

## Wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia indywidualnego na życie i zdrowie „Indywidualna kontynuacja”

Przed złożeniem **Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia indywidualnego na życie i zdrowie „Indywidualna kontynuacja”** (dalej: **Umowa ubezpieczenia**), należy zapoznać się z treścią Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie i Zdrowie „Indywidualna Kontynuacja” (kod warunków: UI\_ZYC/06/22), zwanymi dalej: Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia, oraz odpowiednimi Ogólnymi Warunkami Ubezpieczeń Dodatkowych, które są udostępnione na stronie internetowej pod adresem: [www.openlife.pl](http://www.openlife.pl).

W Pierwszym Okresie ubezpieczenia, trwającym 12 miesięcy, Ubezpieczony jest objęty ochroną na warunkach, mających zastosowanie w ostatnim dniu trwania ochrony z tytułu **Ubezpieczenia grupowego**, co oznacza niezmiennosc zakresu ochrony, wysokości sum ubezpieczenia i składek, a także innych warunków na podstawie których była świadczona ochrona z tytułu **Ubezpieczenia grupowego**, z zastrzeżeniem wyjątków określonych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczeń, co wymaga złożenia przez Ubezpieczającego, w dalszej części Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, oświadczenia, iż dotychczasowe warunki ochrony ubezpieczeniowej są odpowiednie do jego potrzeb i oczekiwań i chce on kontynuować ochronę ubezpieczeniową w Pierwszym Okresie ubezpieczenia na niezmiennych warunkach.

**Prosimy o zwrócenie uwagi, że ryzyko Pakiet Wsparcia Onkologicznego (kod warunków: UG\_ONK/25/11/15), Pakiet Wsparcia Onkologicznego Plus (kod warunków: UG\_ONKP/01/11/19 i UG\_ONKP/01/11/19/MSP), Pakiet Wsparcia Pourazowego (kod warunków: UG\_ORT/01/11/19), Pakiet Wsparcia Poudarowego (kod warunków: UG\_NEU/01/11/19 i UG\_NEU/01/11/19/MSP), Pakiet Wsparcia Pozawałowego (kod warunków: UG\_KARD/01/11/19 i UG\_KARD/01/11/19/MSP) i Odprawa pośmiertna (kod warunków: UG\_ODP/12/15, UG\_ODP/09/20), a także ochrona ubezpieczeniowa świadczona na podstawie Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance nie podlega kontynuacji.**

W Drugim Okresie ubezpieczenia, trwającym 48 miesięcy, Ubezpieczony objęty jest ochroną zgodnie z wynikiem przeprowadzonej Ankiety potrzeb, stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszego Wniosku, bądź wybranym i wskazanym przez Klienta w niniejszym Wniosku Wariantem (dostępne Warianty zostały określone w załączniku nr 2 do niniejszego Wniosku), na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia i odpowiednich Ogólnych Warunkach Ubezpieczeń Dodatkowych.

Składając wypełniony wniosek niniejszym wnioskuje o zawarcie Umowy ubezpieczenia na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia oraz odpowiednich Ogólnych Warunków Ubezpieczeń Dodatkowych, a także (w zakresie określonym w Ogólnych Warunkach Ubezpieczeń) na podstawie warunków obowiązujących w **Ubezpieczeniu grupowym**.

**Ubezpieczenie grupowe** – umowa ubezpieczenia grupowego pracowniczego, której stroną jest Towarzystwo Ubezpieczeń, w związku z którą osobie występującej z Ubezpieczenia grupowego, przysługuje prawo do zawarcia Umowy ubezpieczenia.

Określenia, które zostały zdefiniowane w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia oraz Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia mają takie same znaczenie we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

Numer Wniosku o zawarcie: (uzupełnia Towarzystwo Ubezpieczeń)	
---	--

Nr Ubezpieczenia grupowego: (uzupełnia Towarzystwo Ubezpieczeń)	
---	--

### A. Dane dotyczące Ubezpieczającego/Ubezpieczonego

Imiona*:	Pan <input type="checkbox"/> / Pani <input type="checkbox"/>
Nazwisko*:	
PESEL*:	Data urodzenia: (dd/mm/rrrr)*:
Obywatelstwo*:	
Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości:	
<b>Adres zamieszkania</b>	
Ulica*:	
Nr domu*:	Nr mieszkania:
Miejscowość*:	Kod pocztowy*:
Poczta*:	Kraj*:
<b>Adres do korespondencji (jeśli inny niż zamieszkania)</b>	
Ulica:	
Nr domu:	Nr mieszkania:
Miejscowość:	Kod pocztowy:
Poczta:	Kraj:
Telefon kontaktowy:	Email:

