu uważa się za pełny;
   4) **Szpital** - przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalnego, uprawniony do oferowania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z prawem na terytorium Europy, Ameryki Północnej, Indii, Egiptu, Izraela, Australii, Nowej Zelandii, Singapuru oraz Japonii, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego, w Okresie ubezpieczenia, Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie ryzyka Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wygasa zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, za każdy dzień Pobytu w Szpitalu, równe sumie ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu w Szpitalu należne jest od pierwszego dnia Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że Pobyt w Szpitalu trwał co najmniej 4 dni w Okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, także w przypadku, gdy Pobyt Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w Okresie ubezpie-

czenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, jednakże Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe wyłącznie za te dni, które miały miejsce w Okresie ubezpieczenia.
4. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
5. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   1) odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego z Małżonkiem – w przypadku Pobytu Małżonka Ubezpieczonego w Szpitalu;
   2) karty informacyjnej z leczenia Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu;
   3) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
   4) kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
1[1]. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Postanowienie ma wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie Karencja.
1[2]. Postanowienia ust. 1[1] mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 3 miesiące. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń, w każdym roku Okresu ubezpieczenia, jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych za łącznie nie więcej niż 90 dni Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu, niezależnie od przyczyny Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu, który miał miejsce:
   1) w szpitalu uzdrowiskowym (sanatoryjnym);
   2) w szpitalu rehabilitacyjnym;
   3) w szpitalu psychiatrycznym;
   4) w sanatorium;
   5) w uzdrowisku;
   6) ośrodku opieki społecznej;
   7) ośrodku dla psychicznie chorych;
   8) hospicjum;
   9) ośrodku leczenia uzależnień;
   10) na oddziale rehabilitacyjnym.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu, który nastąpił:
   1) w wyniku Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   2) w wyniku Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   3) w wyniku próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   4) w wyniku zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;

5) w wyniku Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii a także aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
6) w wyniku Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
7) w wyniku udziału w Sportach wysokiego ryzyka o ile powyższy udział miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
8) w wyniku wypadku spowodowanego przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
9) w związku z leczeniem niepłodności;
10) w wyniku zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
11) w wyniku choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg. Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00-F99) oraz uzależnień od leków, narkotyków lub środków odurzających, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
12) w wyniku Choroby wywołanej przez wirus HIV, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
13) w związku z przeprowadzeniem rutynowych lub profilaktycznych badań kontrolnych w tym badania lekarskiego, a także badań diagnostycznych;
14) w związku z leczeniem wad wrodzonych lub skutków tych wad, zmiany płci;
15) w związku z przeprowadzeniem operacji plastycznych (w tym powiększenie lub pomniejszenie piersi), kosmetycznych lub chirurgii szczękowej lub stomatologicznej, chyba, że są one niezbędne w celu usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku;
16) w wyniku wypadku lotniczego, jeżeli Małżonka albo Partner Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
17) odmowy poddania się leczeniu, w tym m.in. wypisanie się ze Szpitala na własne żądanie.

6. Towarzystwo Ubezpieczeń w okresie pierwszych 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli:
   1) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego prowadzono diagnostykę lub leczenie w kierunku Choroby, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej lub
   2) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego została zdiagnozowana Choroba, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej.
7. Towarzystwo Ubezpieczeń uzna swoją odpowiedzialność również w sytuacji, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w wyniku Choroby leczonej lub zdiagnozowanej w okresie obejmowania ochroną danej osoby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia zdania poprzedniego mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ochrony ubezpieczenia, tj. od dnia objęcia jej ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego na OIOM (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2 i 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWSMP/12/17/GO) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 4, 8 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 3 Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 19, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2 i 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWSMP/12/17/GO) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 5, 17, 18, 20 i 24 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2 i 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWSMP/12/17/GO) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 9, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 20, 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWSMP/12/17/GO) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 6, 9, 17, 18, 20, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 6, 8 i 13 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK POBYTU MAŁŻONKA ALBO PARTNERA UBEZPIECZONEGO NA OIOM

Kod warunków: UG_MPOIOM/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. **Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego na OIOM**, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Małżonka albo Partnera na OIOM.
2. Rozszerzenie zakresu o ryzyko, o którym mowa w ust. 1, może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło również rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu, zgodnie z postanowieniami Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_ PWSMP/12/17/GO).

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Pobyt na OIOM** - trwający nieprzerwanie okres przebywania Małżonka albo Partnera na OIOM w trakcie Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu, w celu leczenia obrażeń doznanych wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub wskutek Choroby;
   2) **OIOM** - Oddział Intensywnej Opieki Medycznej/Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT) - wydzielony, specjalistyczny oddział Szpitala przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia, a także w zakresie nieuregulowanym - znaczenie przyjęte w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_ PWSMP/12/17/GO).

ZAKRES I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniami ubezpieczeniowymi jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego, w Okresie ubezpieczenia, Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego na OIOM.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie ryzyka Pobytu Małżonka albo Partnera na OIOM wygasa zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego na OIOM, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe za każdy dzień Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego na OIOM, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego na OIOM należne jest od pierwszego dnia tego Pobytu.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
   1) Pobyt Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego na OIOM trwał co na najmniej 2 dni (każdy rozpoczęty dzień uznaje się za pełny);
   2) Pobyt Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu (w trakcie którego miał miejsce Pobyt na OIOM) trwał co najmniej 4 dni,

   z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, także w przypadku, gdy Pobyt Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu (w trakcie którego miał miejsce Pobyt na OIOM) lub Pobyt na OIOM rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, jednakże Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe wyłącznie za te dni Pobytu na OIOM, które miały miejsce w Okresie ubezpieczenia.
4. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
5. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Przyokopowej 33, 01-208 Warszawa,
zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000292551,
posiadająca numer REGON 141186640 i numer NIP 107-00-08-220, kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości wpłacony wynosi 95 500 000 zł.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego na OIOM jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   1) odpisu skróconego aktu małżeństwa Ubezpieczonego z Małżonkiem – w przypadku Pobytu Małżonka Ubezpieczonego w Szpitalu;
   2) karty informacyjnej z leczenia Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu;
   3) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu (w trakcie którego miał miejsce Pobyt na OIOM) miał miejsce w związku z okolicznościami, o których mowa w § 7 ust. 5 - 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_ PWSMP/12/17/GO).
2. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń, w każdym roku Okresu ubezpieczenia, jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych za łącznie nie więcej niż 14 dni Pobytu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego na OIOM. Po upływie okresu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie tego Pobytu jest wyłączona i w konsekwencji Świadczenie ubezpieczenie za kolejne dni Pobytu na OIOM nie zostaną wypłacone.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 22 grudnia 2017 roku.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 4, 8, 14, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 9, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 5, 17, 18, 20 i 24 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 8, 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 9, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 19, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 8, 9, 12, 16, 17, 18, 20, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 7, 8, 12, 13, 16, 19 i 26 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK POBYTU DZIECKA UBEZPIECZONEGO W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Kod warunków: UG_PWSNWDZI/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ochrony w Umowie ubezpieczenia o Pobyt Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Dziecko** - dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ma ukończonego 18. roku życia, a w przypadku kontynuacji nauki – nie ma ukończonego 25. roku życia;
   2) **Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** - okres, w którym Dziecko Ubezpieczonego przebywa w Szpitalu celem leczenia obrażeń doznanych wskutek Nieszczęśliwego wypadku. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia okres Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku rozpoczyna się w dniu przyjęcia do Szpitala, a kończy się w dniu wypisania Dziecka Ubezpieczonego ze Szpitala. Jeżeli przerwa pomiędzy kolejnymi Pobytami w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku nie przekracza doby, wówczas uznaje się, że ciągłość Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku została zachowana. W okres Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku nie wlicza się przepustek. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku uważa się za pełny;
   3) **Szpital** - przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalnego, uprawnionym do oferowania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z prawem na terytorium Europy, Ameryki Północnej, Indii, Egiptu, Izraela, Australii, Nowej Zelandii, Singapuru oraz Japonii, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego, w Okresie ubezpieczenia, Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie ryzyka Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wygasa zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, za każdy dzień Pobytu w Szpitalu, równe sumie ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku należne jest od pierwszego dnia Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
   1) Pobyt Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku trwał co najmniej 4 dni, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej;
   2) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyna Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
   3) Pobyt Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w ciągu 14 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
   4) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem a Pobytem w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy.
3. W przypadku gdy Pobyt Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się po 15 dniach od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, także w przypadku, gdy Pobyt Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, jednakże Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe wyłącznie za te dni, które miały miejsce w Okresie ubezpieczenia.
5. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.

Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Przyokopowej 33, 01-208 Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000292551, posiadająca numer REGON 141186640 i numer NIP 107-00-08-220, kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości wpłacony wynosi 95 500 000 zł.

6. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   1) karty informacyjnej z leczenia Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu;
   2) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka, w którym Ubezpieczony został wskazany jako rodzic;
   3) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu;
   4) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń, w każdym roku Okresu ubezpieczenia, jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych za łącznie nie więcej niż 90 dni Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu w wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie wysokości sumy ubezpieczenia za każdy dzień Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego za pierwsze 14 dni tego Pobytu. Po upływie okresu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Świadczenie ubezpieczeniowe za kolejne dni Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku zostanie wypłacone w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w Szpitalu, który miał miejsce:
   1) w szpitalu uzdrowiskowym (sanatoryjnym);
   2) w szpitalu rehabilitacyjnym;
   3) w szpitalu psychiatrycznym;
   4) w sanatorium;
   5) w uzdrowisku;
   6) ośrodku opieki społecznej;
   7) ośrodku dla psychicznie chorych;
   8) hospicjum;
   9) ośrodku leczenia uzależnień;
   10) na oddziale rehabilitacyjnym.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w wyniku:
   1) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Dziecka Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   4) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Dziecko Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   5) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   6) Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii a także aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   7) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
   8) wypadku spowodowanego przez Dziecko Ubezpieczonego, gdy prowadził ono pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Dziecko Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   9) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   10) wypadku lotniczego, jeżeli Dziecko Ubezpieczonego nie było pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   11) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 - F99).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 22 grudnia 2017 roku.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 4, 14, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 9, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 5, 17, 18, 20 i 24 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 9, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 20, 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 9, 12, 16, 17, 18, 20, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 7, 12, 13, 16, 19 i 26 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 9, 14, 16, 17, 20, 21, 22, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK POBYTU DZIECKA UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Kod warunków: UG_PWSDZI/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ochrony w Umowie ubezpieczenia o Pobyt Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Dziecko** - dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ma ukończonego 18. roku życia, a w przypadku kontynuacji nauki – nie ma ukończonego 25. roku życia;
   2) **Pobyt w Szpitalu** - okres, w którym Dziecko Ubezpieczonego przebywa w Szpitalu celem leczenia obrażeń doznanych wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub wskutek Choroby. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia okres Pobytu w Szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia do Szpitala, a kończy się w dniu wypisania Dziecka Ubezpieczonego ze Szpitala. Jeżeli przerwa pomiędzy kolejnymi Pobytami w Szpitalu nie przekracza doby, wówczas uznaje się, że ciągłość Pobytu w Szpitalu została zachowana. W okres Pobytu w Szpitalu nie wlicza się przepustek. Każdy rozpoczęty dzień Pobytu w Szpitalu uważa się za pełny;
   3) **Szpital** - przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalnego, uprawnionym do oferowania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z prawem na terytorium Europy, Ameryki Północnej, Indii, Egiptu, Izraela, Australii, Nowej Zelandii, Singapuru oraz Japonii, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie w życiu Ubezpieczonego Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie ryzyka Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wygasa zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, za każdy dzień Pobytu w Szpitalu, równe sumie ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu w Szpitalu należne jest od pierwszego dnia Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że Pobyt Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu trwał co najmniej 4 dni w Okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej,
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, także w przypadku, gdy Pobyt Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, jednakże Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe wyłącznie za te dni, które miały miejsce w Okresie ubezpieczenia.
4. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
5. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   1) karty informacyjnej z leczenia Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu;

2) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka, w którym Ubezpieczony został wskazany jako rodzic;
3) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.

2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
1¹. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Postanowienie ma wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie Karencja.
1². Postanowienia ust. 1¹ mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 3 miesiące. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń, w każdym roku Okresu ubezpieczenia, jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych za łącznie nie więcej niż 90 dni Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu, niezależnie od przyczyny Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu, który miał miejsce:
   1) w szpitalu uzdrowiskowym (sanatoryjnym);
   2) w szpitalu rehabilitacyjnym;
   3) w szpitalu psychiatrycznym;
   4) w sanatorium;
   5) w uzdrowisku;
   6) ośrodku opieki społecznej;
   7) ośrodku dla psychicznie chorych;
   8) hospicjum;
   9) ośrodku leczenia uzależnień;
   10) na oddziale rehabilitacyjnym.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu, który nastąpił:
   1) w wyniku Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   2) w wyniku Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   3) w wyniku próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Dziecka Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   4) w wyniku zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Dziecko Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   5) w wyniku Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii a także aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   6) w wyniku Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
   7) w wyniku udziału w Sportach wysokiego ryzyka o ile powyższy udział miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   8) w wyniku wypadku spowodowanego przez Dziecko Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Dziecko Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   9) w związku z leczeniem niepłodności;
   10) w wyniku zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;

11) w wyniku choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg. Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00-F99) oraz uzależnień od leków, narkotyków lub środków odurzających, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
12) Choroby wywołanej przez wirus HIV, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
13) w związku z przeprowadzeniem rutynowych lub profilaktycznych badań kontrolnych, w tym badania lekarskiego, a także badań diagnostycznych;
14) w związku z leczeniem wad wrodzonych lub skutków tych wad, zmiany płci;
15) w związku z wykonaniem operacji plastycznych (w tym powiększenie lub pomniejszenie piersi), kosmetycznych lub chirurgii szczękowej lub stomatologicznej, chyba, że są one niezbędne w celu usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku;
16) w wyniku wypadku lotniczego, jeżeli Dziecko Ubezpieczonego nie było pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
17) odmowy poddania się leczeniu, w tym wypisanie się ze Szpitala na własne żądanie.