\*Pole obowiązkowe

B. Dane dotyczące Umowy ubezpieczenia	
<b>Okres ubezpieczenia wynosi 5 lat, w tym:</b>	
<b>Pierwszy Okres ubezpieczenia (1 rok):</b>	Zakres ochrony, wysokość sum ubezpieczenia zgodnie z warunkami, na podstawie których była świadczona ochrona z tytułu Ubezpieczenia grupowego (z zastrzeżeniem wyjątków, o których mowa w pierwszej części Wniosku). Obligatoryjne jest złożenie przez Klienta oświadczenia, wskazującego iż, dotychczasowy zakres ochrony oraz warunki na podstawie, których był on objęty ochroną z tytułu Ubezpieczenia grupowego na dzień składania Wniosku jest już nieadekwatny i nie spełnia jego obecnych potrzeb skutkuje brakiem możliwości zawarcia Umowy ubezpieczenia.
<b>Drugi Okres ubezpieczenia (4 lata)*:</b>	Zgodnie z przeprowadzoną Ankieta potrzeb oraz rekomendacjami w niej zawartymi (załącznik nr 1 do Wniosku) prosimy o wybór i wskazanie jednego z adekwatnych Wariantów ochrony (dostępne Warianty ochrony są określone w załączniku nr 2 do Wniosku). W przypadku wyboru Wariantu niezgodnego z rekomendacjami Towarzystwa Ubezpieczeń wynikającymi z Ankiety potrzeb, Klient składając Wniosek wyraża chęć i wolę zawarcia Umowy ubezpieczenia we wskazanym przez niego Wariacie, pomimo wyniku negatywnej rekomendacji Towarzystwa Ubezpieczeń.
	Wariant I <input type="checkbox"/> Wariant II <input type="checkbox"/> Wariant III <input type="checkbox"/> Wariant IV <input type="checkbox"/> Wariant V <input type="checkbox"/> Wariant VI <input type="checkbox"/> Wariant VII <input type="checkbox"/> Wariant VIII <input type="checkbox"/> Wariant IX <input type="checkbox"/> Wariant X <input type="checkbox"/>
<b>Składka wynosi:</b>	
<b>Składka miesięczna w Pierwszym Okresie ubezpieczenia (1 rok)**:</b>	równowartość ostatniej składki opłacanej w Ubezpieczeniu grupowym (składka może zostać pomniejszona w przypadku, gdy zakres ochrony w Ubezpieczeniu grupowym obejmował Pakiet Wsparcia Onkologicznego (kod warunków: UG_ONK/25/11/15), Pakiet Wsparcia Onkologicznego Plus (kod warunków: UG_ONKP/01/11/19 i UG_ONKP/01/11/19/MSP), Pakiet Wsparcia Poudarowego (kod warunków: UG_NEU/01/11/19 i UG_NEU/01/11/19/MSP), Pakiet Wsparcia Pourazowego (kod warunków: UG_ORT/01/11/19), Pakiet Wsparcia Pozawałowego (kod warunków: UG_KARD/01/11/19 i UG_KARD/01/11/19/MSP) lub ryzyko związane z Odprawą Pośmiertną (kod warunków: UG_ODP/12/15, UG_ODP/09/20).
<b>Składka miesięczna w Drugim Okresie ubezpieczenia (4 lata)**:</b>	równowartość składki dla wybranego Wariantu wskazanego w załączniku nr 2 do Wniosku
<b>Składka opłacana z Częstotliwością*:</b>	miesięczną <input type="checkbox"/> kwartalną <input type="checkbox"/> półroczną <input type="checkbox"/> roczną <input type="checkbox"/>

\*Pole obligatoryjne

\*\*Wartość składki, zgodnie z wybraną częstotliwością, zostanie potwierdzona w Polisie

C. Dane Uposażonych	
<b>1. Dane Uposażonego:</b>	
Imiona:	
Nazwisko/ Nazwa:	Stopień pokrewieństwa:
PESEL albo data urodzenia/ REGON:	Udział w świadczeniu: %
<b>2. Dane Uposażonego:</b>	
Imiona:	
Nazwisko/ Nazwa:	Stopień pokrewieństwa:
PESEL albo data urodzenia/ REGON:	Udział w świadczeniu: %
<b>3. Dane Uposażonego:</b>	
Imiona:	
Nazwisko/ Nazwa:	Stopień pokrewieństwa:
PESEL albo data urodzenia/ REGON:	Udział w świadczeniu: %
<b>4. Dane Uposażonego:</b>	
Imiona:	
Nazwisko/ Nazwa:	Stopień pokrewieństwa:
PESEL albo data urodzenia/ REGON:	Udział w świadczeniu: %
<b>Razem</b>	
<b>100%</b>	

D. Dane Uposażonych zastępczych			
5. Dane Uposażonego:			
Imiona:			
Nazwisko/ Nazwa:		Stopień pokrewieństwa:	
PESEL albo data urodzenia/ REGON:		Udział w świadczeniu: %	
6. Dane Uposażonego:			
Imiona:			
Nazwisko/ Nazwa:		Stopień pokrewieństwa:	
PESEL albo data urodzenia/ REGON:		Udział w świadczeniu: %	
7. Dane Uposażonego:			
Imiona:			
Nazwisko/ Nazwa:		Stopień pokrewieństwa:	
PESEL albo data urodzenia/ REGON:		Udział w świadczeniu: %	
8. Dane Uposażonego:			
Imiona:			
Nazwisko/ Nazwa:		Stopień pokrewieństwa:	
PESEL albo data urodzenia/ REGON:		Udział w świadczeniu: %	
<b>Razem</b>			<b>100%</b>

E. Dane Partnera Ubezpieczającego/Ubezpieczonego			
Imiona:			
Nazwisko:			
PESEL albo data urodzenia:			

F. Obowiązki informacyjne Towarzystwa Ubezpieczeń			
<p>1) Umowa ubezpieczenia „Indywidualna Kontynuacja” zawierana jest z Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy al. „Solidarności” 171, 00-877, bez udziału innych dystrybutorów;</p> <p>2) osoby wykonujące czynności dystrybucyjne zakładu ubezpieczeń w związku z proponowanym zawarciem Umowy ubezpieczenia otrzymują wynagrodzenie o charakterze stałym oraz/lub zmiennym uznaniowym.</p> <p>3) Klient może złożyć Reklamację:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. pisemnie: osobiście w siedzibie Towarzystwa Ubezpieczeń albo przesyłką pocztową na adres Towarzystwa Ubezpieczeń: al. „Solidarności” 171, 00-877;</li> <li>b. w formie elektronicznej: za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres <a href="mailto:info@openlife.pl">info@openlife.pl</a> lub przy wykorzystaniu formularza na stronie internetowej Towarzystwa Ubezpieczeń (<a href="http://www.openlife.pl">www.openlife.pl</a>) lub za pośrednictwem Serwisu Internetowego (wyłącznie Klienci posiadający dostęp do Serwisu Internetowego);</li> <li>c. ustnie: telefonicznie pod numerem infolinii 801 222 333 lub +48 22 118 94 99 albo osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa Ubezpieczeń;</li> <li>d. osobiście do protokołu podczas wizyty w placówce Agenta – w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.</li> </ul> <p>4) Reklamacja może być złożona przez pełnomocnika dysponującego oryginałem pełnomocnictwa udzielonego w zwykłej formie pisemnej lub w formie pełnomocnictwa potwierdzonego za zgodność z oryginałem. Potwierdzenia dokumentów za zgodność z oryginałem może dokonać osoba wykonująca czynności agencyjne w imieniu Agenta, pracownik Towarzystwa Ubezpieczeń, notariusz, adwokat lub radca prawny.</p> <p>5) Niezależnie od powyższego trybu Klientowi przysługuje prawo wniesienia skargi do Rzecznika Finansowego, którego siedziba mieści się pod adresem ul. Nowogrodzka 47A, 00-695 Warszawa, tel. +48 223 33-73-26; +48 22 333-73-27 fax +48 22 333-73-29 <a href="http://www.rfgov.pl">www.rfgov.pl</a> oraz prawo wystąpienia z wnioskiem o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami podmiotów rynku finansowego a tymi podmiotami.</p> <p>6) Niezależnie od powyższego trybu Klientowi, który jest konsumentem przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.</p>			

**G. Oświadczenia Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego**

**OŚWIADCZENIE O OTRZYMANIU OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA**  
 Oświadczam, iż przed złożeniem niniejszego Wniosku zostały mi doręczone Ogólne Warunki Ubezpieczeń (Kod warunków: UI\_ZYC/06/22) wraz z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczeń Dodatkowych, które dostępne są na stronie internetowej pod adresem: [www.openlife.pl](http://www.openlife.pl), a także warunki na podstawie których zostało zawarte Ubezpieczenie grupowe, w związku z którym Wnioskuje o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

Niniejsze oświadczenia składam dobrowolnie. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Miejscowość i data  
 podpisania oświadczenia (dd/mm/rrrr)

Podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego

**OŚWIADCZENIA WOLI O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Zostałem/Zostałam poinformowany/a, że w przypadku wyrażenia poniższych zgód (pkt 1 - 4) na przetwarzanie moich danych osobowych, mam możliwość wycofania którejkolwiek lub wszystkich udzielonych tu zgód w każdym czasie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody do czasu jej wycofania. Informacja dotycząca sposobu wycofania zgody została zamieszczona na stronie internetowej [www.openlife.pl](http://www.openlife.pl) w zakładce Polityka Prywatności.