6. Towarzystwo Ubezpieczeń w okresie pierwszych 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli:
   1) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Dziecka Ubezpieczonego prowadzono diagnostykę lub leczenie w kierunku Choroby, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej lub
   2) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Dziecka Ubezpieczonego została zdiagnozowana Choroba, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej.
7. Towarzystwo Ubezpieczeń uzna swoją odpowiedzialność również w sytuacji, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w wyniku Choroby leczonej lub zdiagnozowanej w okresie obejmowania ochroną danej osoby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia zdania poprzedniego mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ochrony ubezpieczenia, tj. od dnia objęcia jej ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 4, 8 i 17 Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 9, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 4, 5, 8, 17, 18, 20 i 24 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 9, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 20, 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 8, 9, 12, 16, 17, 18, 20, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 7, 8, 12, 13, 16, 19 i 26 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNEJ UBEZPIECZONEGO

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Kod warunków: UG_OC/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Operacji chirurgicznej.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Operacja chirurgiczna (Operacja)** - zabieg chirurgiczny polegający na naruszeniu ciągłości tkanek, przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym w Szpitalu przez lekarza uprawnionego do jego wykonania. Z medycznego punktu widzenia Operacja musi być konieczna w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów Choroby lub obrażeń doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. Przez Operację należy rozumieć tylko taką Operację, która jest wymieniona w Tabeli;
   2) **Szpital** - przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalnego, uprawniony do oferowania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z prawem na terytorium Europy, Ameryki Północnej, Indii, Egiptu, Izraela, Australii, Nowej Zelandii, Singapuru oraz Japonii, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej;
   3) **Tabela (Tabela operacji chirurgicznych)** - katalog Operacji, stanowiący załącznik do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, klasyfikujący Operacje na grupy: A, B, C, D, E, a także określający wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego przysługującego z tytułu wykonania danego rodzaju Operacji chirurgicznej. Wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego została określona jako procent sumy ubezpieczenia, ustalany z zgodnie z poniższymi zasadami:
      a) Operacje chirurgiczne z grupy A - 100% sumy ubezpieczenia,
      b) Operacje chirurgiczne z grupy B - 75% sumy ubezpieczenia,
      c) Operacje chirurgiczne z grupy C - 50% sumy ubezpieczenia,
      d) Operacje chirurgiczne z grupy D - 25% sumy ubezpieczenia,
      e) Operacje chirurgiczne z grupy E - 12,5% sumy ubezpieczenia.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętym zakresem ubezpieczenia na podstawie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia jest przeprowadzenie w Okresie ubezpieczenia na Ubezpieczonym Operacji chirurgicznej.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 5

1. Wysokość sumy ubezpieczenia wynika z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony.
2. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku wykonania Operacji chirurgicznej, będącej następstwem Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości odpowiedniego procentu sumy ubezpieczenia określonego w Tabeli, należnego za wykonanie danej Operacji chirurgicznej.
3. W przypadku Operacji chirurgicznej będącej następstwem Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
   1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Operacji chirurgicznej, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
   2) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem a Operacją chirurgiczną istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy.
4. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

5. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach i na zasadach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu wykonania Operacji chirurgicznej jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   1) dokumentacji medycznej potwierdzającej przeprowadzenie Operacji chirurgicznej;
   2) karty informacyjnej z leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu;
   3) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo Ubezpieczeń może również skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie. Koszt takich badań ponosi Towarzystwo Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka Operacji chirurgicznej w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
1[1]. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Postanowienie ma wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie Karencja.
1[2]. Postanowienia ust. 1[1] mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 3 miesiące. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w każdym roku Okresu ubezpieczenia jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych o łącznej wysokości nie wyższej niż 100% sumy ubezpieczenia.
4. Jeżeli podczas jednego zabiegu zostanie przeprowadzana więcej niż jedna Operacja, wówczas odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Operacji chirurgicznej, za którą jest przewidziane Świadczenie ubezpieczeniowe w najwyższej wysokości. W zakresie pozostałych przeprowadzonych Operacji Towarzystwo Ubezpieczeń jest wolne od odpowiedzialności.
5. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń jest ograniczona do wypłaty jednorazowego Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu danej Operacji chirurgicznej. Kolejne wykonanie takiej samej Operacji chirurgicznej w Okresie ubezpieczenia nie skutkuje powstaniem odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.
6. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności również w sytuacji, gdy druga lub kolejna Operacja chirurgiczna pozostaje z medycznego punktu widzenia w adekwatnym związku przyczynowo - skutkowym z Operacją chirurgiczną, z tytułu której Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaciło już Świadczenie ubezpieczeniowe w Okresie ubezpieczenia.
7. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Operacji chirurgicznej:
   1) przeprowadzonej jedynie w celach diagnostycznych;
   2) przeprowadzonej w trybie ambulatoryjnym;
   3) będącej operacją plastyczno-kosmetyczną, chyba że została przeprowadzona w celu leczenia obrażeń doznanych wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
8. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Operacji chirurgicznej, która nastąpiła w wyniku:
   1) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   2) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   3) leczenia Ubezpieczonego następującymi niekonwencjonalnymi metodami: homeopatia, akupunktura, akupresura, ziołolecznictwo, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   4) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   5) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;

6) Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także 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 nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
7) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
8) 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, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
9) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
10) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
11) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg. Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00-F99) oraz uzależnień od leków, narkotyków lub środków odurzających, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
12) Choroby wywołanej pośrednio lub bezpośrednio przez wirus HIV, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
13) leczenia wad wrodzonych lub skutków tych wad, zmiany płci, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
14) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
15) odmowy poddania się leczeniu, w tym wypisu na własne żądanie ze Szpitala, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

9. Towarzystwo Ubezpieczeń w okresie pierwszych 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli:
   1) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego prowadzono diagnostykę lub leczenie w kierunku Choroby, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej lub
   2) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego została zdiagnozowana Choroba, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej.
10. Towarzystwo Ubezpieczeń uzna swoją odpowiedzialność również w sytuacji, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w wyniku Choroby leczonej lub zdiagnozowanej w okresie obejmowania ochroną danej osoby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia zdania poprzedniego mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ochrony ubezpieczenia, tj. od dnia objęcia jej ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

TABELA OPERACJI OPEN LIFE

Lp.	Układ nerwowy
1.	Rozległa resekcja tkanki mózgowej A
2.	Wycięcie zmiany tkanki mózgowej A
3.	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej A
4.	Drenaż okolicy zmiany tkanki mózgowej B
5.	Wszczepienie stymulatora mózgu B
6.	Wentrykulostomia C
7.	Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu B
8.	Przeszczep nerwu czaszkowego A
9.	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego A
10.	Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego B
11.	Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego B
12.	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego A
13.	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego A
14.	Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego A
15.	Usunięcie zmiany opony mózgu A
16.	Rekonstrukcja opony twardej A
17.	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej A
18.	Drenaż przestrzeni podoponowej A
19.	Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego A
20.	Operacja korzenia nerwu rdzeniowego A
21.	Wycięcie nerwu obwodowego D
22.	Zniszczenie nerwu obwodowego D
23.	Wycięcie zmiany nerwu obwodowego D
24.	Rekonstrukcja nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną C
25.	Sympatektomia szyjna C
	Układ wydzielania wewnętrznego
1.	Wycięcie przysadki mózgowej A
2.	Zniszczenie przysadki mózgowej B
3.	Operacja szyszynki A
4.	Wycięcie tarczycy C
5.	Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy B
6.	Wycięcie tarczycy językowej B
7.	Wycięcie przytarczyc B
8.	Wycięcie grasicy C
9.	Wycięcie nadnercza C
10.	Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy C

	Gruczoł sutkowy
1.	Całkowite wycięcie sutka B
2.	Całkowita rekonstrukcja sutka B
3.	Nacięcie sutka E
4.	Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego D
	Narząd wzroku
1.	Wycięcie gałki ocznej C
2.	Usunięcie zmiany oczodołu C
3.	Protezowanie gałki ocznej D
4.	Rewizja protezy gałki ocznej D
5.	Operacyjna plastyka oczodołu C
6.	Nacięcie oczodołu D
7.	Rozcięcie kąta szpary powiekowej D
8.	Usunięcie zmiany powieki E
9.	Wycięcie nadmiaru powieki E
10.	Rekonstrukcja powieki D
11.	Korekcja deformacji powieki E
12.	Korekcja opadania powieki C
13.	Nacięcie powieki E
14.	Ochronne zeszycie szpary powiekowej E
15.	Wycięcie zmiany ciała rzęskowego E
16.	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową C
17.	Operacja kanału łzowego E
18.	Złożona operacja na mięśniach okoruchowych C
19.	Repozycja mięśnia okoruchowego D
20.	Usunięcie mięśnia okoruchowego D
21.	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego D
22.	Usunięcie zmiany spojówki E
23.	Operacja naprawcza spojówki E
24.	Nacięcie spojówki E
25.	Wycięcie zmiany rogówki D
26.	Plastyka rogówki D
27.	Operacja naprawcza rogówki D
28.	Nacięcie rogówki D
29.	Usunięcie zmiany twardówki D
30.	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem (z wyłączeniem koagulacji laserowej lub fotokoagulacji) A
31.	Nacięcie twardówki D
32.	Wycięcie tęczówki D
33.	Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki D
34.	Nacięcie tęczówki D
35.	Usunięcie ciała rzęskowego D
36.	Katarakta-usunięcie jednostronne C

37.	Katarakta – usunięcie obustronne B
38.	Nacięcie torebki soczewki oka E
39.	Operacja ciała szklistego C
40.	Zniszczenie zmiany siatkówki D
	Narząd słuchu
1.	Wycięcie ucha zewnętrznego D
2.	Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego E
3.	Plastyka ucha zewnętrznego D
4.	Drenaż ucha zewnętrznego E
5.	Otwarcie wyrostka sutkowatego C
6.	Operacja naprawcza błony bębenkowej C
7.	Drenaż ucha środkowego E
8.	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych C
9.	Usunięcie zmiany ucha środkowego C
10.	Operacja trąbki Eustachiusza C
11.	Operacja ślimaka A
12.	Operacja aparatu przedsionkowego C
	Układ oddechowy
1.	Amputacja nosa C
2.	Plastyka nosa D
3.	Operacja przegrody nosa E
4.	Operacja małżowiny wewnętrznej nosa E
5.	Operacyjna tamponada krwawienia z nosa wewnętrznego E
6.	Operacja nosa zewnętrznego E
7.	Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej z dostępu podwargowego E
8.	Operacja zatoki czołowej E
9.	Operacja zatoki klinowej E
10.	Operacja niewyszczególnionej zatoki przynosowej E
11.	Wycięcie gardła A
12.	Operacja naprawcza gardła C
13.	Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia) C
14.	Wycięcie krtani A
15.	Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą B
16.	Rekonstrukcja krtani A
17.	Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu E
18.	Częściowe wycięcie tchawicy A
19.	Plastyka tchawicy B
20.	Protezowanie tchawicy metodą otwartą C
21.	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej) D
22.	Otwarta operacja ostrogi tchawicy C
23.	Częściowe usunięcie oskrzela C

24.	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinaka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia) D
25.	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia) D
26.	Przeszczep płuca A
27.	Wycięcie płuca A
28.	Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą B
29.	Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznych) C
30.	Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu C
	Układ pokarmowy
1.	Częściowe wycięcie wargi E
2.	Usunięcie zmiany wargi E
3.	Korekcja deformacji wargi D
4.	Wycięcie języka C
5.	Usunięcie zmiany języka E
6.	Nacięcie języka E
7.	Usunięcie zmiany podniebienia E
8.	Korekcja deformacji podniebienia E
9.	Wycięcie migdałków podniebiennych E
10.	Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów) E
11.	Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł) C
12.	Wycięcie ślinianki D
13.	Usunięcie zmiany ślinianki E
14.	Nacięcie gruczołu ślinowego E
15.	Przeszczepienie przewodu ślinowego E
16.	Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą D
17.	Podwiązanie przewodu ślinowego E
18.	Poszerzenie przewodu ślinowego E
19.	Wycięcie przełyku i żołądka A
20.	Całkowite wycięcie przełyku A
21.	Częściowe wycięcie przełyku C
22.	Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą C
23.	Zespolenie omijające przełyk C
24.	Rewizja zespolenia przełyku C
25.	Operacja naprawcza przełyku A
26.	Wytworzenie przetoki przełykowej C
27.	Nacięcie przełyku C
28.	Operacja żylaków przełyku metodą otwartą C
29.	Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą C
30.	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową E
31.	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoskopu E
32.	Operacja naprawcza przepukliny przeponowej D

33.	Operacja antyrefluksowa D
34.	Rewizja po zabiegu antyrefluksowym D
35.	Całkowite wycięcie żołądka A
36.	Częściowe wycięcie żołądka B
37.	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego E
38.	Gastrostomia C
39.	Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową E
40.	Wycięcie dwunastnicy B
41.	Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą C
42.	Zespolenie omijające dwunastnicy C
43.	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy C
44.	Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu E
45.	Wycięcie jelita czczego A
46.	Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą B
47.	Jejunostomia C
48.	Zespolenie omijające jelita czczego C
49.	Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu C
50.	Wycięcie jelita krętego A
51.	Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą C
52.	Zespolenie omijające jelita krętego C
53.	Rewizja zespolenia jelita krętego C
54.	Wytworzenie ileostomii C
55.	Rewizja ileostomii D
56.	Śródbrzuszne manipulacje na jelicie krętym C
57.	Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu C
58.	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych D
59.	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy A
60.	Całkowite wycięcie okrężnicy A
61.	Rozszerzona prawostronna hemikolektomia B
62.	Resekcja poprzecznicy B
63.	Lewostronna hemikolektomia B
64.	Wycięcie esicy A
65.	Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą C
66.	Zespolenie omijające okrężnicy C
67.	Wyłonienie jelita ślepego C
68.	Nacięcie okrężnicy C
69.	Śródbrzuszne manipulacje na okrężnicy C
70.	Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu C
71.	Usunięcie zmiany okrężnicy przy użyciu endoskopu E
72.	Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoskopu E
73.	Wycięcie odbytnicy A

74.	Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą C
75.	Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą C
76.	Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu C
77.	Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze C
78.	Wycięcie odbytu B
79.	Wycięcie zmiany odbytu D
80.	Operacja naprawcza odbytu C
81.	Wycięcie hemoroidów D
82.	Drenaż przez okolicę krocza E
83.	Przeszczep wątroby A
84.	Częściowe wycięcie wątroby C
85.	Usunięcie zmiany wątroby C
86.	Nacięcie wątroby D
87.	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu C
88.	Zniszczenie zmiany w wątrobie przeznaczyniowo E
89.	Wycięcie pęcherzyka żółciowego C
90.	Zespolenie pęcherzyka żółciowego C
91.	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego C
92.	Nacięcie pęcherzyka żółciowego D
93.	Przezskórna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego D
94.	Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego C
95.	Usunięcie zmiany dróg żółciowych C
96.	Zespolenie przewodu wątrobowego D
97.	Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego (nie dotyczy zabiegu przezskórnego) C
98.	Operacja naprawcza przewodu żółciowego (nie dotyczy zabiegu przezskórnego) C
99.	Nacięcie przewodu żółciowego C
100.	Przezdwunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą C
101.	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego D
102.	Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego D
103.	Endoskopowa operacja przewodu trzustkowego D
104.	Przezskórna rewizja połączenia przewodu żółciowego D
105.	Przezskórna implantacja protezy przewodu żółciowego E
106.	Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra) E
107.	Przeszczep trzustki A
108.	Całkowite wycięcie trzustki A
109.	Wycięcie głowy trzustki A
110.	Zespolenie przewodu trzustkowego D
	Serce
1.	Przeszczep płuc i serca A
2.	Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu B
3.	Terapeutyczna przeznaczyniowa operacja przegrody serca B
4.	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału zastawkowego B

5.	Wytworzenie wewnątrzsercowego kanału innego rodzaju B
6.	Plastyka przedsionka serca A
7.	Walwuloplastyka mitralna A
8.	Walwuloplastyka aortalna A
9.	Plastyka zastawki trójdzielnej A
10.	Plastyka zastawki tętnicy płucnej A
11.	Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca A
12.	Rewizja plastyki zastawki serca A
13.	Otwarta walwulotomia A
14.	Zamknięta walwulotomia C
15.	Przezskórna operacja dotycząca zastawki serca C
16.	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca B
17.	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej B
18.	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu B
19.	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy B
20.	Pomostowanie tętnicy wieńcowej tętnicą piersiową wewnętrzną B
21.	Otwarta koronaroplastyka B
22.	Przezskórna balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej D
23.	Otwarta operacja układu bodźcoprzewodzącego serca B
24.	Wszczepienie systemu wspomagania serca C
25.	Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły D
26.	Inny stały sposób stymulacji serca D
27.	Wycięcie osierdzia A
28.	Drenaż osierdzia D
29.	Nacięcie osierdzia D
	Układ naczyniowy
1.	Przezskórna operacja tętnicy płucnej C
2.	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego A
3.	Wycięcie tętniaka aorty ze wskazań nagłych A
4.	Wymiana aortalnej protezy naczyniowej A
5.	Plastyka aorty A
6.	Przeznaczyniowa operacja aorty C
7.	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej A
8.	Przeznaczyniowa operacja tętnicy szyjnej C
9.	Operacja tętniaka tętnicy mózgu (nie dotyczy zabiegu wewnątrznaczyniowego) A
10.	Przeznaczyniowa operacja tętnicy mózgowej C
11.	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej A
12.	Przeznaczyniowa operacja tętnicy podobojczykowej D
13.	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej A
14.	Przeznaczyniowa operacja tętnicy nerkowej D
15.	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej A

16.	Przeznaczyniowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej D
17.	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych A
18.	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej A
19.	Przeznaczyniowa operacja tętnicy biodrowej D
20.	Operacja tętniaka tętnicy udowej ze wskazań nagłych A
21.	Rekonstrukcja tętnicy udowej A
22.	Przeznaczyniowa operacja tętnicy udowej C
23.	Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy C
24.	Wycięcie innej tętnicy C
25.	Operacja naprawcza innej tętnicy C
26.	Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna innych tętnic C
27.	Zespolenie tętniczo-żylne D
28.	Zespolenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej D
29.	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej E
30.	Operacja żylaków kończyny dolnej z usunięciem żyły odpiszczelowej D
31.	Usunięcie skrzepliny z żyły metodą otwartą D
32.	Przeznaczyniowa operacja terapeutyczna naczynia żylnego E
	Układ moczowy
1.	Przeszczep nerki B
2.	Całkowite wycięcie nerki B
3.	Częściowe wycięcie nerki C
4.	Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą C
5.	Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą C
6.	Nacięcie nerki C
7.	Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową E
8.	Operacja nerki przez nefrostomię E
9.	Wycięcie moczowodu C
10.	Wytworzenie przetoki moczowodowej D
11.	Reimplantacja moczowodu C
12.	Operacja naprawcza moczowodu C
13.	Nacięcie moczowodu C
14.	Terapeutyczna operacja moczowodu przez nefroskop D
15.	Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop E
16.	Operacja w zakresie ujścia moczowodu E
17.	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego A
18.	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego D
19.	Powiększenie pęcherza D
20.	Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skórnej D
21.	Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową E
22.	Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza D
23.	Brzuszno-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety D
24.	Brzuszna plastyka ujścia pęcherza u kobiety D

25.	Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety D
26.	Terapeutyczna endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety D
27.	Wycięcie prostaty metodą otwartą B
28.	Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny D
29.	Wycięcie cewki moczowej C
30.	Operacja naprawcza cewki moczowej D
31.	Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej E
32.	Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej E
	Układ rozrodczy męski
1.	Usunięcie moszny D
2.	Obustronne wycięcie jąder C
3.	Usunięcie zmiany jądra D
4.	Jednostronne wycięcie jądra D
5.	Protezowanie jądra D
6.	Operacja wodniaka jądra D
7.	Operacja najądrza D
8.	Wycięcie nasieniowodu E
9.	Operacja naprawcza powrózka nasiennego C
10.	Operacja żylaków powrózka nasiennego E
11.	Operacja pęcherzyków nasiennych D
12.	Amputacja prącia B
13.	Usunięcie zmiany prącia D
14.	Operacja plastyczna prącia E
15.	Protezowanie prącia E
16.	Operacja napletka E
	Układ rozrodczy żeński
1.	Operacja łechtaczki E
2.	Operacja gruczołu Bartholina E
3.	Wycięcie sromu D
4.	Wycięcie zmiany sromu E
5.	Operacja naprawcza w obrębie sromu E
6.	Nacięcie kanału pochwy E
7.	Wycięcie pochwy E
8.	Nacięcie zrostów pochwy E
9.	Usunięcie zmiany pochwy E
10.	Operacja plastyczna pochwy E
11.	Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy D
12.	Plastyka sklepienia pochwy E
13.	Operacja w obrębie zatoki Douglase'a E
14.	Wycięcie szyjki macicy D
15.	Wycięcie zmiany szyjki macicy E

16.	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną B
17.	Wycięcie macicy drogą przezpochwową C
18.	Terapeutyczna operacja endoskopowa macicy E
19.	Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy C
20.	Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy D
21.	Częściowe wycięcie jajowodu D
22.	Wszczepienie protezy jajowodu D
23.	Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów E
24.	Nacięcie jajowodu C
25.	Operacja dotycząca strzępków jajowodu E
26.	Częściowe wycięcie jajnika E
27.	Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika D
28.	Operacja naprawcza jajnika E
29.	Operacja endoskopowa dotycząca jajnika E
30.	Operacja więzadła szerokiego macicy E
31.	Operacja innego więzadła macicy E
32.	Cesarskie cięcie E
	Skóra i tkanki miękkie
1.	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego B
2.	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego D
3.	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórnego D
4.	Przeszczep płata skóry owłosionej D
5.	Przeszczep płata skórnego z unerwieniem C
6.	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórnego E
7.	Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego D
8.	Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego D
9.	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną, płata skóry D
10.	Przeszczep płata śluzówki D
11.	Siatkowy autoprzeszczep skóry D
12.	Przeszczep śluzówki D
13.	Przeszczepienie innej tkanki do skóry D
14.	Wprowadzenie ekspandera pod skórę E
15.	Rewizja ekspandera w tkance podskórnej E
16.	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej C
17.	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej C
18.	Wycięcie opłucnej metodą otwartą B
19.	Operacja terapeutyczna opłucnej przy użyciu endoskopu D
20.	Operacja naprawcza pękniętej przepony A
21.	Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej E
22.	Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej E
23.	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej E
24.	Pierwotna plastyka przepukliny udowej E

25.	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej E
26.	Plastyka przepukliny pępkowej E
27.	Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej E
28.	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej E
29.	Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu E
30.	Operacja dotycząca pępka E
31.	Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą (nie obejmuje uwalniania zrostów otrzewnej) C
32.	Drenaż otwarty jamy otrzewnej E
33.	Wycięcie zmiany otrzewnej E
34.	Operacja dotycząca sieci C
35.	Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego C
36.	Operacja dotycząca krezki okrężnicy C
37.	Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej C
38.	Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej E
39.	Przeszczep powięzi D
40.	Wycięcie powięzi brzucha D
41.	Usunięcie zmiany powięzi D
42.	Wycięcie zmiany w obrębie powięzi E
43.	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna D
44.	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna D
45.	Operacja kaletki maziowej D
46.	Przełożenie ścięgna D
47.	Wycięcie ścięgna D
48.	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna D
49.	Wtórna operacja naprawcza ścięgna E
50.	Uwolnienie ścięgna D
51.	Zmiana długości ścięgna D
52.	Wycięcie pochewki ścięgna D
53.	Przeszczep mięśnia C
54.	Wycięcie mięśnia E
55.	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szycia mięśnia) D
56.	Uwolnienie przykurczu mięśnia D
57.	Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych D
58.	Drenaż węzła chłonnego E
59.	Operacja przewodu limfatycznego C
60.	Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej D
	Układ kostno-stawowy
1.	Operacja naprawcza czaszki D
2.	Otwarcie czaszki A
3.	Wycięcie kości twarzy D
4.	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą D

5.	Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą D
6.	Wycięcie żuchwy C
7.	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą D
8.	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego C
9.	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny A
10.	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego D
11.	Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy A
12.	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup lędźwiowy (nie obejmuje operacji wycięcia krążka miedzykręgowego) A
13.	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa lędźwiowego B
14.	Operacja odbarczająca inne części kręgosłupa E
15.	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego B
16.	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego B
17.	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego B
18.	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego B
19.	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego E
20.	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego C
21.	Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego E
22.	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego A
23.	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa E
24.	Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa D
25.	Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych A
26.	Usunięcie zmiany kręgosłupa D
27.	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą D
28.	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą D
29.	Całkowita rekonstrukcja kciuka D
30.	Całkowita rekonstrukcja przodostopia D
31.	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia D
32.	Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości C
33.	Wycięcie kości ektopowej E
34.	Usunięcie zmiany kości C
35.	Otwarte chirurgiczne złamanie kości D
36.	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości D
37.	Rozdzielenie trzonu kości D
38.	Rozdzielenie kości stopy E
39.	Drenaż kości E
40.	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną D
41.	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną D
42.	Pierwotne otwarte nastawienie przezstawowego złamania kości C
43.	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości D
44.	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną C
45.	Zamknięte nastawienie złamania kości z przezskórną stabilizacją zewnętrzną D
46.	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości D

47.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu B
48.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu B
49.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu C
50.	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu C
51.	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu C
52.	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu C
53.	Protezowanie głowy kości udowej z użyciem cementu B
54.	Protezowanie głowy kości udowej bez użycia cementu B
55.	Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu C
56.	Protezowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu C
57.	Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu D
58.	Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu D
59.	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha E
60.	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym zewnątrzstawowym E
61.	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z innym przeszczepem kostnym E
62.	Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu E
63.	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu C
64.	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu E
65.	Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą D
66.	Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą E
67.	Protezowanie ścięgna D
68.	Wzmocnienie ścięgna protezą E
69.	Operacja stabilizująca staw metodą otwartą D
70.	Uwolnienie przykurczu stawu E
71.	Operacja struktur okołostawowych palucha E
72.	Terapeutyczna endoskopia chrząstki półksiężycowatej E
73.	Terapeutyczna endoskopia innych chrząstek stawowych E
74.	Terapeutyczna endoskopia innych struktur stawowych E
75.	Terapeutyczna endoskopia stawu kolanowego E
76.	Terapeutyczna endoskopia innego stawu E
77.	Reimplantacja kończyny górnej C
78.	Reimplantacja kończyny dolnej C
79.	Reimplantacja innego narządu C
80.	Wszczepienie protezy kończyny A
81.	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia C
82.	Amputacja ręki na wysokości nadgarstka D
83.	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda C
84.	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia i stopy D
85.	Amputacja palucha E

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

Skorowidz informacji zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 20 Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 9 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 3, 4, 5, 8, 9, 17, 18, 20 i 24 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 8, 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 9, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 20, 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 8, 16, 17, 18, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 7, 8, 12, 13, 16, 19 i 26 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI UBEZPIECZONEGO DO PRACY

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Kod warunków: UG_CNDP/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Całkowitej niezdolność do pracy.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Całkowita niezdolność do pracy** – całkowita niezdolność do wykonywania przez Ubezpieczonego jakiejkolwiek pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie, stwierdzona Orzeczeniem wydanym na okres dłuższy niż 12 miesięcy. Za dzień wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy uznaje się dzień powstania całkowitej niezdolności do pracy wskazany w Orzeczeniu;
   2) **Orzeczenie** – prawomocne orzeczenie wydane na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach przez uprawnionego lekarza orzecznika, lekarza rzeczoznawcę, uprawnioną komisję lekarską lub sąd powszechny lub decyzja organu rentowego, stwierdzające całkowitą niezdolność Ubezpieczonego do pracy, wydane nie później niż w ciągu 12 miesięcy od dnia zakończenia Okresu ubezpieczenia.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

Zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętym zakresem ubezpieczenia, jest wystąpienie w Okresie ubezpieczenia Całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie również potwierdzona w Certyfikacie.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem, że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
   1) Choroba, będąca przyczyną Całkowitej niezdolności do pracy została zdiagnozowana w Okresie ubezpieczenia, lub
   2) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Całkowitej niezdolności do pracy, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
4. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   1) Orzeczenia;
   2) dokumentacji medycznej oraz zaświadczeń lekarskich wydanych do celów rentowych i pozarentowych potwierdzająca Całkowitą niezdolność Ubezpieczonego do pracy;
   3) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu- w przypadku, gdy podstawą wydania Orzeczenia był Nieszczęśliwy wypadek;

Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Przyokopowej 33, 01-208 Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000292551, posiadająca numer REGON 141186640 i numer NIP 107-00-08-220, kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości wpłacony wynosi 95 500 000 zł.