- 1) **Wyrażam zgodę** na przetwarzanie przez Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia zawartych w złożonych dokumentach i oświadczeniach, w tym w Ankiecie medycznej oraz na etapie złożenia wniosku o wypłatę świadczenia, jak również pochodzących od podmiotów wykonujących działalność leczniczą i udzielających świadczeń zdrowotnych oraz Narodowego Funduszu Zdrowia w celu:
  - a) oceny ryzyka ubezpieczeniowego i wykonania Umowy ubezpieczenia:  TAK /  NIE
  - b) przetwarzania moich danych osobowych o stanie zdrowia w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania osób zainteresowanych zawarciem Umowy ubezpieczenia na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego i wykonania Umowy ubezpieczenia:  TAK /  NIE
- 2) **Wyrażam zgodę**  / **Nie wyrażam zgody**  na przetwarzanie przez Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie SA z siedzibą w Warszawie moich danych osobowych w zakresie obejmującym: imiona, nazwisko/a, dane adresowe, numery telefonów, adres e-mail, płeć, nr PESEL lub data urodzenia, informacje o dotychczasowych Umowach ubezpieczenia w Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie SA, w tym ich profilowania w celu marketingu produktów własnych dla określenia preferencji lub potrzeb w zakresie Umów ubezpieczeń i przedstawienia odpowiedniej oferty w oparciu o przeprowadzone profilowanie.
- 3) **Wyrażam zgodę**  / **Nie wyrażam zgody**  na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych (połączenia głosowe, sms/mms, fax, mail) i automatycznych systemów wywołujących (systemy IVR) przez Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie SA z siedzibą w Warszawie dla celów marketingu bezpośredniego.
- 4) **Wyrażam zgodę**  / **Nie wyrażam zgody**  na otrzymywanie od Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie SA z siedzibą w Warszawie informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w szczególności poczty elektronicznej na wskazany adres email.

**INNE OŚWIADCZENIA**

- 1) Wyrażam zgodę  / Nie wyrażam zgody  na przekazywanie na trwałym nośniku, w tym za pomocą środków komunikacji elektronicznej, na wskazany przeze mnie adres e-mail, informacji, które Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna, zobowiązana jest przekazywać zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa lub postanowieniami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia oraz na przekazywanie w ten sposób wszelkich powiadomień, wniosków i oświadczeń Towarzystwa Ubezpieczeń, mających związek z Umową ubezpieczenia.

**UWAGA: Wyrażenie poniższej zgody jest dobrowolne jednak niezbędne, do zawarcia Umowy ubezpieczenia.**

- 2) **Oświadczam, że** dotychczasowy zakres ochrony oraz warunki na podstawie, których byłem/am objęty ochroną z tytułu Ubezpieczenia grupowego na dzień składania Wniosku jest:
  - nadal adekwatny i spełnia moje obecne potrzeby i oczekiwania wobec ochrony ubezpieczeniowej;
  - już nieadekwatny i nie spełnia moich obecnych potrzeb i oczekiwań wobec ochrony ubezpieczeniowej.
- 3) **Wyrażam zgodę**  / **Nie wyrażam zgody**  na zawarcie Umowy ubezpieczenia zgodnie z wybranym przeze mnie Wariantem ochrony w Drugim Okresie ubezpieczenia, nawet w przypadku negatywnej rekomendacji Towarzystwa Ubezpieczeń.

**OŚWIADCZENIA WIEDZY**

- 1) **Wyrażam** wolę skorzystania z zaproponowanego przez Towarzystwo Ubezpieczeń wyboru prawa polskiego, jako właściwego dla Umowy ubezpieczenia.
- 2) **Oświadczam, że** zostałem poinformowany o prawie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia.

**Oświadczam, iż znane mi są postanowienia dotyczące Karencji i innych okresowych ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń, określone w Ogólnych Warunkach Ubezpieczeń.**

Prawdziwość powyższych informacji oraz zgodność z moją wiedzą i wolą potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Miejscowość i data (dd/mm/rrrr)  
 podpisania Wniosku o zawarcie Umowy  
 ubezpieczenia

Podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego

**H. Wypełnia Ubezpieczający w Ubezpieczeniu grupowym (opcjonalnie)**

Potwierdzam, iż Ubezpieczonemu przysługuje prawo do zawarcia Umowy ubezpieczenia

Miejscowość i data (dd/mm/rrrr)

Podpis przedstawiciela Ubezpieczającego  
w ramach Ubezpieczenia grupowego

### Załącznik nr 1: Ankieta potrzeb Klienta

Przekazanie informacji objętych ankietą jest dobrowolne a odmowa ich przekazania uniemożliwia ustalenie czy wybrany Wariant ochrony jest odpowiedni potrzeb i możliwości.

Mając na uwadze jak najlepszy dobór Wariantu ochrony ubezpieczeniowej do Pani/Pana potrzeb, prosimy o udzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte w niniejszej ankiecie.

Ankieta służy określeniu wymagań i potrzeb Klienta w celu umożliwienia podjęcia świadomej decyzji dotyczącej zawarcia Umowy ubezpieczenia i sprawdzeniu czy wybrany Wariant ochrony w Drugim Okresie ubezpieczenia jest odpowiedni do Pani/Pana potrzeb.