4) dokumentu stwierdzającego tożsamość uprawnionego do Świadczenia ubezpieczeniowego.

2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów dotyczących stanu zdrowia lub skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie. Koszt takich badań ponosi Towarzystwo Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka Całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.

1[1]. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Postanowienie ma wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie Karencja.

1[2]. Postanowienia ust. 1[1] mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.

2. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 3 miesiące. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia ubezpieczeniowego. W przypadku wystąpienia kolejnej Całkowitej niezdolności do pracy Towarzystwo Ubezpieczeń jest wolne od odpowiedzialności.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy, która nastąpiła w wyniku:
   1) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   4) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   5) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   6) Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także 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 nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   7) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
   8) 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, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   9) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   10) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   11) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Rehabilitacji Ubezpieczonego po Pobycie w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 8 Warunków Ubezpieczenia. § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 8, 9, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 5, 8, 17, 18, 20 i 24 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO) w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 9, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 20, 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1 i § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 9, 17, 18, i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 12, 13 i 18 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK REHABILITACJI UBEZPIECZONEGO PO POBYCIE W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Kod warunków: UG_RH/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. **Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Rehabilitacji Ubezpieczonego po Pobycie w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Rehabilitacji.
2. Rozszerzenie zakresu o ryzyko, o którym mowa w ust. 1, może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło również rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, zgodnie z postanowieniami Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO).

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Rehabilitacja Ubezpieczonego** - terapia mająca na celu polepszenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, podjęta na podstawie skierowania na Rehabilitację wydanego przez Szpital, w którym miał miejsce Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku. Przez skierowanie na Rehabilitację należy rozumieć informację zamieszczoną w karcie informacyjnej wydanej przez Szpital zalecającą podjęcie Rehabilitacji.
2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia, a także w zakresie nieuregulowanym – znaczenie przyjęte w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO).

ZAKRES I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętym zakresem ubezpieczenia na podstawie Warunków Dodatkowego ubezpieczenia jest wystąpienie w Okresie ubezpieczenia, Rehabilitacji Ubezpieczonego po Pobycie w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Rehabilitacji Ubezpieczonego, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie potwierdzona również w Certyfikacie.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
   1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyna Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
   2) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w ciągu 14 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku;
   3) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem a Pobytem w Szpitalu istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy;
   4) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku trwał nieprzerwanie dłużej niż 14 dni, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej;
   5) Szpital, w którym miał miejsce Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, w karcie informacyjnej z leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu zalecił podjęcie Rehabilitacji.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, także w przypadku, gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (po zakończeniu którego rozpoczęła się Rehabilitacja Ubezpieczonego) rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia.

4. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
5. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Rehabilitacji Ubezpieczonego jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   1) karty informacyjnej z leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu, zawierającą informację zalecającą podjęcie Rehabilitacji;
   2) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (po zakończeniu którego zakończeniu zalecono podjęcie Rehabilitacji przez Ubezpieczonego) miał miejsce w związku w okolicznościami, o których mowa w § 7 ust. 5 - 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/17/GO).
2. Odpowiedzialność Towarzystwa ubezpieczeń jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia ubezpieczeniowego, w każdym roku Okresu ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 22 grudnia 2017 roku.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Leczenia Specjalistycznego (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 9 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 2 - 9 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 27 Warunków Ubezpieczenia; § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 9 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 3, 5, 17, 18, 20 i 24 Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 9 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18 i 20 Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 9, 17 i 27 Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 17, 18, 20, 21 i 27 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 3, 6 i 9 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 12, 16, 18, 20 i 27 Warunków Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 6, 7, 8, 12, 13, 16, 19 i 26 Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 6, 8, 9, 14, 17, 18, 20, 21, 22, 24 i 27 Warunków Ubezpieczenia.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Kod warunków: UG_LS/12/17/GO

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. **Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Leczenia specjalistycznego**, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia", mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Leczenie specjalistyczne.
2. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia na podstawie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia może obejmować jeden z następujących wariantów ochrony ubezpieczeniowej:
   a) Leczenie specjalistyczne (wariant pierwszy) lub
   b) Leczenie specjalistyczne (wariant drugi).

   Wariant ryzyka Leczenia specjalistycznego wynika z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **Leczenie specjalistyczne** (inaczej: Zabiegi specjalistyczne) - procedura medyczna, której poddał się Ubezpieczony, polegająca na przeprowadzeniu jednego z zabiegów lub sposobów leczenia określonych w pkt 2 - 8 poniżej;
   2) **Ablacja** - zabieg medyczny wykonywany z użyciem prądu o częstotliwości radiowej w celu leczenia zaburzeń rytmu serca;
   3) **Chemioterapia** - metoda systemowego leczenia choroby nowotworowej z wykorzystaniem jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków d chemioterapeutycznych według klasyfikacji ATC podanego drogą pozajelitową, o ile Chemioterapia została zalecona przez onkologa lub hematologa. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Chemioterapię nie uważa się leczenia hormonalnego;
   4) **Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora** - zabieg medyczny wszczepienia układu defibrylującego serce, tj. układu elektronicznego z funkcją rozpoznawania i leczenia groźnych dla życia zaburzeń rytmu serca, po nagłym zatrzymaniu krążenia lub co najmniej jednym epizodzie groźnej arytmii komorowej serca;
   5) **Wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora)** - zabieg wszczepienia układu defibrylującego serce - urządzenia elektronicznego służącego do pobudzania rytmu serca, z wyłączeniem zabiegów wykonanych w prewencji pierwotnej, tj. bez wcześniejszych epizodów udokumentowanego nagłego zatrzymania krążenia;
   6) **Radioterapia** - leczenie choroby nowotworowej z wykorzystaniem promieniowania jonizującego;
   7) **Terapia interferonowa** - podawanie interferonu drogą pozajelitową w celu leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C;
   8) **Dializoterapia** - metoda leczenia ostrej i krańcowej przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej;
   9) **Wykonanie Leczenia specjalistycznego** -
      a) podanie Ubezpieczonemu pierwszej dawki leku w Okresie ubezpieczenia - w przypadku Chemioterapii i Terapii interferonowej,
      b) podanie Ubezpieczonemu pierwszej dawki promieniowania jonizującego w Okresie ubezpieczenia - w przypadku Radioterapii,
      c) Wszczepienie Ubezpieczonemu w Okresie ubezpieczenia: kardiowertera, defibrylatora lub rozrusznika serca,
      d) Ablacja Ubezpieczonego wykonana w Okresie ubezpieczenia;
      e) Dializoterapia wykonana w Okresie ubezpieczenia.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Zakres ubezpieczenia w wariancie pierwszym obejmuje Wykonanie Leczenia specjalistycznego w Okresie ubezpieczenia w postaci:
   1) Ablacji;
   2) Wszczepienia kardiowertera, defibrylatora lub rozrusznika serca.
2. Zakres ubezpieczenia w wariancie drugim obejmuje Wykonanie Leczenia specjalistycznego w Okresie ubezpieczenia w postaci:
   1) Ablacji;
   2) Wszczepienia kardiowertera, defibrylatora lub rozrusznika serca;
   3) Dializoterapii;
   4) Chemioterapii;
   5) Radioterapii;
   6) Terapii interferonowej.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.

2. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Wykonania Leczenia specjalistycznego, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci jednorazowe Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie również potwierdzona w Certyfikacie.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
3. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Wykonania Leczenia specjalistycznego jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
   a) dokumentacji medycznej, stwierdzającej Wykonanie Leczenia specjalistycznego,
   b) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka Leczenia specjalistycznego, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.

1[1]. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Postanowienie ma wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie Karencja.

1[2]. Postanowienia ust. 1[1] mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.

2. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 3 miesiące. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do jednorazowej wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Wykonania danego Leczenia specjalistycznego . Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń wygasa w zakresie danego Leczenia specjalistycznego, z tytułu Wykonania którego Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaciło Świadczenie Ubezpieczeniowe, niezależnie od ich liczby Wykonanych Zabiegów specjalistycznych danego rodzaju. W przypadku jednoczesnego Wykonania Chemioterapii i Radioterapii odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia ubezpieczeniowego.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Wykonania Leczenia specjalistycznego, które miało miejsce w wyniku:
   1) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   2) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   3) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   4) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   5) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
   6) Pozostawania pod wpływem dobrowolnie spożytego alkoholu, a także dobrowolnego użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzające-

go, pobudzającego, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;

7) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
8) 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, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
9) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
10) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
11) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 - F99);
12) Choroby pośrednio lub bezpośrednio wywołanej przez wirus HIV;
13) odmowy poddania się leczeniu, w tym wypis na żądanie ze szpitala, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

5. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Leczenie specjalistyczne rozpoczęło się przed pierwszym dniem Okresu ubezpieczenia.
6. Towarzystwo Ubezpieczeń w okresie pierwszych 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli:
   1) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego prowadzono diagnostykę lub leczenie w kierunku Choroby, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej lub
   2) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego została zdiagnozowana Choroba, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej.
7. Towarzystwo Ubezpieczeń uzna swoją odpowiedzialność również w sytuacji, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w wyniku Choroby leczonej lub zdiagnozowanej w okresie obejmowania ochroną danej osoby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia zdania poprzedniego mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ochrony ubezpieczenia, tj. od dnia objęcia jej ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Jeżeli postanowienia Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia nie stanowią inaczej postanowienia Warunków Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio.

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 2 z dnia 21 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

Rodzaj informacji/postanowienia wzorca umownego	Nr zapisu wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3; § 6.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 4 - 7.

Open Life TU Życie S.A.
ul. Przyokopowa 33
01-208 Warszawa

infolinia 801 222 333
info@openlife.pl
www.openlife.pl

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

DLA UCZESTNIKÓW PROGRAMU ASSISTANCE MEDYCZNE ORGANIZOWANEGO PRZEZ OPEN LIFE TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ ŻYCIE S.A. DLA OSÓB OBJĘTYCH OCHRONĄ W RAMACH GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „ASSISTANCE MEDYCZNE", zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umowy grupowego ubezpieczenia assistance, zwanej dalej UMOWĄ UBEZPIECZENIA, zawartej pomiędzy AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, zwaną dalej UBEZPIECZYCIELEM a OPEN LIFE Towarzystwo Ubezpieczeń Życie S.A. z siedzibą w Warszawie, na rzecz jego klientów.
2. Na podstawie niniejszych OWU, UBEZPIECZYCIEL zapewnia ochronę w zakresie usług ASSISTANCE MEDYCZNE, o których mowa w § 3.
3. Ochrona ubezpieczeniowa na podstawie niniejszych OWU jest udzielana na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz – w przypadku świadczenia POMOC MEDYCZNA ZA GRANICĄ – poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Administratorem danych osobowych UBEZPIECZONEGO jest AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, UBEZPIECZYCIEL. Celem przetwarzania danych osobowych jest należyte wykonywanie usług ASSISTANCE MEDYCZNE i świadczenia ubezpieczeniowego w razie zajścia WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO na podstawie niniejszych OWU, w zakresie niezbędnym do wykonania czynności UBEZPIECZYCIELA.
5. UBEZPIECZYCIEL za pośrednictwem UBEZPIECZAJĄCEGO przekazuje OWU osobie zainteresowanej przystąpieniem do UMOWY UBEZPIECZENIA na piśmie, lub na innym trwałym nośniku, jeśli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę.
6. Pojęcia w OWU pisane wielkimi literami mają znaczenie nadane im w § 2 i należy je interpretować w sposób w nich wskazany. Jeżeli z kontekstu OWU nie wynika inaczej, słowa występujące w liczbie mnogiej obejmują te same słowa w liczbie pojedynczej i odwrotnie.

DEFINICJE

§ 2

1. **ASSISTANCE MEDYCZNE** – usługi polegające na udzieleniu doraźnej pomocy OSOBIE OBJĘTEJ OCHRONĄ.

Komentarz:
ASSISTANCE MEDYCZNE to: dostarczenie leków, opieka nad DZIEĆMI i OSOBAMI NIESAMODZIELNYMI, opieka nad DZIEĆMI i OSOBAMI NIESAMODZIELNYMI w razie ich zachorowania, organizacja procesu rehabilitacyjnego, organizacja prywatnych lekcji DZIECKA, pobyt opiekuna DZIECKA, pomoc domowa po HOSPITALIZACJI, pomoc pielęgniarki po HOSPITALIZACJI, pomoc psychologa w TRUDNEJ SYTUACJI LOSOWEJ, przewóz DZIECI do OSOBY WYZNACZONEJ, TRANSPORT MEDYCZNY do przychodni, TRANSPORT MEDYCZNY do SZPITALA, TRANSPORT MEDYCZNY z przychodni, TRANSPORT MEDYCZNY ze SZPITALA, TRANSPORT MEDYCZNY pomiędzy PLACÓWKAMI MEDYCZNYMI, transport SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO, wizyta lekarska po NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU, wizyta pielęgniarki po NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU, wizyta położnej, wypożyczenie lub zakup SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO, transport RODZICA na wizytę kontrolną, pomoc domowa oraz pielęgniarska RODZICOWI, osobisty asystent dla RODZICA, pomoc medyczna za granicą, infolinia baby assistance, infolinia medyczna.