Ankieta uważa się za wypełnioną, jeśli zostały udzielone odpowiedzi na wszystkie pytania. Przy każdym pytaniu można wskazać tylko jedną odpowiedź.

Odmawiam odpowiedzi na poniższe pytania.

#### 1. Proszę określić profil Klienta, który najlepiej Pana/Panią charakteryzuje:

- Singiel  
 Małżeństwo/ Para bez dzieci  
 Małżeństwo/ Para z dzieckiem  
 Klient w wieku 55+  
 Klient oczekujący wyższych sum ubezpieczenia w ryzykach dotyczących ochrony swojego życia i zdrowia.

#### 2. Proszę wskazać główny cel woli zawarcia przez Panią/Pana umowy ubezpieczenia:

- cel ochronny (ubezpieczenie na życie i zdrowie bez elementu inwestycyjnego),  
 cel ochronno – inwestycyjny (ubezpieczenie na życie z elementem inwestycyjnym, w ramach którego przeważająca część składki przeznaczana jest na część inwestycyjną).

#### 3. Wysokość Składki miesięcznej, pozwalająca na regularne jej opłacanie w Drugim Okresie ubezpieczenia?

- poniżej 20 zł miesięcznie,  
 pomiędzy 20 zł a 40 zł miesięcznie,  
 powyżej 40 zł miesięcznie.

#### 4. Czy jest Pan/Pani zainteresowany/zainteresowana ochroną ubezpieczeniową z rozszerzoną o niespodziewanie zdarzenia (w tym śmierć) dotyczące najbliższych członków rodziny (np.: Małżonek/Partner, Rodzice/Teściowie lub Dziecko)?

- tak  
 nie

#### 5. Czy Pani/Pana sytuacja finansowa pozwala na regularne opłacanie składek w okresie trwania Umowy ubezpieczenia?

- tak  
 nie

Miejscowość i data (dd/mm/rrrr) podpisania  
Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia

Podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego

## Załącznik nr 2: Dostępne Warianty ochrony

### Grupa docelowa Ubezpieczenia „Indywidualna Kontynuacja”:

Ubezpieczenie „Indywidualna Kontynuacja” przygotowano dla osób, które łącznie spełniają następujące warunki:

- 1) dana osoba była objęta ochroną ubezpieczeniową na podstawie Ubezpieczenia grupowego, z uwzględnieniem obejmowania ochroną w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia, przez okres co najmniej 6 miesięcy;
- 2) w dniu złożenia Towarzystwu Ubezpieczeń Wniosku nie ma ukończonego 69. roku życia;
- 3) złożyła Wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia w ciągu 90 dni od dnia ustania ochrony z tytułu Ubezpieczenia grupowego;
- 4) ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Grupy docelowe dla poszczególnych Wariantów zostały opisane przy każdym z Wariantów poniżej.

### **Pamiętaj!**

W Pierwszym Okresie ubezpieczenia Ubezpieczony jest objęty ochroną na warunkach, które miały do niego zastosowanie w ostatnim dniu trwania ochrony z tytułu Ubezpieczenia grupowego, z zastrzeżeniem, że wysokość sum ubezpieczenia z tytułu ryzyk Urodzenia się Dziecka Ubezpieczonego, śmierci Rodziców Ubezpieczonego oraz śmierci Teściów Ubezpieczonego, o ile były w zakresie Ubezpieczenia grupowego, ulegają obniżeniu o 50% w stosunku do sum ubezpieczenia obowiązujących w ostatnim dniu trwania ochrony z tytułu Ubezpieczenia grupowego. Ponadto ryzyko Pakiet Wsparcia Onkologicznego (kod warunków: UG\_ONK/25/11/15), Pakiet Wsparcia Onkologicznego Plus (kod warunków: UG\_ONKP/01/11/19 i UG\_ONKP/01/11/19/MSP), Pakiet Wsparcia Pourazowego (kod warunków: UG\_ORP/01/11/19), Pakiet Wsparcia Poudarowego (kod warunków: UG\_NEU/01/11/19 i UG\_NEU/01/11/19/MSP), Pakiet Wsparcia Pozawałowego (kod warunków: UG\_KARD/01/11/19 i UG\_KARD/01/11/19/MSP) i Odprawa pośmiertna (kod warunków: UG\_ODP/12/15 i UG\_ODP/09/20), a także ochrona ubezpieczeniowa świadczona na podstawie Umowy Grupowego Ubezpieczenia Assistance nie podlega kontynuacji.

## WARIANTY Singiel

### Grupa docelowa dla Wariantów 1 i 2:

Zakres ochrony oferowany w ramach Wariantów 1 i 2 dostosowany został dla osób samodzielnie prowadzących gospodarstwo domowe. Nie obejmują one ryzyka na wypadek zdarzeń dotyczących członków rodziny za wyjątkiem śmierci Rodziców Ubezpieczonego.