2. **CHOROBA PRZEWLEKŁA** – zdiagnozowany przed przystąpieniem do UMOWY UBEZPIECZENIA stan chorobowy, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub będąca przyczyną pobytu w szpitalu w okresie 12 miesięcy przed objęciem UMOWĄ UBEZPIECZENIA.
3. **CHOROBA PSYCHICZNA** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99).
4. **DZIECKO** – dziecko UBEZPIECZONEGO do ukończenia 18. roku życia.
5. **DZIEŃ ROBOCZY** – dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
6. **HOSPITALIZACJA** – pobyt w SZPITALU trwający nieprzerwanie dłużej niż 24 godziny i związany z leczeniem stanów powstałych w następstwie WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO, których nie można leczyć ambulatoryjnie.

7. **LEKARZ** – lekarz konsultant UBEZPIECZYCIELA.
8. **LEKARZ PROWADZĄCY LECZENIE** – lekarz, który prowadzi leczenie OSOBY OBJĘTEJ OCHRONĄ na skutek jej NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, niebędący ani członkiem rodziny OSOBY OBJĘTEJ OCHRONĄ ani LEKARZEM, w rozumieniu pkt 7 powyżej.
9. **MIEJSCE ZAMIESZKANIA** – adres zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wskazany UBEZPIECZYCIELOWI przez OSOBĘ OBJĘTĄ OCHRONĄ podczas zgłoszenia pierwszego WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO.
10. **NAGŁE ZACHOROWANIE** – powstały w sposób nagły i niespodziewany stan chorobowy zagrażający życiu lub zdrowiu OSOBY OBJĘTEJ OCHRONĄ, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej.
11. **NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK** – nagłe i niespodziewane zdarzenie wywołane PRZYCZYNĄ ZEWNĘTRZNĄ, w następstwie którego OSOBA OBJĘTA OCHRONĄ, niezależnie od swojej woli, doznała obrażeń ciała lub rozstroju zdrowia.
12. **OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ** – okres w jakim UBEZPIECZYCIEL udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu UMOWY UBEZPIECZENIA, na zasadach określonych w OWU.
13. **OSOBA NIESAMODZIELNA** – osoba zamieszkująca z UBEZPIECZONYM, która ze względu na zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest w stanie samodzielnie zaspokajać swoich potrzeb i wymaga stałej opieki.
14. **OSOBA OBJĘTA OCHRONĄ** – osoba, uprawniona do skorzystania z danej usługi ASSISTANCE MEDYCZNE zgodnie z zakresem wynikającym z OWU: UBEZPIECZONY, DZIECKO, WSPÓŁMAŁŻONEK/PARTNER, RODZIC, OSOBA NIESAMODZIELNA.
15. **OSOBA WYZNACZONA** – osoba wskazana przez OSOBĘ OBJĘTĄ OCHRONĄ do opieki nad DZIEĆMI, zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
16. **PARTNER** – osoba pozostająca z UBEZPIECZONYM w nieformalnym związku w dniu zajścia WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO, która nie jest spokrewniona z UBEZPIECZONYM w linii prostej ani nie jest rodzeństwem ani powinowatym w linii prostej z UBEZPIECZONYM, która prowadzi z nim wspólne gospodarstwo domowe.
17. **PLACÓWKA MEDYCZNA** – SZPITAL, przychodnia lub gabinet medyczny, działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium kraju w którym doszło do WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO.
18. **PORONIENIE** – przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej niż 20 tygodni.
19. **PRZYCZYNA ZEWNĘTRZNA** – zdarzenie, które było wyłącznym czynnikiem prowadzącym do wystąpienia obrażeń ciała, polegające na oddziaływaniu na ciało:
    1) energii kinetycznej – czynników mechanicznych powodujących obrażenia w postaci urazów, uderzeń, czynników grawitacyjnych powodujących obrażenia ciała w postaci upadków;
    2) energii termicznej, elektrycznej – powodujących obrażenia w postaci oparzeń;
    3) czynników chemicznych powodujących obrażenia w postaci oparzeń i zatruć;
    4) czynników akustycznych powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych.
20. **RODZIC** – ojciec lub matka UBEZPIECZONEGO, ojciec lub matka WSPÓŁMAŁŻONKA/PARTNERA.
21. **SIŁA WYŻSZA** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobiegnięcia zdarzenie, które powoduje opóźnienie wykonania świadczenia przez UBEZPIECZYCIELA.
22. **SPRZĘT REHABILITACYJNY** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji umożliwiający OSOBIE OBJĘTEJ OCHRONĄ samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie.

Komentarz:
SPRZĘT REHABILITACYJNY to: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, wałek, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (m.in. sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy.

23. **SZPITAL** – publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny, tj. wykwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, oraz gromadzący pełną dokumentację medyczną każdego pacjenta; w rozumieniu OWU SZPITALEM nie jest dom opieki, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, placówka, której zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpital rehabilitacyjny, szpitalny oddział rehabilitacyjny, ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, sanatoryjny, szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy, zakład lecznictwa uzdrowiskowego.

24. **TRANSPORT MEDYCZNY** – transport zapewniony OSOBIE OBJĘTEJ OCHRONĄ przez UBEZPIECZYCIELA, dostosowany do stanu zdrowia tej osoby i świadczony, jeżeli jej stan zdrowia nie wymaga w opinii operatora pogotowia ratunkowego, interwencji pogotowia ratunkowego.

Komentarz:
Za TRANSPORT MEDYCZNY nie uważa się transportów na wizyty kontrolne oraz dojazdów do poradni rehabilitacyjnej.

25. **TRUDNA SYTUACJA LOSOWA** – urodzenie martwego DZIECKA, PORONIENIE, śmierć DZIECKA, WSPÓŁMAŁŻONKA lub RODZICA.
26. **UBEZPIECZAJĄCY** – OPEN LIFE Towarzystwo Ubezpieczeń Życie S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Przyokopowej 33, 01-208 Warszawa, KRS: 0000292551, NIP: 1070008220, REGON: 141186640.
27. **UBEZPIECZONY** – osoba fizyczna, objęta ochroną w ramach UMOWY UBEZPIECZENIA.
28. **UBEZPIECZYCIEL** – spółka pod firmą AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, przy ul. Domaniewskiej 50b, 02-672 Warszawa, wpisaną do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 0000189340, REGON 015647690, NIP 1070000164.
29. **UMOWA UBEZPIECZENIA** – umowa grupowego ubezpieczenia ASSISTANCE MEDYCZNE, zawarta pomiędzy UBEZPIECZYCIELEM a UBEZPIECZAJĄCYM na rzecz UBEZPIECZONYCH, do której mają zastosowanie niniejsze OWU.
30. **UMOWA GŁÓWNA** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie zawierana z Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie S.A. w ramach której Ubezpieczeni w tej umowie mają możliwość przystąpienia do programu ASSISTANCE MEDYCZNE.
31. **WSPÓŁMAŁŻONEK** – osoba, która w dniu zajścia WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO pozostaje z UBEZPIECZONYM w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego.
32. **WYPADEK UBEZPIECZENIOWY** – zdarzenie przyszłe i niepewne, zaistniałe w OKRESIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ, do których zalicza się: NAGŁE ZACHOROWANIE, NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK, TRUDNA SYTUACJA LOSOWA, narodziny DZIECKA.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest organizacja i pokrycie kosztów usług ASSISTANCE MEDYCZNE, o których mowa w ust. 2, świadczonych przez UBEZPIECZYCIELA na rzecz OSOBY OBJĘTEJ OCHRONĄ w razie wystąpienia WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO.
2. Zakres świadczonych usług obejmuje:
   1) **DOSTARCZANIE LEKÓW**
   W razie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, gdy UBEZPIECZONY, DZIECKO, WSPÓŁMAŁŻONEK lub PARTNER wymaga leżenia na podstawie zwolnienia lekarskiego i zażywania leków zaordynowanych przez LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE – UBEZPIECZYCIEL organizuje i pokrywa koszty dostarczenia leków do MIEJSCA ZAMIESZKANIA.
   UBEZPIECZYCIEL nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach.
   UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszty dostarczenia leków do kwot określonych w § 6 (tabela).
   Koszty leków pokrywa UBEZPIECZONY;
   2) **OPIEKA NAD DZIEĆMI I OSOBAMI NIESAMODZIELNYMI**
   W razie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, gdy UBEZPIECZONY, WSPÓŁMAŁŻONEK lub PARTNER jest HOSPITALIZOWANY przez okres dłuższy niż 3 dni lub w przypadku jej choroby poza SZPITALEM przez okres dłuższy niż 3 dni, potwierdzonej przez LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE – UBEZPIECZYCIEL organizuje i pokrywa koszty opieki nad DZIEĆMI i OSOBAMI NIESAMODZIELNYMI w MIEJSCU ZAMIESZKANIA.
   Opieka nad DZIEĆMI i OSOBAMI NIESAMODZIELNYMI jest realizowana na wniosek UBEZPIECZONEGO i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji, gdy w MIEJSCU ZAMIESZKANIA nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę sprawować.
   UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszty opieki nad DZIEĆMI i OSOBAMI NIESAMODZIELNYMI do kwot określonych w § 6 (tabela);
   3) **OPIEKA NAD DZIEĆMI I OSOBAMI NIESAMODZIELNYMI W RAZIE ICH ZACHOROWANIA**
   W razie wystąpienia NAGŁEGO ZACHOROWANIA DZIECKA lub OSOBY NIESAMODZIELNEJ potwierdzonego przez LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE, UBEZPIECZYCIEL organizuje i pokrywa koszty opieki nad DZIECKIEM lub OSOBĄ NIESAMODZIELNĄ. Opieka nad DZIEĆMI i OSOBAMI NIESAMODZIELNYMI jest realizowana na wniosek UBEZPIECZONEGO i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji, gdy w MIEJSCU ZAMIESZKANIA nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę sprawować.
   UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszty opieki nad DZIEĆMI i OSOBAMI NIESAMODZIELNYMI do kwot określonych w § 6 (tabela);

4) **ORGANIZACJA PROCESU REHABILITACYJNEGO**
W razie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, gdy UBEZPIECZONY, DZIECKO, WSPÓŁMAŁŻONEK lub PARTNER wymaga rehabilitacji w poradni rehabilitacyjnej lub w MIEJSCU ZAMIESZKANIA – UBEZPIECZYCIEL organizuje i pokrywa koszt organizacji procesu rehabilitacyjnego.

Komentarz:
Koszty procesu rehabilitacyjnego to: koszty transportu do poradni rehabilitacyjnej i wizyty w poradni rehabilitacyjnej albo wizyty fizykoterapeuty w MIEJSCU ZAMIESZKANIA.

UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszt organizacji procesu rehabilitacyjnego do kwot określonych w § 6 (tabela);

5) **ORGANIZACJA PRYWATNYCH LEKCJI DLA DZIECKA**
W razie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, gdy DZIECKO na podstawie zwolnienia lekarskiego będzie przebywało w MIEJSCU ZAMIESZKANIA powyżej 7 dni – UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszt organizacji prywatnych lekcji dla DZIECKA w MIEJSCU ZAMIESZKANIA.
UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszt organizacji prywatnych lekcji dla DZIECKA do kwot określonych w § 6 (tabela);

6) **POBYT OPIEKUNA DZIECKA**
W razie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, gdy DZIECKO jest HOSPITALIZOWANE – UBEZPIECZYCIEL organizuje i pokrywa koszt noclegu jednego z opiekunów DZIECKA w SZPITALU, o ile jest to możliwe w warunkach szpitalnych lub w hotelu przyszpitalnym.
UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszty noclegu opiekuna do kwot określonych w § 6 (tabela);

7) **POMOC DOMOWA PO HOSPITALIZACJI**
W razie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, gdy UBEZPIECZONY, WSPÓŁMAŁŻONEK lub PARTNER jest HOSPITALIZOWANY przez okres dłuższy niż 7 dni – UBEZPIECZYCIEL organizuje i pokrywa koszt pomocy domowej po zakończeniu HOSPITALIZACJI, jeżeli OSOBA OBJĘTA OCHRONĄ nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników.

Komentarz:
Usługa dotyczy pomocy w przygotowywaniu posiłku, zrobieniu zakupów, pomocy w ubraniu i myciu oraz czynnościach pielęgnacyjnych, wykonywaniu drobnych porządków jak odkurzanie, mycie podłóg. W zakres usługi nie wchodzi natomiast mycie okien, odsuwanie mebli.

UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszt pomocy domowej po HOSPITALIZACJI do kwot określonych w § 6 (tabela);

8) **POMOC PIELĘGNIARKI PO HOSPITALIZACJI**
W razie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, gdy UBEZPIECZONY, DZIECKO, WSPÓŁMAŁŻONEK lub PARTNER jest HOSPITALIZOWANY przez okres dłuższy niż 5 dni - UBEZPIECZYCIEL organizuje i pokrywa koszt pomocy pielęgniarki po zakończeniu HOSPITALIZACJI, w związku ze stwierdzoną, medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy pielęgniarki w MIEJSCU ZAMIESZKANIA.

Komentarz:
Usługa dotyczy pomocy w umyciu, skorzystaniu z toalety, zrobieniu iniekcji, zmiany opatrunku, podaniu leków. Do wykonania iniekcji konieczne jest skierowanie na wykonanie zastrzyku.

UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszt pomocy pielęgniarki po HOSPITALIZACJI do kwot określonych w § 6 (tabela);

9) **POMOC PSYCHOLOGA W TRUDNEJ SYTUACJI LOSOWEJ**
W razie gdy UBEZPIECZONY, DZIECKO, WSPÓŁMAŁŻONEK lub PARTNER znajdzie się w TRUDNEJ SYTUACJI LOSOWEJ – UBEZPIECZYCIEL organizuje i pokrywa koszt pomocy psychologa.
UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszt pomocy psychologa w TRUDNEJ SYTUACJI LOSOWEJ do kwot określonych w § 6 (tabela);

10) **PRZEWÓZ DZIECI DO OSOBY WYZNACZONEJ**
W razie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, gdy UBEZPIECZONY, WSPÓŁMAŁŻONEK lub PARTNER jest HOSPITALIZOWANY przez okres dłuższy niż 3 dni – UBEZPIECZYCIEL organizuje i pokrywa koszt przewozu DZIECI do miejsca zamieszkania OSOBY WYZNACZONEJ.
Przewóz DZIECI do OSOBY WYZNACZONEJ jest realizowany na wniosek UBEZPIECZONEGO, WSPÓŁMAŁŻONKA lub PARTNERA i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji, gdy w MIEJSCU ZAMIESZKANIA nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę sprawować.
UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszt biletów autobusowych lub kolejowych I klasy, koniecznych do przewozu DZIECI do OSOBY WYZNACZONEJ, do kwot określonych w § 6 (tabela);

11) **TRANSPORT MEDYCZNY DO PRZYCHODNI**
W razie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, UBEZPIECZONY, DZIECKO, WSPÓŁMAŁŻONEK lub PARTNER wymaga, zgodnie z zaleceniami LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE, wizyty w przychodni – UBEZPIECZYCIEL organizuje i pokrywa koszt TRANSPORTU MEDYCZNEGO do przychodni, o ile nie jest konieczna, według LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE, interwencja pogotowia ratunkowego.
UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszt TRANSPORTU MEDYCZNEGO do przychodni do kwot określonych w § 6 (tabela);

12) **TRANSPORT MEDYCZNY DO SZPITALA**
W razie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, gdy UBEZPIECZONY, DZIECKO, WSPÓŁMAŁŻONEK lub PARTNER wymaga, zgodnie z zaleceniami LEKARZA PROWADZACEGO LECZENIE, pobytu w SZPITALU – UBEZPIECZYCIEL organizuje i pokrywa koszt TRANSPORTU MEDYCZNEGO do SZPITALA, o ile nie jest konieczna według LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE, interwencja pogotowia ratunkowego.
UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszt TRANSPORTU MEDYCZNEGO do SZPITALA do kwot określonych w § 6 (tabela);

13) **TRANSPORT MEDYCZNY Z PRZYCHODNI**
W razie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, gdy UBEZPIECZONY, DZIECKO, WSPÓŁMAŁŻONEK lub PARTNER, zgodnie z zaleceniami LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE, wymaga po wizycie w przychodni TRANSPORTU MEDYCZNEGO do MIEJSCA ZAMIESZKANIA – UBEZPIECZYCIEL organizuje i pokrywa koszt TRANSPORTU MEDYCZNEGO z przychodni do MIEJSCA ZAMIESZKANIA, o ile nie jest konieczna według LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE, interwencja pogotowia ratunkowego.
UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszt TRANSPORTU MEDYCZNEGO z przychodni do kwot określonych w § 6 (tabela);

14) **TRANSPORT MEDYCZNY ZE SZPITALA**
W razie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, gdy UBEZPIECZONY, DZIECKO, WSPÓŁMAŁŻONEK lub PARTNER, zgodnie z zaleceniami LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE, wymaga po pobycie w SZPITALU TRANSPORTU MEDYCZNEGO do MIEJSCA ZAMIESZKANIA – UBEZPIECZYCIEL organizuje i pokrywa koszt TRANSPORTU MEDYCZNEGO ze SZPITALA do MIEJSCA ZAMIESZKANIA, o ile nie jest konieczna według LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE, interwencja pogotowia ratunkowego.
UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszt TRANSPORTU MEDYCZNEGO ze SZPITALA do kwot określonych w § 6 (tabela);

15) **TRANSPORT MEDYCZNY POMIĘDZY PLACÓWKAMI MEDYCZNYMI**
W razie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, gdy UBEZPIECZONY, DZIECKO, WSPÓŁMAŁŻONEK lub PARTNER przebywa w PLACÓWCE MEDYCZNEJ, która nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jej stanu zdrowia lub gdy OSOBA OBJĘTA OCHRONĄ została skierowana przez LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej PLACÓWCE MEDYCZNEJ – UBEZPIECZYCIEL organizuje i pokrywa koszt TRANSPORTU MEDYCZNEGO pomiędzy PLACÓWKAMI MEDYCZNYMI, o ile nie jest konieczna, według wiedzy LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE, interwencja pogotowia ratunkowego.
UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszt TRANSPORTU MEDYCZNEGO pomiędzy PLACÓWKAMI MEDYCZNYMI do kwot określonych w § 6 (tabela);

16) **TRANSPORT SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO**
W razie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, gdy UBEZPIECZONY, DZIECKO, WSPÓŁMAŁŻONEK lub PARTNER, zgodnie z zaleceniem lekarza, powinna używać SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO w MIEJSCU ZAMIESZKANIA – UBEZPIECZYCIEL organizuje i pokrywa koszt transportu SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO do MIEJSCA ZAMIESZKANIA.
UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszt transportu SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO do kwot określonych w § 6 (tabela);

17) **WIZYTA LEKARZA PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU**
W razie NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, gdy UBEZPIECZONY, DZIECKO, WSPÓŁMAŁŻONEK lub PARTNER, wymaga wizyty lekarza – UBEZPIECZYCIEL organizuje i pokrywa koszty wizyty u lekarza w PLACÓWCE MEDYCZNEJ lub koszty dojazdu lekarza do MIEJSCA ZAMIESZKANIA oraz pokrywa jego honorarium, o ile nie jest konieczna, zdaniem dyspozytora pogotowia ratunkowego, interwencja pogotowia ratunkowego.
UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszty wizyty lekarza po NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU do kwot określonych w § 6 (tabela);

18) **WIZYTA PIELĘGNIARKI PO NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU**
W razie NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, gdy stan zdrowia UBEZPIECZONY, DZIECKO, WSPÓŁMAŁŻONEK lub PARTNER, wymaga wizyty pielęgniarki – UBEZPIECZYCIEL organizuje i pokrywa koszty dojazdu pielęgniarki do MIEJSCA ZAMIESZKANIA oraz pokrywa jej honorarium. O zasadności wizyty pielęgniarki w MIEJSCU ZAMIESZKANIA po NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU decyduje LEKARZ PROWADZĄCY LECZENIE.
UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszty wizyty pielęgniarki po NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKU do kwot określonych w § 6 (tabela);

19) **WIZYTA POŁOŻNEJ**
W razie narodzin DZIECKA, UBEZPIECZYCIEL, w okresie do 30 dni od daty narodzin DZIECKA, organizuje i pokrywa koszty dojazdu położnej do MIEJSCA ZAMIESZKANIA oraz pokrywa jej honorarium. UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszty wizyty położnej do kwot określonych w § 6 (tabela);

20) **WYPOŻYCZENIE LUB ZAKUP SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO**
W razie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, gdy UBEZPIECZONY, DZIECKO, WSPÓŁMAŁŻONEK lub PARTNER, zgodnie z zaleceniem lekarza, powinna używać SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO w MIEJSCU ZAMIESZKANIA - UBEZPIECZYCIEL organizuje i pokrywa koszty wypożyczenia lub zakupu SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO.
UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszty wypożyczenia lub zakupu SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO do kwot określonych w § 6 (tabela);

21) **TRANSPORT RODZICA NA WIZYTĘ KONTROLNĄ**
W razie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, gdy RODZIC, zgodnie z zaleceniem LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE, po HOSPITALIZACJI wymaga kontroli w PLACÓWCE MEDYCZNEJ – UBEZPIECZYCIEL organizuje i pokrywa koszty transportu RODZICA na wizytę kontrolną, o ile stan zdrowia RODZICA nie wymaga, według LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE, interwencji pogotowia ratunkowego.
UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszty transportu RODZICA na wizytę kontrolną do kwot określonych w § 6 (tabela);

22) **POMOC DOMOWA ORAZ PIELĘGNIARSKA RODZICOWI**
W razie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, gdy RODZIC jest HOSPITALIZOWANY przez okres dłuższy niż 5 dni – UBEZPIECZYCIEL organizuje i pokrywa koszty pomocy domowej oraz pielęgniarskiej RODZICOWI, po zakończeniu HOSPITALIZACJI, jeżeli RODZIC nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników lub w związku ze stwierdzoną, medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy pielęgniarki w MIEJSCU ZAMIESZKANIA.
UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszty pomocy domowej oraz pielęgniarskiej RODZICOWI do kwot określonych w § 6 (tabela);

23) **OSOBISTY ASYSTENT DLA RODZICA**
W razie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, gdy RODZIC wymaga pomocy podczas TRANSPORTU MEDYCZNEGO do i z PLACÓWKI MEDYCZNEJ – UBEZPIECZYCIEL organizuje i pokrywa koszty honorarium osobistego asystenta, który będzie towarzyszył RODZICOWI podczas TRANSPORTU MEDYCZNEGO do i z PLACÓWKI MEDYCZNEJ oraz będzie mu służyć pomocą w PLACÓWCE MEDYCZNEJ.

Komentarz:
Pomoc w PLACÓWCE MEDYCZNEJ to pomoc w rejestracji i w wypisie ze szpitala.

UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszty osobistego asystenta dla RODZICA do kwot określonych w § 6 (tabela);

24) **POMOC MEDYCZNA ZA GRANICĄ**
W razie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej – UBEZPIECZYCIEL organizuje i pokrywa koszt wizyty u lekarza w PLACÓWCE MEDYCZNEJ lub koszty dojazdu lekarza do miejsca pobytu UBEZPIECZONEGO, DZIECKA, WSPÓŁMAŁŻONKA lub PARTNERA oraz pokrywa jego honorarium.
UBEZPIECZYCIEL pokrywa koszty pomocy medycznej za granicą do kwot określonych w § 6 (tabela);

25) **INFOLINIA BABY ASSISTANCE**
W ramach infolinii baby assistance UBEZPIECZYCIEL zapewnia UBEZPIECZONEMU dostęp do informacji na temat:
a) objawów ciąży,
b) badań prenatalnych,
c) wskazówek w zakresie przygotowania się do porodu,
d) danych teleadresowych szkół rodzenia,
e) pielęgnacji w ciąży i po porodzie,
f) karmienia i pielęgnacji niemowlęcia,
g) obowiązkowych szczepień dzieci;

26) **INFOLINIA MEDYCZNA**
W ramach infolinii medycznej UBEZPIECZYCIEL zapewnia UBEZPIECZONEMU dostęp do udzielanych przez LEKARZA, informacji na temat:
a) danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia w razie NAGŁEGO ZACHOROWANIA lub NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU,
b) działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży,
c) danych teleadresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
d) danych teleadresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
e) przygotowania do zabiegów lub badań medycznych,
f) diet, zdrowego żywienia,
g) danych teleadresowych domów pomocy społecznej, hospicjów,
h) danych teleadresowych aptek czynnych przez całą dobę.

WYŁĄCZENIA DOTYCZĄCE SZKODY

§ 4

UBEZPIECZYCIEL nie odpowiada za szkody powstałe z tytułu lub w następstwie:

1) umyślnego działania lub rażącego niedbalstwa OSOBY OBJĘTEJ OCHRONĄ;

Komentarz:
UBEZPIECZYCIEL jest wolny od odpowiedzialności, jeżeli OSOBA OBJĘTA OCHRONĄ wyrządziła szkodę umyślnie; w razie rażącego niedbalstwa odszkodowanie nie należy się, chyba że umowa lub ogólne warunki ubezpieczenia stanowią inaczej lub zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względom słuszności.

2) popełnienia przestępstwa umyślnego lub jego usiłowania w rozumieniu ustawy Kodeks karny, przestępstwa skarbowego lub wykroczenia skarbowego lub ich usiłowania w rozumieniu ustawy Kodeks karny skarbowy, wykroczenia lub jego usiłowania w rozumieniu ustawy Kodeks wykroczeń lub naruszenia innych obowiązujących przepisów karnych w Rzeczpospolitej Polskiej;
3) zdarzeń, do których doszło przed OKRESEM OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ;
4) umyślnego samookaleczenia, samobójstwa lub jego usiłowania przez OSOBĘ OBJĘTĄ OCHRONĄ;
5) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością;
6) leczenia eksperymentalnego lub niepotwierdzonego badaniami;
7) zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania;
8) rutynowego lub regenerującego leczenia stomatologicznego bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego;
9) wad wrodzonych;
10) zarażenia się HIV, AIDS, chorobami przekazywanymi drogą płciową;
11) CHORÓB PRZEWLEKŁYCH;
12) nieprzestrzegania zaleceń LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE;
13) leczenia medycznego, zachowawczego lub zapobiegawczego, chyba, że było ono zalecone przez LEKARZA;
14) uprawiania niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej;

Komentarz:
Niebezpieczne sporty lub aktywność fizyczna to: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe.

15) zawodowego lub wyczynowego uprawiania sportu;

Komentarz:
Zawodowe lub wyczynowe uprawianie sportu to regularne lub intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach, imprezach czy obozach kondycyjnych i szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu, czy czerpany jest dochód z uprawionej dyscypliny sportu.

16) katastrof naturalnych, działania ognia lub innych żywiołów;

Komentarz:
Np. trzęsienia ziemi, nagłej zmiany temperatury, powodzi, huraganu, pożaru, wybuchu, wyładowań atmosferycznych.

17) opóźnienia świadczenia UBEZPIECZYCIELA wskutek strajków, niepokoi społecznych, zamieszek, aktów terroryzmu, sabotażu, wojny, wojny domowej, promieniowania radioaktywnego, SIŁY WYŻSZEJ;
18) strajków, lokautów, aktów terroryzmu, sabotażu, buntu, rozruchów, rewolucji, powstania, zamieszek społecznych i wojskowych, wojny, wojny domowej, a także konfiskaty, nacjonalizacji, przetrzymywania, zarekwirowania i zniszczenia mienia na podstawie obowiązujących przepisów prawa;
19) bezpośredniego lub pośredniego użycia biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego;
20) spożycia alkoholu, zażycia narkotyków lub innych środków odurzających, leków niezaordynowanych przez LEKARZA PROWADZĄCEGO LECZENIE, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia;
21) CHOROBY PSYCHICZNEJ.