Warianty te zostały przygotowane dla osób, poszukujących ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyk dotyczących życia i zdrowia Ubezpieczonego, bez elementów oszczędnościowych czy inwestycyjnych.

Warianty 1 oraz 2 zawierają ten sam zakres ochrony, różniąc się wysokością sum ubezpieczenia, świadczeń oraz Składki.

Rodzaj świadczenia	Wariant 1			Wariant 2		
	Wysokość świadczenia	Suma ubezpieczenia	Składka	Wysokość świadczenia	Suma ubezpieczenia	Składka
Śmierć Ubezpieczonego	30 000	30 000	5,60	40 000	40 000	6,73
Śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku*	35 000	5 000	0,16	60 000	20 000	0,57
Śmierć Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu*	35 000	5 000	0,16	55 000	15 000	0,44
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku - 100% Trwałego uszczerbku	35 000	35 000	3,11	50 000	50 000	4,01
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu - 100% Trwałego uszczerbku	35 000	35 000	0,38	50 000	50 000	0,49
Śmierć Rodziców Ubezpieczonego	600	600	3,00	800	800	3,61
Śmierć Rodziców Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku*	3 000	2 400	1,08	5 000	4 200	1,71
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku*	70	70	0,29	80	80	0,30
Pobyt Ubezpieczonego na OIOM	70	70	0,01	80	80	0,01
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego*	90	20	0,04	100	20	0,04
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy*	100	30	0,03	100	20	0,02
Całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy	10 000	10 000	1,14	20 000	20 000	2,07
<b>Wysokość miesięcznej Składki</b>	<b>15,00 zł</b>			<b>20,00 zł</b>		

\* stanowi skumulowaną (ostateczną) wysokość wypłaconego świadczenia

## WARIANTY Małżeństwo/ Para bez dzieci

### Grupa docelowa dla Wariantów 3 i 4:

Zakres ochrony oferowany w ramach Wariantów 3 i 4 dostosowany został dla osób posiadających Małżonka bądź Partnera, jednak nieposiadających dzieci. Zakres obejmuje ryzyka na wypadek zdarzeń dotyczących Ubezpieczonego oraz członków jego rodziny (Małżonka/Partnera, Rodzica, Teścia/Rodzica Partnera) za wyjątkiem ryzyk dotyczących dziecka.

Warianty te zostały przygotowane dla osób, poszukujących ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyk dotyczących życia i zdrowia Ubezpieczonego oraz jego Małżonka/Partnera, bez elementów oszczędnościowych czy inwestycyjnych.

Warianty 3 oraz 4 zawierają ten sam zakres ochrony, różniąc się wysokością sum ubezpieczenia, świadczeń oraz Składki.

Rodzaj świadczenia	Wariant 3			Wariant 4		
	Wysokość świadczenia	Suma ubezpieczenia	Składka	Wysokość świadczenia	Suma ubezpieczenia	Składka
Śmierć Ubezpieczonego	25 000	25 000	4,21	35 000	35 000	5,88
Śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku*	40 000	15 000	0,43	45 000	10 000	0,29
Śmierć Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu*	40 000	15 000	0,43	45 000	10 000	0,29
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku - 100% Trwałego uszczerbku	25 000	25 000	2,00	30 000	30 000	2,42
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu - 100% Trwałego uszczerbku	25 000	25 000	0,25	30 000	30 000	0,30
Śmierć Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego	10 000	10 000	2,40	12 000	12 000	2,89
Śmierć Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku*	15 000	5 000	0,27	18 000	6 000	0,33
Trwały uszczerbek na zdrowiu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku - 100% Trwałego uszczerbku	10 000	10 000	0,25	12 000	12 000	0,30
Śmierć Rodziców Ubezpieczonego	800	800	3,60	1 000	1 000	4,52
Śmierć Rodziców Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku*	3 000	2 200	0,90	5 000	4 000	1,64
Śmierć Teściów Ubezpieczonego	800	800	1,88	1 000	1 000	2,36
Śmierć Teściów Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku*	3 000	2 200	0,29	5 000	4 000	0,53
Urodzenie się dziecka Ubezpieczonego	500	500	6,44	800	800	10,35
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku*	50	50	0,18	70	70	0,26
Pobyt Ubezpieczonego na OIOM	50	50	0,01	70	70	0,01
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego*	70	20	0,04	80	10	0,02
Pobyt Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku*	50	50	0,38	70	70	0,53
Całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy	10 000	10 000	1,04	20 000	20 000	2,08
<b>Wysokość miesięcznej Składki</b>	<b>25,00 zł</b>			<b>35,00 zł</b>		

\* stanowi skumulowaną (ostateczną) wysokość wypłaconego świadczenia



## WARIANTY Małżeństwo/ Para z Dzieckiem

### Grupa docelowa dla Wariantów 5 i 6:

Zakres ochrony oferowany w ramach Wariantów 5 i 6 dostosowany został dla osób posiadających Małżonka bądź Partnera oraz co najmniej jedno Dziecko. Zakres obejmuje ryzyka na wypadek zdarzeń dotyczących Ubezpieczonego oraz członków jego rodziny (Małżonka/Partnera, Rodzica, Teścia/Rodzica Partnera, Dziecka).

Warianty te zostały przygotowane dla osób poszukujących ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyk dotyczących życia i zdrowia Ubezpieczonego, jego Małżonka/Partnera oraz Dziecka, bez elementów oszczędnościowych czy inwestycyjnych.

Warianty 5 oraz 6 zawierają ten sam zakres ochrony, różniąc się wysokością sum ubezpieczenia, świadczeń oraz Składki.

Rodzaj świadczenia	Wariant 5			Wariant 6		
	Wysokość świadczenia	Suma ubezpieczenia	Składka	Wysokość świadczenia	Suma ubezpieczenia	Składka
Śmierć Ubezpieczonego	25 000	25 000	4,54	35 000	35 000	6,08
Śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku*	40 000	15 000	0,47	45 000	10 000	0,29
Śmierć Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu*	40 000	15 000	0,47	45 000	10 000	0,31
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku - 100% Trwałego uszczerbku	25 000	25 000	2,16	30 000	30 000	2,49
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu - 100% Trwałego uszczerbku	25 000	25 000	0,26	30 000	30 000	0,31
Śmierć Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego	10 000	10 000	2,59	12 000	12 000	2,99
Śmierć Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku*	15 000	5 000	0,29	18 000	6 000	0,33
Trwały uszczerbek na zdrowiu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku - 100% Trwałego uszczerbku	10 000	10 000	0,27	12 000	12 000	0,32
Śmierć Dziecka Ubezpieczonego	6 000	6 000	0,38	6 000	6 000	0,37
Śmierć Dziecka Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku*	8 000	2 000	0,04	8 000	2 000	0,04
Osierocenie Dziecka Ubezpieczonego	6 000	6 000	1,18	6 000	6 000	1,13
Śmierć Rodziców Ubezpieczonego	800	800	3,88	1 000	1 000	4,67
Śmierć Rodziców Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku*	3 000	2 200	0,97	5 000	4 000	1,70
Śmierć Teściów Ubezpieczonego	800	800	2,03	1 000	1 000	2,44
Śmierć Teściów Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku*	3 000	2 200	0,31	5 000	4 000	0,55
Urodzenie się dziecka Ubezpieczonego	500	500	6,95	800	800	10,69
Ciężka choroba Dziecka Ubezpieczonego	2 000	2 000	0,33	3 000	3 000	0,49
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku*	50	50	0,20	70	70	0,27
Pobyt Ubezpieczonego na OIOM	50	50	0,01	70	70	0,01
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego*	70	20	0,04	80	10	0,02
Pobyt Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku*	50	50	0,42	70	70	0,56
Pobyt Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku*	50	50	0,54	70	70	0,72
Całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy	15 000	15 000	1,67	30 000	30 000	3,22
<b>Wysokość miesięcznej Składki</b>		<b>30,00 zł</b>			<b>40,00 zł</b>	

\* stanowi skumulowaną (ostateczną) wysokość wypłaconego świadczenia

## WARIANTY 55+

### Grupa docelowa dla Wariantów 7 i 8:

Zakres ochrony oferowany w ramach Wariantów 7 i 8 dostosowany został dla osób, które ukończyły 55 rok życia. Zakres oraz wysokości sum ubezpieczenia odzwierciedlają potrzeby osób w tym wieku. Zakres ochrony uwzględnia dodatkowo m.in. ryzyko na wypadek Rehabilitacji po Pobytku Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku. Zakres ochrony zawiera ryzyko na wypadek zdarzeń dotyczących Ubezpieczonego oraz członków jego rodziny (Małżonka/Partnera, Rodzica, Teścia/Rodzica Partnera).

Warianty te zostały przygotowane dla osób poszukujących ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyk dotyczących życia i zdrowia Ubezpieczonego oraz jego Małżonka/Partnera, bez elementów oszczędnościowych czy inwestycyjnych.

Warianty 7 oraz 8 zawierają ten sam zakres ochrony, różniąc się wysokością sum ubezpieczenia, świadczeń oraz Składki.