WYŁĄCZENIA DOTYCZĄCE KOSZTÓW

§ 5

Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje:

1) kosztów leczenia powstałych na skutek wojen, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachów stanu, aktów terroru, powstania, strajków oraz skażeń chemicznych lub radioaktywnych, materiałów nuklearnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy;
2) kosztów rutynowych badań fizykalnych, w tym badań i testów ginekologicznych, szczepień i innych leków zapobiegawczych;
3) kosztów świadczeń w związku z WYPADKAMI UBEZPIECZENIOWYMI, które miały miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, z wyjątkiem POMOCY MEDYCZNEJ ZA GRANICĄ;
4) wypłaty zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę.

LIMITY

§ 6

1. Limity kwotowe dla organizacji oraz pokrycia kosztów usług ASSISTANCE MEDYCZNE są określone następująco:

Zakres usług	Limit dla jednej usługi w odniesieniu do jednego WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO, bez limitu liczby WYPADKÓW UBEZPIECZENIOWYCH w OKRESIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ
DOSTARCZENIE LEKÓW	250 zł
OPIEKA NAD DZIEĆMI I OSOBAMI NIESAMODZIELNYMI	150 zł/dzień, max 5 dni
OPIEKA NAD DZIEĆMI I OSOBAMI NIESAMODZIELNYMI W RAZIE ICH ZACHOROWANIA	150 zł/dzień, max 3 dni
ORGANIZACJA PROCESU REHABILITACYJNEGO	700 zł
ORGANIZACJA PRYWATNYCH LEKCJI	400 zł
POBYT OPIEKUNA	1 000 zł
POMOC DOMOWA PO HOSPITALIZACJI	500 zł, max 5 dni
POMOC PIELĘGNIARKI PO HOSPITALIZACJI	1 500 zł, max 5 dni
POMOC PSYCHOLOGA W TRUDNEJ SYTUACJI LOSOWEJ	500 zł
PRZEWÓZ DZIECI DO OSOBY WYZNACZONEJ	bilety, max 200 zł
TRANSPORT MEDYCZNY DO PRZYCHODNI	1 500 zł
TRANSPORT MEDYCZNY DO SZPITALA	1 500 zł
TRANSPORT MEDYCZNY Z PRZYCHODNI	1 500 zł
TRANSPORT MEDYCZNY ZE SZPITALA	1 500 zł
TRANSPORT MEDYCZNY POMIĘDZY PLACÓWKAMI MEDYCZNYMI	1 500 zł
TRANSPORT SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO	500 zł
WIZYTA LEKARZA (PO NW)	500 zł
WIZYTA PIELĘGNIARKI (PO NW)	500 zł
WIZYTA POŁOŻNEJ	500 zł
WYPOŻYCZENIE LUB ZAKUP SPRZĘTU REHABILITACYJNEGO	700 zł
TRANSPORT RODZICA NA WIZYTĘ KONTROLNĄ	1 500 zł
POMOC DOMOWA ORAZ PIELĘGNIARSKA RODZICOWI	500 zł, max 5 dni
OSOBISTY ASYSTENT DLA RODZICA	200 zł
POMOC MEDYCZNA ZA GRANICĄ	250 zł
INFOLINIA BABY ASSISTANCE	nielimitowany dostęp
INFOLINIA MEDYCZNA	nielimitowany dostęp

2. Limity kwotowe stanowią górną granicę odpowiedzialności UBEZPIECZYCIELA w OKRESIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ w odniesieniu do każdego WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 7

1. UMOWA UBEZPIECZENIA jest zawierana na czas nieokreślony z zachowaniem 3 miesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. Do UMOWY UBEZPIECZENIA może przystąpić wyłącznie osoba objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach UMOWY GŁÓWNEJ.
3. Prawo do korzystania ze świadczeń ASSISTANCE MEDYCZNE przysługuje OSOBOM OBJĘTYM OCHRONĄ.
4. Warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową, w ramach UMOWY UBEZPIECZENIA, jest wypełnienie przez osobę zainteresowaną deklaracji przystąpienia do UMOWY UBEZPIECZENIA i wyrażenie:
   1) zgody na przystąpienie do UMOWY UBEZPIECZENIA i objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach UMOWY UBEZPIECZENIA;
   2) zgody na przetwarzanie danych osobowych przez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce w celach związanych z udzielaną ochroną ubezpieczeniową (wyrażenie powyższej zgody jest dobrowolne, ale niezbędne do zgłoszenia do UMOWY UBEZPIECZENIA i realizacji świadczeń z tytułu UMOWY UBEZPIECZENIA).
5. UBEZPIECZAJĄCY przekazuje OWU osobie zainteresowanej przystąpieniem do UMOWY UBEZPIECZENIA na piśmie lub – o ile osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku, przed przekazaniem jej deklaracji przystąpienia do UMOWY UBEZPIECZENIA, o której mowa w ust. 4.
6. OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ, względem danego UBEZPIECZONEGO, rozpoczyna się 1 dnia miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu kalendarzowym, w którym UBEZPIECZONY przystąpił do UMOWY GŁÓWNEJ.
7. OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ trwa 12 miesięcy licząc od dnia wskazanego w ust. 6 i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejne 12 miesięcy z zastrzeżeniem ust. 8 i 9.
8. Odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA z tytułu UMOWY UBEZPIECZENIA w stosunku do danego UBEZPIECZONEGO wygasa najpóźniej z ostatnim dniem udzielania ochrony ubezpieczeniowej względem niego z tytułu UMOWY GŁÓWNEJ z zastrzeżeniem ust. 7 i 9.
9. OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ nie ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejne 12 miesięcy w okresie wypowiedzenia UMOWY UBEZPIECZENIA oraz po rozwiązaniu UMOWY UBEZPIECZENIA.
10. UBEZPIECZONY ma prawo do wystąpienia z UMOWY UBEZPIECZENIA w każdym czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej. W tym celu UBEZPIECZONY składa UBEZPIECZAJĄCEMU pisemne i podpisane przez siebie oświadczenie o rezygnacji, zawierające dane pozwalające w sposób jednoznaczny zidentyfikować UBEZPIECZONEGO oraz prośbę o zaniechanie obejmowania ochroną z tytułu UMOWY UBEZPIECZENIA. W takim przypadku odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA w stosunku do UBEZPIECZONEGO ustaje z dniem dostarczenia oświadczenia o rezygnacji UBEZPIECZAJĄCEMU.
11. Jeżeli UMOWA UBEZPIECZENIA została zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, UBEZPIECZAJĄCY ma prawo odstąpienia od UMOWY UBEZPIECZENIA w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia poprzez przesłanie na adres siedziby UBEZPIECZYCIELA oświadczenia o odstąpieniu od UMOWY UBEZPIECZENIA. Odstąpienie od UMOWY UBEZPIECZENIA nie zwalnia UBEZPIECZAJĄCEGO z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim UBEZPIECZYCIEL udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
12. Odpowiedzialność UBEZPIECZYCIELA w stosunku do danego UBEZPIECZONEGO ustaje w przypadku wystąpienia jednego (najwcześniejszego) z wymienionych niżej przypadków:
   1) zakończenia ochrony ubezpieczeniowej świadczonej na rzecz UBEZPIECZONEGO z tytułu UMOWY GŁÓWNEJ;
   2) z końcem dnia, w którym UBEZPIECZONY wystąpił z UMOWY UBEZPIECZENIA, zgodnie z ust. 10;
   3) z końcem dnia, w którym UBEZPIECZAJĄCY odstąpił od UMOWY UBEZPIECZENIA, zgodnie z ust. 11.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 8

Składka ubezpieczeniowa jest finansowana w całości przez UBEZPIECZAJĄCEGO a jej wysokość została określona w UMOWIE UBEZPIECZENIA.

PRAWA I OBOWIĄZKI

§ 9

1. OSOBA OBJĘTA OCHRONĄ ma prawo do zgłoszenia WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO do UBEZPIECZYCIELA od dnia rozpoczęcia OKRESU OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ.
2. OSOBA OBJĘTA OCHRONĄ zobowiązuje się postępować zgodnie z dyspozycjami UBEZPIECZYCIELA.
3. UBEZPIECZAJĄCY ma obowiązek poinformowania UBEZPIECZYCIELA o każdej zmianie danych UBEZPIECZONEGO na podstawie których, o został on objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu UMOWY UBEZPIECZENIA.

SPOSÓB POSTĘPOWANIA W RAZIE ZAISTNIENIA SZKODY

§ 10

1. W celu skorzystania z usług ASSISTANCE MEDYCZNE OSOBA OBJĘTA OCHRONĄ lub osoba działająca w jej imieniu niezwłocznie po zaistnieniu WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO i przed podjęciem działań we własnym zakresie powiadomić o wystąpieniu WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO UBEZPIECZYCIELA pod numerem telefonu 22 591 95 31 lub 22 281 95 31 i podać następujące dane:
   1) imię i nazwisko OSOBY OBJĘTEJ OCHRONĄ potrzebującej pomocy;
   2) imię i nazwisko UBEZPIECZONEGO;
   3) MIEJSCE ZAMIESZKANIA;
   4) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z OSOBĄ OBJĘTĄ OCHRONĄ lub wskazaną przez nią osobą;
   5) opis zdarzenia i rodzaj wymaganej pomocy.
2. Jeżeli OSOBA OBJĘTA OCHRONĄ z przyczyn od siebie niezależnych nie mogła skontaktować się telefonicznie z UBEZPIECZYCIELEM i we własnym zakresie zorganizowała i pokryła koszty usług ASSISTANCE MEDYCZNE określonych w § 3, powinna poinformować o tym fakcie UBEZPIECZYCIELA w terminie 7 dni od dnia, kiedy skontaktowanie z UBEZPIECZYCIELEM stało się możliwe. UBEZPIECZYCIEL zwraca ww. koszty usług ASSISTANCE MEDYCZNE na podstawie przedłożonych przez UBEZPIECZONEGO dokumentów potwierdzających fakt zajścia WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO i poniesienia tych kosztów, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5.
3. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku powiadomienia w terminie, o którym mowa w ust. 2, UBEZPIECZYCIEL może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie to uniemożliwiło UBEZPIECZYCIELOWI ustalenie odpowiedzialności, okoliczności i skutków WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO.
4. Skutki braku zawiadomienia UBEZPIECZYCIELA o WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO nie nastąpią, jeżeli UBEZPIECZYCIEL w terminie, o którym mowa w ust. 2, otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.
5. Zwrot kosztów, o których mowa w ust. 2, następuje na podstawie udokumentowanych kosztów poniesionych przez UBEZPIECZONEGO, do wysokości rzeczywistych poniesionych kosztów, maksymalnie jednak do kwoty limitu świadczeń ustalonego w OWU dla danej usługi ASSISTANCE MEDYCZNE.
6. W przypadku zorganizowania usług ASSISTANCE MEDYCZNE we własnym zakresie przez UBEZPIECZONEGO bez powiadomienia UBEZPIECZYCIELA, UBEZPIECZYCIEL zastrzega sobie prawo do wypłaty świadczenia w wysokości odpowiadającej kosztom, jakie poniósłby w przypadku organizowania usług we własnym zakresie.

REGRES

§ 11

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, z dniem wypłaty świadczenia przez UBEZPIECZYCIELA, roszczenie UBEZPIECZONEGO przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę, przechodzi z mocy prawa na UBEZPIECZYCIELA, do wysokości zapłaconego świadczenia.
2. Nie przechodzi na UBEZPIECZYCIELA roszczenie przeciwko osobom, z którymi UBEZPIECZONY pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność.
3. Na żądanie UBEZPIECZYCIELA, UBEZPIECZONY zobowiązany jest udzielić pomocy przy dochodzeniu roszczeń od osób trzecich, udzielając informacji i dostarczając dokumenty niezbędne do dochodzenia roszczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 12

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia UBEZPIECZYCIELA, UBEZPIECZAJĄCEGO, UBEZPIECZONEGO i uprawnionego z UMOWY UBEZPIECZENIA, z wyjątkiem zgłoszenia zdarzenia, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
2. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem UMOWY UBEZPIECZENIA, UBEZPIECZAJĄCY, UBEZPIECZONY, uprawniony z UMOWY UBEZPIECZENIA bądź ich spadkobiercy mogą złożyć do UBEZPIECZYCIELA w formie:
   1) ustnej – telefonicznie pod numer: (+48 22) 522 26 40 (dostępny w DNI ROBOCZE w godzinach 8:00 - 16:00) albo osobiście do protokołu w siedzibie UBEZPIECZYCIELA;
   2) pisemnej – przesyłką pocztową na adres korespondencyjny: ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa lub osobiście w siedzibie UBEZPIECZYCIELA;
   3) elektronicznej – za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: reklamacje@mondial-assistance.pl.
3. UBEZPIECZYCIEL rozpatrzy reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem UMOWY UBEZPIECZENIA niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin rozpatrzenia reklamacji może ulec wydłużeniu do 60 dni. O wydłużonym terminie rozpatrywania reklamacji wraz z uzasadnieniem składający reklamację zostanie poinformowany w formie pisemnej.
4. Odpowiedź na reklamację udzielana jest w formie pisemnej pocztą. Na wniosek składającego reklamację odpowiedź może być wysłana pocztą elektroniczną.

5. Składającemu reklamację przysługuje prawo do odwołania się od uzyskanej odpowiedzi na reklamację poprzez złożenie wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, w formie pisemnej lub elektronicznej w terminie 30 dni od jej otrzymania do Dyrektora Oddziału UBEZPIECZYCIELA. Odpowiedź na odwołanie udzielana jest w formie pisemnej niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od jej otrzymania i przesyłana jest pocztą lub zgodnie z ust. 4.
6. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej UBEZPIECZONYM lub uprawnionym z UMOWY UBEZPIECZENIA, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.
7. Zgłaszającej reklamację osobie fizycznej będącej UBEZPIECZONYM lub uprawnionym z UMOWY UBEZPIECZENIA przysługuje, w sytuacji nieuwzględnienia jej roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 roku o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązania sporów konsumenckich, o którym mowa w ustawie z dnia 23 września 2016 roku o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl.

   Biuro Rzecznika Finansowego
   Al. Jerozolimskie 87
   02-001 Warszawa
   tel. +48 22 333-73-26 – Recepcja
   +48 22 333-73-27 – Recepcja
   faks +48 22 333-73-29
   www.rf.gov.pl

   Infolinia Konsumencka
   Infolinia prowadzona przez Federację Konsumentów
   telefon: 800 007 707 (od poniedziałku do piątku w godz. 9:00 - 17:00)
   e-mail: info@federacja-konsumentow.org.pl

8. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz powszechnie obowiązujących aktów prawnych.
9. Prawem właściwym dla OWU jest prawo polskie.
10. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy UBEZPIECZYCIELEM, UBEZPIECZAJĄCYM, UBEZPIECZONYM, uprawnionym z UMOWY UBEZPIECZENIA bądź ich spadkobiercami jest język polski.
11. Spory wynikające z UMOWY UBEZPIECZENIA można rozwiązać w drodze postępowania sądowego poprzez wystąpienie z powództwem do sądu powszechnego. Pozwanym powinien być UBEZPIECZYCIEL.
12. Powództwo o roszczenie wynikające z UMOWY UBEZPIECZENIA można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby UBEZPIECZAJĄCEGO, UBEZPIECZONEGO lub uprawnionego z UMOWY UBEZPIECZENIA.
13. Powództwo o roszczenie wynikające z UMOWY UBEZPIECZENIA można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy UBEZPIECZONEGO lub spadkobiercy uprawnionego z UMOWY UBEZPIECZENIA.

Niniejsze OWU przyjęte zostały Uchwałą UBEZPIECZYCIELA U/030/2017 z dnia 15.09.2017 roku i wchodzą w życie z dniem 1 listopada 2017 roku.

Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „ASSISTANCE MEDYCZNE”

Zasady ochrony prywatności ubezpieczających i ubezpieczonych

AWP P&C S.A. Oddział w Polsce („my”, „nas”, „nasze”), jest licencjonowanym ubezpieczycielem francuskim działającym w Polsce w formie oddziału. Niniejsze zasady ochrony prywatności wyjaśniają, w jaki sposób i jakiego rodzaju dane osobowe będą zbierane, w jakich celach będą one zbierane i komu będą udostępniane/ujawniane. Prosimy o uważne zapoznanie się z poniższymi informacjami.

1. **Kim jest administrator danych?**
   Administrator danych to podmiot, który decyduje o przetwarzaniu danych osobowych, który odpowiada za ich przechowywanie i wykorzystanie. **AWP P&C S.A. Oddział w Polsce** jest właśnie administratorem danych.

2. **Jakie dane osobowe będą zbierane?**
   Będziemy zbierać i przetwarzać różne rodzaje Państwa danych osobowych, zgodnie z poniższym wykazem:
   - Nazwisko, imię (imiona),
   - PESEL,
   - Adres zameldowania i zamieszkania,
   - Data urodzenia,
   - Płeć,
   - Nr dokumentu tożsamości,
   - Numery telefonów,
   - Adres e-mail,
   - Informacje o karcie kredytowej/debetowej i rachunku bankowym,
   - Numer rejestracyjny pojazdu,
   - Numer VIN pojazdu.

   Będziemy również zbierać i przetwarzać Państwa „wrażliwe dane osobowe”, takie jak dane z dokumentacji medycznej lub świadectw zgonu czy historii szkód.

3. **W jaki sposób będziemy uzyskiwać i wykorzystywać Państwa dane osobowe?**
   Będziemy przetwarzać dane osobowe przekazane nam przez Państwa lub otrzymane przez nas bez Państwa udziału zgodnie z poniższym wyjaśnieniem i wykazem:

Cel	Czy wyrażają Państwo zgodę?
Zarządzanie umową ubezpieczenia (np. ustalenie wysokości składki, szacowanie ryzyka ubezpieczeniowego, likwidacja szkód).	Nie (z wyjątkiem sytuacji kiedy dane dotyczą stanu zdrowia oraz sytuacji kiedy nie są Państwo naszym klientem, a my nie mamy innej podstawy do przetwarzania Państwa danych, dlatego np. osoba zgłaszająca szkodę pytana jest o zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych).
W celu informowania Państwa, lub umożliwienia spółkom z Grupy AWP i wybranym osobom trzecim informowanie Państwa, o produktach i usługach, które naszym zdaniem mogą Państwa zainteresować, zgodnie z Państwa preferencjami dotyczącymi otrzymywania informacji marketingowych. Preferencje te mogą Państwo zmienić w dowolnym czasie. W razie zmiany decyzji w zakresie preferencji wskazanych powyżej, w tym wycofania zgody na którąkolwiek z powyższych pozycji, należy powiadomić nas klikając na link „Zaprzestań subskrypcji” w każdej wiadomości e-mail z informacjami marketingowymi, lub kontaktując się z nami za pośrednictwem poczty elektronicznej lub telefonicznie, bądź w sposób opisany w pkt 9 poniżej.	Tak
Wypełnienie obowiązków (np. podatkowych, rachunkowych, administracyjnych) wynikających z przepisów prawa.	Nie
W celu rozłożenia ryzyka poprzez reasekurację lub koasekurację.	Nie

Na cele określone powyżej, nie wymagamy Państwa wyraźnej zgody (z wyjątkiem sytuacji kiedy podają Państwo dane dotyczące stanu zdrowia), dane są bowiem przetwarzane w celu wykonania umowy ubezpieczenia lub wykonania obowiązków wynikających z przepisów prawa.

Będziemy wymagać Państwa danych osobowych w wypadku zamiaru nabycia naszych produktów i usług. Jeżeli nie zechcą Państwo przekazać nam tych danych, możemy nie być w stanie udostępnić produktów i usług, o które się Państwo zwrócą lub które Państwa interesują, bądź dostosować naszej oferty do Państwa indywidualnych potrzeb.

W przypadku ofert ubezpieczenia, gdzie stosowany jest elektroniczny kalkulator wysokości składki (np. na dedykowanej do tego celu stronie www) będziemy podejmować w Państwa sprawie decyzje również w sposób zautomatyzowany, tzn. bez wpływu człowieka. Czynniki, jakie będziemy brać pod uwagę to stan zdrowia oraz docelowy kraj podróży.

Podczas podejmowania tej decyzji będziemy wykorzystywać tzw. profilowanie. Oznacza to, że będziemy oceniać podane przez Państwa informacje (np. dotyczące stanu zdrowia, daty urodzenia, długości i celu pobytu) i przyporządkowywać je do odpowiednich profili tworzonych na podstawie posiadanych przez nas danych statystycznych. Przykładowo, im więcej dużych szkód miało miejsce w danym miejscu, które zamierzają Państwo odwiedzić, tym większe może być ryzyko ubezpieczeniowe i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa.

W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji mają Państwo prawo do zakwestionowania tej decyzji, do przedstawienia nam własnego stanowiska lub przeanalizowania Państwa sytuacji i podjęcia decyzji przez naszego pracownika.

4. **Kto będzie mieć dostęp do danych osobowych?**

Zapewnimy, aby Państwa dane osobowe były przetwarzane w sposób zgodny z celami wskazanymi powyżej.

We wskazanych powyżej celach Państwa dane osobowe mogą być ujawniane następującym osobom trzecim będącym administratorami danych: organom publicznym, innym spółkom z Grupy AWP, innym ubezpieczycielom, koasekuratorom, reasekuratorom, pośrednikom i agentom ubezpieczeniowym oraz bankom.

We wskazanych powyżej celach możemy również udostępniać Państwa dane osobowe następującym podmiotom przetwarzającym dane na nasze zlecenie: innym spółkom z Grupy AWP, konsultantom technicznym, specjalistom, prawnikom, likwidatorom szkód, serwisantom, lekarzom i spółkom usługowym w celu realizacji działań (zgłoszenia szkód, obsługa informatyczna, usługi pocztowe, zarządzanie dokumentami) oraz podmiotom i sieciom świadczącym usługi reklamowe w celu przesyłania Państwu informacji marketingowych, na jakie zezwalają przepisy krajowego prawa, zgodnie z Państwa preferencjami dotyczącymi komunikacji. Bez Państwa zgody nie udostępnimy Państwa danych osobowych niepowiązanym osobom trzecim na ich własne cele marketingowe.

Ponadto możemy udostępniać Państwa dane osobowe w następujących przypadkach:

- w razie planowanej lub faktycznej reorganizacji, połączenia, sprzedaży, wspólnego przedsięwzięcia, cesji, zbycia lub innego rozporządzenia całością lub częścią naszego przedsiębiorstwa, majątku lub zapasów (w tym w ramach postępowania upadłościowego lub podobnego postępowania) lub
- w celu wypełnienia obowiązku wynikającego z przepisów prawa, w tym odpowiedniemu rzecznikowi praw, w razie złożenia przez Państwa skargi dotyczącej produktu lub usługi, którą Państwu sprzedaliśmy.

5. **Gdzie będą przetwarzane dane osobowe?**

Państwa dane osobowe mogą być przetwarzane na terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) lub poza nim przez podmioty wskazane w pkt 4, z zastrzeżeniem ograniczeń umownych dotyczących poufności i bezpieczeństwa informacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony danych. Nie ujawnimy Państwa danych osobowych osobom, które nie są uprawnione do ich przetwarzania.

Przekazanie Państwa danych osobowych w celu ich przetwarzania przez inną spółkę z Grupy kapitałowej, do której należy AWP, poza EOG będzie się każdorazowo odbywać zgodnie z zatwierdzonymi wiążącymi regułami korporacyjnymi, które zapewniają odpowiednią ochronę danych osobowych i są prawnie wiążące dla wszystkich spółek z tej grupy kapitałowej. BCR oraz wykaz spółek należących do grupy, które są zobowiązane do ich stosowania, można znaleźć tu www.mondial-assistance.pl. W wypadku gdy nie będą miały zastosowania BCR Grupy , podejmiemy odpowiednie kroki, aby zapewnić należytą ochronę Państwa danych osobowych przekazywanych poza EOG, na takim samym poziomie jaki jest zapewniany w EOG. Jeżeli są Państwo zainteresowani zabezpieczeniami stosowanymi przez nas w wypadku przekazywania danych poza EOG (np. standardowe klauzule umowne), prosimy o kontakt z nami w sposób opisany w pkt 9.

6. **Jakie uprawnienia przysługują Państwu w odniesieniu do danych osobowych?**
O ile dopuszczają to obowiązujące przepisy, przysługuje Państwu prawo do:
- dostępu do swoich danych osobowych, które znajdują się w naszym posiadaniu, i poznania pochodzenia tych danych, celów ich przetwarzania, a także informacji o administratorze (administratorach) danych, podmiocie (podmiotach) przetwarzającym (przetwarzających) oraz podmiotach, którym mogą one być ujawnione,
- wycofania swojej zgody w dowolnym czasie, jeżeli Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie zgody,
- aktualizacji lub poprawiania swoich danych osobowych tak, aby były one zawsze prawidłowe,
- usunięcia swoich danych osobowych z naszej ewidencji, jeżeli nie są już potrzebne w celach wskazanych powyżej,
- żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych w pewnych okolicznościach, np. kiedy kwestionują Państwo prawidłowość swoich danych osobowych, na okres pozwalający nam sprawdzić ich prawidłowość,
- uzyskania swoich danych osobowych w formacie elektronicznym na potrzeby własne lub nowego ubezpieczyciela oraz
- złożenia u nas reklamacji lub skargi w odpowiednim organie ochrony danych.

Mogą Państwo korzystać z tych praw kontaktując się z nami w sposób opisany w pkt 9 z podaniem imienia i nazwiska, adresu e-mail i przedmiotu żądania. Mogą Państwo również złożyć wniosek o dostęp do danych wypełniając Formularz Wniosku o Dostęp do Danych dostępny na dane http://www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx.

7. **Jak można wnieść sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych?**
Jeżeli dopuszczają to obowiązujące przepisy, przysługuje Państwu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania przez nas danych osobowych lub żądania, abyśmy zaprzestali ich przetwarzania (w tym na potrzeby marketingu bezpośredniego). Po otrzymaniu takiego żądania zaprzestaniemy dalszego przetwarzania Państwa danych osobowych, chyba że dopuszczają to obowiązujące przepisy.

W ten sam sposób mogą Państwo korzystać z innych praw wskazanych w pkt 6.

8. **Jak długo przechowujemy dane osobowe?**
Będziemy przechowywać Państwa dane osobowe 10 lat od daty ustania stosunku ubezpieczenia lub daty zakończenia postępowania w sprawie likwidacji szkody lub rozpatrzenia Państwa reklamacji. 10 letni okres wynika z ustalonego w Polsce okresu przedawnienia roszczeń.

W przypadku danych naszych kontrahentów (dane podwykonawców i reprezentantów podwykonawców) będziemy je przetrzymywać co najmniej przez 5 lat od końca roku, w którym zakończy się nasza współpraca. Okres ten wynika z przepisów prawa m.in. ustawy o rachunkowości.

W przypadku danych pracowniczych obowiązkowy okres przechowywania danych wynosi 50 lat i wynika on z Kodeksu pracy.

Nie będziemy przechowywać Państwa danych osobowych dłużej niż jest to konieczne, i będziemy je przechowywać jedynie w celach, w których je uzyskaliśmy.

9. **Jak można się z nami skontaktować?**
W razie jakichkolwiek pytań dotyczących sposobu wykorzystania przez nas Państwa danych osobowych, można się z nami skontaktować pocztą elektroniczną lub listownie pod następującymi adresami:

AWP P&C S.A. Oddział w Polsce
Inspektor Ochrony Danych Osobowych
ul. Domaniewska 50B
02-672 Warszawa
E-mail: iodopl@mondial-assistance.pl

Można również skontaktować się z nami za pomocą Formularza Wniosku o Dostęp do Danych dostępnego na http://www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx.

10. **Jak często aktualizujemy zasady ochrony prywatności?**
Niniejsze zasady ochrony prywatności są regularnie przeglądane i aktualizowane. Zapewnimy, aby na naszej stronie internetowej dostępna była zawsze ich aktualna wersja www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx, a ponadto o każdej ważnej zmianie, która może Państwa dotyczyć, poinformujemy Państwa osobiście.

Ostatnia aktualizacja niniejszej informacji na temat zasad ochrony prywatności miała miejsce 1 maja 2018 roku.