Rodzaj świadczenia	Wariant 7			Wariant 8		
	Wysokość świadczenia	Suma ubezpieczenia	Składka	Wysokość świadczenia	Suma ubezpieczenia	Składka
Śmierć Ubezpieczonego	20 000	20 000	4,41	30 000	30 000	5,90
Śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku*	25 000	5 000	0,19	35 000	5 000	0,17
Śmierć Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu*	25 000	5 000	0,19	35 000	5 000	0,17
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku - 100% Trwałego uszczerbku	22 000	22 000	2,32	35 000	35 000	3,28
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu - 100% Trwałego uszczerbku	20 000	20 000	0,26	20 000	20 000	0,23
Śmierć Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego	8 000	8 000	2,53	10 000	10 000	2,81
Śmierć Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku*	12 000	4 000	0,28	15 000	5 000	0,32
Trwały uszczerbek na zdrowiu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku - 100% Trwałego uszczerbku	10 000	10 000	0,33	12 000	12 000	0,35
Śmierć Rodziców Ubezpieczonego	600	600	3,55	800	800	4,21
Śmierć Rodziców Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku*	3 000	2 400	1,29	5 000	4 200	2,01
Śmierć Teściów Ubezpieczonego	600	600	1,86	800	800	2,20
Śmierć Teściów Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku*	3 000	2 400	0,42	5 000	4 200	0,64
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku*	50	50	0,25	70	70	0,30
Pobyt Ubezpieczonego na OIOM	50	50	0,01	70	70	0,01
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego*	80	30	0,07	90	20	0,05
Pobyt Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku*	50	50	0,51	70	70	0,63
Całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy	5 000	5 000	0,68	8 000	8 000	0,97
Rehabilitacja po Pobytku Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku	400	400	0,85	400	400	0,75
<b>Wysokość miesięcznej Składki</b>	<b>20,00 zł</b>			<b>25,00 zł</b>		

\* stanowi skumulowaną (ostateczną) wysokość wypłaconego świadczenia

## WARIANTY dla osób oczekujących wyższych sum ubezpieczenia

### Grupa docelowa dla Wariantów 9 i 10:

Zakres ochrony oferowany w ramach Wariantów 9 i 10 dostosowany został dla osób, które oczekują wyższych, w porównaniu do pozostałych Wariantów, sum ubezpieczenia w ryzykach dotyczących ochrony swojego życia i zdrowia. Nie obejmują one ryzyk na wypadek zdarzeń dotyczących członków rodziny.

Warianty te zostały przygotowane dla osób poszukujących ochrony ubezpieczeniowej w zakresie podstawowych ryzyk dotyczących życia i zdrowia Ubezpieczonego, bez elementów oszczędnościowych czy inwestycyjnych.

Warianty 9 oraz 10 zawierają ten sam zakres ochrony, różniąc się wysokością sum ubezpieczenia, świadczeń oraz Składek.

Rodzaj świadczenia	Wariant 9			Wariant 10		
	Wysokość świadczenia	Suma ubezpieczenia	Składka	Wysokość świadczenia	Suma ubezpieczenia	Składka
Śmierć Ubezpieczonego	40 000	40 000	8,92	50 000	50 000	11,00
Śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku*	80 000	40 000	1,52	100 000	50 000	1,89
Śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego*	120 000	40 000	0,49	150 000	50 000	0,61
Śmierć Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu*	60 000	20 000	0,77	70 000	20 000	0,76
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku - 100% Trwałego uszczerbku	60 000	60 000	6,38	70 000	70 000	7,36
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu - 100% Trwałego uszczerbku	60 000	60 000	0,79	70 000	70 000	0,90
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku*	100	100	0,49	120	120	0,58
Pobyt Ubezpieczonego na OIOM	100	100	0,01	120	120	0,01
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego*	150	50	0,13	160	40	0,10
Całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy	40 000	40 000	5,50	50 000	50 000	6,79
<b>Wysokość miesięcznej Składki</b>	<b>25,00 zł</b>			<b>30,00 zł</b>		

\* stanowi skumulowaną (ostateczną) wysokość wypłaconego świadczenia

Załącznik nr 3 do Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZAJĄCEGO/UBEZPIECZONEGO (\*pole obligatoryjne)

Imiona\*:

Nazwisko\*:

PESEL\*:

Numer Wniosku o zawarcie:

**Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym.**

**UPOWAŻNIENIA WYNIKAJĄCE Z USTAWY O DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ I REASEKURACYJNEJ**

- 1) **Wyrażam zgodę** na uzyskiwanie przez Open Life TU Życie SA, od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego, weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej Umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia. Zakres udostępnionych Open Life TU Życie SA informacji o moim stanie zdrowia może obejmować informacje o:
  - a) przyczynach hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
  - b) przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach;
  - c) wynikach przeprowadzonych konsultacji;
  - d) przyczynie śmierci ubezpieczonego,  
z wyłączeniem wyników badań genetycznych.
- 2) **Wyrażam zgodę** na uzyskiwanie przez Open Life TU Życie SA od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Open Life TU Życie SA oraz wysokości świadczenia.

Niniejsze oświadczenia składam dobrowolnie. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Miejscowość i data  
podpisania oświadczenia (dd/mm/rrrr)

Podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego