

WARUNKI UBEZPIECZENIA

GRUPOWEGO NA ŻYCIE



SPIS TREŚCI

Warunki Ubezpieczenia Grupowego na Życie „Ochrona w Grupie” (kod: UB_ZYC/12/15/GOL ze zm.)	4
Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (kod: UG_SNW/12/15 ze zm.)	20
Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy (kod: UG_SNWP/12/15 ze zm.)	22
Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego (kod: UG_SNWK/12/15 ze zm.)	25
Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu (kod: UG_SZSUM/12/15 ze zm.)	27
Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (kod: UG_TUNW/12/15 ze zm.)	29
Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu (kod: UG_TUZSUM/12/15 ze zm.)	32
Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego (kod: UG_SMP/12/15 ze zm.)	35
Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (kod: UG_SMPNW/12/15 ze zm.)	37
Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka Ubezpieczonego (kod: UG_SDZI/12/15 ze zm.)	40
Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Osierocenia Dziecka Ubezpieczonego (kod: UG_ODZI/12/15 ze zm.)	42
Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Rodziców Ubezpieczonego (kod: UG_SR/12/15 ze zm.)	44
Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Teściów Ubezpieczonego (kod: UG_STU/12/15 ze zm.)	46
Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Urodzenia się Dziecka lub Urodzenia się martwego dziecka Ubezpieczonego (kod: UG_UDZI/12/15 ze zm.)	48
Warunki Dodatkowe Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Ciężkiej choroby Ubezpieczonego (kod: UG_CH/12/15 ze zm.)	50
Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (kod: UG_PWSNW/12/15 ze zm.)	58
Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod: UG_PWS/12/15 ze zm.)	61
Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego na OIOM (kod: UG_OIOM/12/15 ze zm.)	64
Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu (kod: UG_PWSZSU/12/15 ze zm.)	66

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego (kod: UG_PWSNWK/12/15 ze zm.)	68
Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy (kod: UG_PWSNWP/12/15 ze zm.)	70
Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego (kod: UG_OC/12/15 ze zm.)	72
Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy oraz do samodzielnej egzystencji (kod: UG_CNDPSE/12/15 ze zm.)	75
Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Rekonwalescencji Ubezpieczonego po Pobycie Ubezpieczonego w Szpitalu (kod: UG_RK/12/15 ze zm.)	77
Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Czasowej niezdolności do pracy (kod: UG_CZNDP/03/16)	79

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

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

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

WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA ŻYCIE „OCHRONA W GRUPIE”

Kod warunków: UB_ZYC/12/15/GOL

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony w Umowie ubezpieczenia

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 „Ochrona w Grupie”, 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 znajdują Państwo informacje, dotyczące zasad świadczonej ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka śmierci, 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; przez działania wojenne należy rozumieć również stan wojenny,
- b) czynny udział w aktach 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) <uchylony>
- d) <uchylony>
- e) zamach stanu tj. przejęcie władzy politycznej w państwie przez jednostkę lub grupę osób, wbrew obowiązującemu prawu,
- f) <uchylony>
- 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 trwale 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 rozproszony, może spowodować trwale 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 trwale 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 definicje mają istotne znaczenie, ponieważ określają sytuacje, w których odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń jest wyłączona. Proszę spojrzeć np. na § 10 niniejszych Warunków Ubezpieczenia.

- 3) **Certyfikat** - dokument wystawiony przez Towarzystwo Ubezpieczeń i przekazywany Ubezpieczającemu, potwierdzający objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, określający zakres ochrony ubezpieczeniowej oraz wysokości sum ubezpieczenia. Strony Umowy ubezpieczenia mogą uzgodnić, że Certyfikaty nie będą wystawiane;

Od Open Life:

Potwierdzamy objęcie Państwa ochroną ubezpieczeniową wystawiając imienny Certyfikat, w którym znajdują Państwo podstawowe informacje dotyczące świadczonej ochrony ubezpieczeniowej. Certyfikat można odebrać u Ubezpieczającego po przesłaniu go przez Towarzystwo Ubezpieczeń.

- 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;

- 4¹⁾ **Data nabycia uprawnień** – dzień, począwszy od którego dana osoba może zostać objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia.

- a) Datą nabycia uprawnień w stosunku do Pracowników jest:

- i) dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia, lub
- ii) dzień, w którym dana osoba uzyskała status Pracownika - w przypadku osób, które uzyskały status Pracownika po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia,

- b) Datą nabycia uprawnienia w stosunku do Małżonka, Partnera albo Pełnoletniego dziecka jest dzień nabycia uprawnienia przez Pracownika, który wskazał tego Małżonka albo tego Partnera lub to Pełnoletnie dziecko do Umowy ubezpieczenia, a także:
- i) dzień zawarcia związku Małżeńskiego – w przypadku Małżonka,
 - ii) dzień osiągnięcia 18. roku życia – w przypadku Pełnoletniego dziecka;
- Jeżeli dzień, o którym mowa w lit. a) - b) powyżej, przypada w innym dniu niż pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego, to Datą nabycia uprawnienia jest kolejny pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego.
- 5) **Deklaracja zgody** - pisemne oświadczenie woli Ubezpieczonego, na mocy którego wyraża on zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową 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) **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 wygasa 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:

Czasami zdarza się sytuacja, że zasady świadczonej ochrony ubezpieczeniowej są uzależnione od tego czy byli Państwo wcześniej objęci ochroną ubezpieczeniową. Proszę spojrzeć np. do paragrafu 10, gdzie znajdują się postanowienia dotyczące Karencji.

Prosimy również zwrócić uwagę, iż akceptujemy tylko takie Dotychczasowe umowy ubezpieczenia, z których zrezygnowali Państwo w celu skorzystania z naszej oferty.

- 7) **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;

Od Open Life:

Proszę zwrócić szczególną uwagę na tę definicję, ponieważ w istotny sposób rzutuje ona na zakres świadczonej ochrony ubezpieczeniowej.

Jeżeli zgodnie z postanowieniami Umowy ubezpieczenia jesteście Państwo objęci Karencją, to nasza odpowiedzialność jest przez określony czas ograniczona do następstw Nieszczęśliwych wypadków. Oznacza to m.in. że nie wypłacimy świadczenia w przypadku np. śmierci w wyniku choroby.

Karencja jest jednym z podstawowych i bardziej istotnych ograniczeń odpowiedzialności.

- 8) **Krwotok śródmózgowy** - krwawienie do mózgu spowodowane pęknięciem naczynia;
- 9) **Małżonek** - osoba, która pozostaje z Pracownikiem, w dniu podpisania przez niego Deklaracji zgody w związku małżeńskim (w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego);

Od Open Life:

Istnieje możliwość dopuszczenia do ubezpieczenia członków rodziny Pracownika, tj. Małżonka, Partnera albo Pełnoletniego dziecka, pod warunkiem że Strony Umowy ubezpieczenia tak uzgodniły. W razie wątpliwości proszę spytać Ubezpieczającego czy w Państwa Umowie ubezpieczenia taka możliwość istnieje. Analogiczne uwagi dotyczą definicji Partnera i Pełnoletniego dziecka.

- 10) **Nieszczęśliwy wypadek** - nagle, 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) <uchylony>
- d) <uchylony>

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”.

- 11) **Okres ubezpieczenia** - okres, w którym udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa danemu Ubezpieczonemu na podstawie Umowy ubezpieczenia. Ileż w 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. Ileż 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;
- 12) **Padaczka** - choroba ze skłonnością do występowania napadowej, nieprawidłowej aktywności elektrycznej mózgu prowadzącej do napadów o różnorodnej postaci klinicznej;
- 13) **Partner** - niespokrewniona z Ubezpieczonym osoba pozostająca w dniu podpisania Deklaracji zgody w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo domowe. W rozumieniu Warunków Ubezpieczenia za Partnera nie uważa się:
 - a) osoby, która pozostaje w związku małżeńskim (w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego),
 - b) każdej innej osoby - w przypadku gdy Pracownik pozostaje w związku małżeńskim (w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego);
- 14) **Pasierb** - dziecko męża lub żony (w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego);
- 15) **Pełnoletnie dziecko** - dziecko własne albo przysposobione albo Pasierb (o ile nie żyje ojciec lub matka pasierb) Pracownika, które w dniu podpisania Deklaracji zgody ma ukończony 18. rok życia;
- 16) **Pierwsza składka** - kwota wpłacana na rachunek bankowy Towarzystwa Ubezpieczeń, wskazany we Wniosku, której wpłacenie w wymaganym terminie stanowi warunek zawarcia Umowy ubezpieczenia. W razie nie zawarcia Umowy Ubezpieczenia kwotę, o której mowa w zdaniu pierwszym, Towarzystwo Ubezpieczeń zwraca Ubezpieczającemu na wskazane przez niego konto lub na wskazany we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia adres korespondencyjny;
- 17) **Polisa** - dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia i jej warunki wystawiony przez Towarzystwo Ubezpieczeń i doręczony Ubezpieczającemu;

Od Open Life:

Polisę doręczymy Ubezpieczającemu po weryfikacji dokumentacji wnioskowej. Będzie to oznaczać, że zaakceptowaliśmy Wniosek i Umowa ubezpieczenia została zawarta.

- 18) **Pozostawanie pod wpływem spożytego alkoholu** - stan, w którym:
 - a) zawartość alkoholu we krwi wynosi powyżej 0,2‰ lub
 - b) zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,1 mg alkoholu;
- 19) **Pracownik** - osoba fizyczna, która w dniu podpisania Deklaracji zgody:
 - a) jest funkcjonariuszem lub pracownikiem, zatrudnionym w jednostkach organizacyjnych Służby Więziennej określonych w ustawie o Służbie Więziennej (tekst jednolity DZ.U.02.207.1761 z późn. zm.), lub
 - b) jest byłym funkcjonariuszem lub byłym pracownikiem Służby Więziennej, który jest emerytem lub rencistą, w rozumieniu ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, ABW, Agencji Wywiadu, Straży Granicznej, BOR, PSP i Służby Więziennej oraz ich rodzin (tekst jednolity DZ.U.04.8.67 późn. zm.),
 - c) <uchylony>
 - d) <uchylony>
 - e) Ileż w Warunkach Ubezpieczenia mowa o Pracowniku Ubezpieczającego, to należy przez to rozumieć Pracownika w rozumieniu niniejszego punktu;
- 20) **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);
- 21) **Rocznica Umowy ubezpieczenia** - dzień odpowiadający dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, w każdym kolejnym roku kalendarzowym po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia. Jeżeli Rocznicą 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 Rocznicą Umowy ubezpieczenia przypada zawsze pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego niezależnie od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia.

- 22) **Składka** - kwota opłacana przez Ubezpieczającego na rachunek bankowy Towarzystwa, należna z tytułu świadczonej ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy ubezpieczenia;

Od Open Life:

Rachunek bankowy do wpłat składek jest wskazany we Wniosku a także potwierdzony w Polisie.
Składka jest przekazywana przez Ubezpieczającego.

- 23) **Sporty wysokiego ryzyka** - następujące sporty lub aktywności fizyczne: wyczynowa jazda konna, sporty motorowe lub motorowodne, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również: sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa, lodowa, speleologia, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich;
- 24) **Świadczenie ubezpieczeniowe** - kwota wypłacana przez Towarzystwo Ubezpieczeń uprawnionemu do Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 25) **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;
- 26) **Udar mózgu** - nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmożgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu) lub przerwaniem dopływu krwi do mózgu, 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);
- 27) **Ubezpieczony** - osoba, objęta ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia;
- 28) **Ubezpieczający** - podmiot, który zawarł z Towarzystwem Ubezpieczeń Umowę ubezpieczenia;

Od Open Life:

Ubezpieczającym jest z reguły Pracodawca.

- 29) **Umowa ubezpieczenia** - umowa grupowego ubezpieczenia na życie oraz ryzyk dodatkowych, zawarta między Towarzystwem Ubezpieczeń a Ubezpieczającym na podstawie Warunków Ubezpieczenia a także odpowiednich Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia. Integralną częścią Umowy ubezpieczenia są postanowienia szczególne uzgodnione przez strony Umowy ubezpieczenia, załączone do Wniosku a następnie potwierdzone w Polisie, o ile zostały przez strony Umowy ubezpieczenia uzgodnione;

Od Open Life:

Treść Umowy ubezpieczenia stanowi tekst Warunków Ubezpieczenia a także informacje zawarte we Wniosku i potwierdzone w Polisie. 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 i które następnie zostaną przez nas potwierdzone w Polisie.

Przed podpisaniem Deklaracji zgody powinny być Państwu także doręczone w celu zapoznania się. W razie wątpliwości proszę kontaktować się z Ubezpieczającym.

- 30) **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;

Od Open Life:

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

- 31) **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 Rocznicę Umowy ubezpieczenia;

Od Open Life:

Ochrona ubezpieczeniowa oferowana przez Nas jest zróżnicowana dzięki czemu może zostać dostosowana do potrzeb każdej osoby.

Dostępne warianty ochrony ubezpieczeniowej określone są szczegółowo w dokumentacji, dotyczącej danej Umowy ubezpieczenia (Wniosku, Polisie).

Prosimy o rozważny wybór interesującego Państwa zakresu ochrony, ponieważ jego zmiana jest możliwa wyłącznie w Rocznicę Umowy ubezpieczenia.

Wyboru Wariantu ochrony dokonują Państwo w Deklaracji zgody.

- 32) **Wniosek** - dokument stanowiący ofertę zawarcia Umowy ubezpieczenia, składany przez Ubezpieczającego Towarzystwu Ubezpieczeń;
- 33) **Współubezpieczony** - Małżonek, Partner, lub Pełnoletnie dziecko, które zostało objęte ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia;
- 34) **Zawał mięśnia sercowego (zawał serca)** - obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia. Diagnostyka 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);
- 35) **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) wnioskowanych postanowień dodatkowych lub odstępstw od Warunków Ubezpieczenia lub Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (inaczej postanowienia szczególne, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 29);
 - 3) proponowanego początku odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń na podstawie Umowy ubezpieczenia;
 - 4) struktury wiekowo-płciowej grupy, która będzie mogła skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej;
 - 5) rozszerzenia zakresu podmiotowego Ubezpieczonego o Współubezpieczonych.

Od Open Life:

W celu zawarcia Umowy ubezpieczenia należy złożyć do Towarzystwa Ubezpieczeń Wniosek, który zostanie udostępniony Ubezpieczającemu po uzgodnieniu szczegółowych warunków tejże umowy. Przed złożeniem Wniosku Ubezpieczającemu doręczane są Warunki Ubezpieczenia.

4. Warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest złożenie poprawnie uzupełnionego i podpisanego Wniosku a także opłacenie Pierwszej składki w wymaganym terminie płatności na rachunek bankowy Towarzystwa Ubezpieczeń, wskazany we Wniosku.
5. Pierwsza składka powinna zostać opłacona do końca miesiąca kalendarzowego, w którym odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń rozpoczyna się na podstawie Umowy ubezpieczenia.
6. W przypadku nieopłacenia Pierwszej Składki w pełnej wysokości w wymaganym terminie płatności Towarzystwo Ubezpieczeń wezwie Ubezpieczającego do zapłaty Pierwszej Składki w terminie wskazanym w wezwaniu pod rygorem nie zawarcia Umowy ubezpieczenia.

Od Open Life:

Proszę zwrócić uwagę, że warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest również opłacenie Pierwszej Składki.

Po odebraniu od Pracowników Deklaracji zgody należy przelać odpowiednią kwotę składki na rachunek bankowy wskazany we Wniosku.

Do momentu jej opłacenia nie dojdzie do zawarcia Umowy ubezpieczenia!!!

7. Towarzystwo Ubezpieczeń potwierdza zawarcie Umowy ubezpieczenia Polisą.
8. Towarzystwo Ubezpieczeń ma prawo odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia.

ROZPOCZĘCIE I ZAKOŃCZENIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 5

1. Osoba spełniająca warunki, o których mowa w § 6, zostanie objęta ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego (Pierwszy dzień Okresu ubezpieczenia), pod warunkiem że poprawnie wypełniona i podpisana Deklaracja zgody została złożona Ubezpieczającemu przed Pierwszym dniem Okresu ubezpieczenia i następnie doręczona do siedziby Towarzystwa Ubezpieczeń w terminie do 25-go dnia miesiąca kalendarzowego, w którym ochrona ma się rozpocząć.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się nie wcześniej niż w następnym dniu po zawarciu Umowy ubezpieczenia i nie wcześniej, niż pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po dniu, w którym Ubezpieczony ten oświadczył stronie wskazanej w Umowie ubezpieczenia, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w Umowie ubezpieczenia, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia.
3. W przypadku bezskutecznego upływu terminu na doręczenie poprawnie uzupełnionej i podpisanej Deklaracji zgody do siedziby Towarzystwa Ubezpieczeń, Towarzystwo Ubezpieczeń wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia braków w terminie określonym w wezwaniu, pod rygorem nieudzielenia ochrony w stosunku do osób, których poprawnie uzupełnione i podpisane Deklaracje zgody nie zostały doręczone - jeżeli braki nie zostaną uzupełnione ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się a Towarzystwo Ubezpieczeń zwraca wpłaconą Składkę za te osoby na wskazane przez Ubezpieczającego konto lub na wskazany we Wniosku adres korespondencyjny. Postanowienia określone w niniejszym ustępie mają zastosowanie również w sytuacji, gdy doręczona w wymaganym terminie Deklaracja zgody zawiera braki lub błędy uniemożliwiające objęcie ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia.

Od Open Life:

Jeżeli Deklaracja zgody nie dotrze do nas w terminie podstawowym lub dodatkowo przez nas wyznaczonym ochrona nie rozpoczyna się!!!

4. Towarzystwo Ubezpieczeń może wyrazić zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową danej osoby mimo niespełnienia warunków, o których mowa powyżej. O podjętej decyzji Towarzystwo Ubezpieczeń poinformuje Ubezpieczającego w uzgodniony sposób.
5. 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, za jaki została opłacona Składka, w następstwie złożonej rezygnacji Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej;
 - 4) w przeddzień najbliższej Rocznicy Umowy ubezpieczenia przypadającej po dniu, w którym Ubezpieczony ukończył 70. rok życia. W przypadku gdy Składka została opłacona za czas dłuższy niż do dnia, w którym wygasa ochrona ubezpieczeniowa Towarzystwo Ubezpieczeń zwróci Ubezpieczającemu Składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej,
 - 5) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego za jaki została opłacona Składka, w którym Ubezpieczony utracił status Pracownika w zakładzie pracy wskazanym w Deklaracji zgody – nie dotyczy osób, które utraciły status Pracownika w związku z osiągnięciem wieku emerytalnego;
 - 6) w przypadku braku opłacenia Składki w wymaganym terminie, po upływie terminu przewidzianego w wezwaniu Ubezpieczającego do zapłaty składki, zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 5 i 6 Warunków Ubezpieczenia;
 - 7) w przypadku Współubezpieczonych - z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym wygasa odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w stosunku do Ubezpieczonego Pracownika, który wskazał tego Współubezpieczonego do Umowy 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.

6. Ubezpieczonemu przysługuje prawo rezygnacji w każdym momencie 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.
7. W przypadku utraty statusu Pracownika w związku z przejściem do innego zakładu pracy i w konsekwencji zakończeniem Okresu ubezpieczenia, zgodnie z ust. 4 pkt 5 powyżej, danej osobie przysługuje prawo do złożenia ponownie Deklaracji zgody i objęcia ochroną ubezpieczeniową na warunkach, które miały do niej w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, przed przejściem do innego zakładu pracy. Postanowienia o których mowa w zdaniu poprzednim mają zastosowanie pod warunkiem, że ochrona ubezpieczeniowa w związku z ponownym złożeniem Deklaracji zgody rozpocznie się nie później niż następnego dnia po zakończeniu ochrony w związku z przejściem do innego zakładu pracy. Postanowienia określone w niniejszym ustępie mają odpowiednie zastosowania do Współubezpieczonych w stosunku do których ochrona ubezpieczeniowa zakończyła w związku z przejściem do innego zakładu pracy przez wskazującego ich do ubezpieczenia Pracownika.

WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

§ 6

1. Pracownicy mogą zostać objęci ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia.
2. Małżonek albo Partner lub Pełnoletnie dziecko Pracownika może zostać objęte ochroną ubezpieczeniową tylko wtedy, gdy strony Umowy ubezpieczenia tak uzgodniły. W tym celu Ubezpieczający składa odpowiednią dyspozycję we Wniosku. Ustalenia stron zostaną także potwierdzone w Polisie.
3. Ochroną ubezpieczeniową zostanie objęta osoba pod warunkiem, że w dniu podpisywania Deklaracji zgody łącznie spełnia następujące warunki:
 - 1) nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, urlopie macierzyńskim, urlopie bezpłatnym lub urlopie wychowawczym, w szpitalu, w hospicjum lub nie orzeczono wobec niej niezdolności do pracy; Towarzystwo Ubezpieczeń zobowiązuje się do objęcia ochroną ubezpieczeniową osób, które mają orzeczoną niezdolność do wykonywania pracy funkcjonariusza Służby więziennej – nie dotyczy Małżonka, Partnera oraz Pełnoletniego dziecka;
 - 2) ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonego 69 roku życia, z tym zastrzeżeniem że Towarzystwo Ubezpieczeń zobowiązuje się do objęcia ochroną również osób, które mają ukończony 69. rok życia i nie mają ukończonego 70. roku życia pod warunkiem, że byli objęci ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia;
 - 3) <uchylony>
 - 4) <uchylony>
 - 5) zostały spełnione warunki określone w § 5 ust. 1.

Od Open Life:

Wspomniane przesłanki są weryfikowane na dzień podpisania Deklaracji zgody.

Proszę zwrócić uwagę, iż podanie fałszywych informacji (w szczególności w zakresie pkt 1), może skutkować odmową wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego.

W przypadku gdy nie spełniacie Państwo wyżej wymienionych warunków, nie możecie przystąpić do Umowy ubezpieczenia.

4. Towarzystwo Ubezpieczeń wyrazi również zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby, która w dniu podpisania Deklaracji zgody nie posiada statusu Pracownika, ale najpóźniej w Pierwszym dniu Okresu ubezpieczenia przedmiotowy status uzyska.
5. Osoba będąca Małżonkiem albo Partnerem lub Pełnoletnim dzieckiem zostanie objęta ochroną pod warunkiem, że zostanie wskazana przez uprawnionego Pracownika. Prawo do wskazania przysługuje Pracownikowi, który zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową nie później niż wskazany przez niego odpowiednio: Małżonek albo Partner lub Pełnoletnie dziecko. Przez wskazanie należy rozumieć oświadczenie składane przez Pracownika, zamieszczone w Deklaracji zgody odpowiednio: Małżonka albo Partnera lub Pełnoletniego dziecka.

Open Life:

Proszę zwrócić uwagę przy wypełnianiu Deklaracji zgody, aby Pracownik podpisał się na Deklaracji zgody członka rodziny, którego wskazuje do ubezpieczenia.

Wspomniane postanowienie a także inne (np. dotyczące zakończenia ochrony ubezpieczeniowej) ustanawiają zasadę, iż Współubezpieczony może być objęty ochroną tylko razem z Pracownikiem.

W innym wypadku powoduje to nie rozpoczęcie ochrony bądź jej zakończenie.

6. Wskazanie Partnera do Umowy ubezpieczenia jest skuteczne wyłącznie na dzień, w którym Towarzystwo Ubezpieczeń rozpocznie udzielanie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Pracownika wskazującego tego Partnera. Wskazanie w innym dniu lub zmiana Partnera w trakcie trwania danego stosunku ubezpieczenia jest możliwa wyłącznie w Rocznicę Umowy ubezpieczenia.

Open Life:

Proszę zwrócić uwagę, iż powyższe postanowienie ogranicza terminy, w których można wskazać Partnera. Wskazanie Partnera w innym terminie nie zostanie przez Nas zaakceptowane.

7. 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.
8. Towarzystwo Ubezpieczeń może objąć ochroną również osobę nie spełniającą warunków, o których mowa powyżej, ewentualnie zaproponować ochronę na indywidualnie uzgodnionych warunkach. O podjętej decyzji Towarzystwo Ubezpieczeń poinformuje Ubezpieczającego w uzgodniony sposób.
9. Towarzystwo Ubezpieczeń może odmówić objęcia ochroną ubezpieczeniową każdej osobie. O podjętej decyzji Towarzystwo Ubezpieczeń poinformuje Ubezpieczającego w uzgodniony sposób.

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

§ 7

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres 1 roku.
2. Umowa ubezpieczenia zostanie przedłużona na kolejne okresy 1 roku, o ile żadna ze stron nie postanowi inaczej, z tym że oświadczenie strony zawierające wolę nieprzedłużenia Umowy ubezpieczenia na kolejny okres powinno być złożone drugiej stronie na piśmie nie później niż na 30 dni przed upływem okresu na jaki została zawarta. Prawo Towarzystwa Ubezpieczeń do złożenia oświadczenia o nieprzedłużeniu Umowy ubezpieczenia w pierwszym roku trwania Umowy ubezpieczenia, jest ograniczona do sytuacji, w której szkodowość (obliczana zgodnie z poniższym wzorem) wynosi co najmniej 110%.

$$\text{Szkodowość} = (\text{Świadczenia} + \text{zmiana_rezerw_świadczeniowych}) / \text{składka} \times 100\%$$

Gdzie:

Świadczenia – świadczenia wypłacone przez Towarzystwo Ubezpieczeń w okresie pierwszych 10 miesięcy Umowy ubezpieczenia;
Zmiana_rezerw_świadczeniowych – zmiana rezerw na Świadczenia ubezpieczeniowe zgłoszone a niewypłacone (dalej: RBNP) w okresie pierwszych 10 miesięcy Umowy ubezpieczenia (rezerwa RBNP wg stanu na koniec okresu minus rezerwa RBNP wg stanu na początek okresu)

Składka – składka przypisana w okresie pierwszych 10 miesięcy trwania Umowy ubezpieczenia.

Szkodowość jest obliczana po upływie 10 miesięcy od daty zawarcia 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 bezskutecznym upływem terminu, który został wskazany w wezwaniu, w przypadku wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w okolicznościach, o których mowa w § 8 ust. 7;
 - 3) z końcem okresu, na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia, w przypadku złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust. 2 powyżej;
 - 4) z dniem złożenia oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego.
5. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.

SKŁADKA

§ 8

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty Składki z częstotliwością miesięczną za wszystkich Ubezpieczonych, do 25. dnia każdego miesiąca kalendarzowego, za który jest należna.

Od Open Life:

Proszę zwrócić uwagę na opłacanie składki w terminie.

2. Za dzień zapłaty Składki uznaje się dzień wpływu środków na rachunek bankowy Towarzystwa Ubezpieczeń określony we Wniosku i potwierdzony w Polisie. W przypadku zmiany powyższego rachunku bankowego Towarzystwo Ubezpieczeń zobowiązane jest poinformować o tym Ubezpieczającego z wyprzedzeniem co najmniej 14 dniowym. Zmiana numeru rachunku nie jest zmianą Umowy ubezpieczenia.

Od Open Life:

Rachunek bankowy do wpłaty należnych składek znajduje się na Wniosku a także w doręczonej Ubezpieczającemu Polisie.

3. Wysokość Składki za danego Ubezpieczonego wynika z wybranego przez niego Wariantu ochrony oraz Wariantów Dodatkowych. Wysokość Składki należnej za dany Wariant ochrony jest określona we Wniosku i potwierdzona w Polisie.
4. Wysokość Składki za wszystkich Ubezpieczonych wyrażona jest w złotych polskich.
5. W przypadku braku opłacenia Składki w terminie w pełnej wysokości za wszystkich Ubezpieczonych, Towarzystwo Ubezpieczeń wzywa Ubezpieczającego do zapłaty Składki za Ubezpieczonych wyznaczając dodatkowo co najmniej 7-dniowy termin płatności Składki. Towarzystwo Ubezpieczeń w wezwaniu informuje Ubezpieczającego o skutkach niezapłacenia Składki w wyznaczonym terminie.
6. W przypadku braku opłacenia Składki w dodatkowym terminie ochrona ubezpieczeniowa względem wszystkich Ubezpieczonych trwa do ostatniego dnia terminu wskazanego w wezwaniu. Towarzystwo Ubezpieczeń może również określić inny skutek niezapłacenia składki, w szczególności że w przypadku braku opłacenia Składki w dodatkowym terminie ochrona ubezpieczeniowa względem tylko wskazanych Ubezpieczonych trwa do ostatniego dnia terminu wskazanego w wezwaniu.
7. W przypadku braku opłacenia Składki w dodatkowym terminie Umowę ubezpieczenia uznaje się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego, chyba że co innego wynika z wezwania. W okolicznościach, o których mowa w zdaniu poprzednim Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem terminu wskazanym w wezwaniu.

Od Open Life:

Proszę o zwrócenie uwagi, iż nieopłacenie składki bądź opłacenie jej w niepełnej wysokości może skutkować zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej i rozwiązaniem Umowy ubezpieczenia.

8. Za okres, w którym Towarzystwo Ubezpieczeń udzielało ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwu Ubezpieczeń należąca jest Składka.
9. Wartość należnej Składki obliczana jest w oparciu o okres, na który została zawarta Umowa ubezpieczenia, wysokość sumy ubezpieczenia, liczebność Pracowników Ubezpieczającego a także z uwzględnieniem kosztów ponoszonych przez Towarzystwo Ubezpieczeń w związku z zawarciem oraz wykonaniem Umowy ubezpieczenia.
10. Postanowienia określone w niniejszym paragrafie nie mają zastosowania do Pierwszej Składki. Postanowienia dotyczące Pierwszej Składki są określone w § 4 Warunków Ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

§ 9

1. Z zastrzeżeniem postanowień niniejszych 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 jakiegokolwiek wątpliwości spytaj Ubezpieczającego 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.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 10

1. W zakresie ryzyka śmierci Ubezpieczonego w stosunku do każdego Ubezpieczonego zastosowanie ma Karencja, z zastrzeżeniem ust. 1¹ poniżej. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

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 Nie-szczęśliwego wypadku.

Pamiętaj jednak, aby przed podjęciem decyzji o wyborze naszego ubezpieczenia spytać Ubezpieczającego, czy były uzgadniane odstępstwa w tym zakresie.

- 1¹. Jeżeli Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową w ciągu 3 miesięcy od Daty nabycia uprawnienia, Karencji nie stosuje się.
2. Do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania ochroną Ubezpieczonego w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w ust. 3 - 4 poniżej.
3. Z zastrzeżeniem ust. 4, jeżeli dana osoba była objęta ochroną ubezpieczeniową, w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego, z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, przez okres:
 - 1) co najmniej równy okresowi Karencji, to 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;
 - 2) krótszy niż okres Karencji, to:
 - a) w okresie liczącym od Pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia, będącym jednocześnie różnicą okresu Karencji i okresu podlegania ochronie z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, stosuje się Karencję na zasadach ogólnych, co oznacza że Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenie ubezpieczeniowe, które w tym okresie wystąpi,
 - b) po upływie okresu określonego w lit. a powyżej, Towarzystwo Ubezpieczeń spełni Świadczenie z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w pozostałej części okresu Karencji, w wysokości określonej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia,
4. Postanowienia ust. 3 mają wyłączenie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie Karencja.
5. Postanowienia ust. 3 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:

Postanowienia określone w ust. 2 - 4 stanowią wyjątek od stosowania karencji. Mianowicie dla osób dotychczas ubezpieczonych, zalicza się okres ubezpieczenia w posiadanych wcześniej ryzykach, pod warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia z zachowaniem ciągłości ubezpieczeniowej. Dzięki takiemu rozwiązaniu świadczenie może być wypłacone jeszcze w okresie karencji, w wysokości przewidzianej w umowie ubezpieczenia, jednak nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Warunek ten zostanie spełniony, gdy Ubezpieczony przed przystąpieniem do ubezpieczenia zrezygnuje z dotychczasowej umowy.

Podsumowując, jeżeli spełnione zostaną warunki określone we wskazanych ustępach istnieje szansa wypłaty świadczenia jeszcze w okresie karencji.

5. <uchylony>.
6. Ubezpieczający oraz Ubezpieczony zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa Ubezpieczeń wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo Ubezpieczeń zapytywało w formularzu oferty lub przed objęciem ochroną ubezpieczeniową w innych pismach. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem powyższych postanowień nie zostały podane mu do wiadomości.
7. Po upływie lat trzech od objęcia ochroną ubezpieczeniową Towarzystwo Ubezpieczeń nie może podnieść zarzutu, że przy objęciu ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczający lub Ubezpieczony podał wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zataił chorobę Ubezpieczonego.
8. 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, z tym zastrzeżeniem że do wspomnianego okresu 2 lat zalicza się okres obejmowania ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, jednakże nie więcej niż 18 miesięcy;
 - 2) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) Aktów wojennych, chyba że udział w Aktach wojennych miał miejsce w związku z wykonywaniem czynności służbowych wynikających ze stosunku pracy wykonywanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, 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.

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) Obowiązki Ubezpieczającego w procesie obejmowania ochroną ubezpieczeniową:
 - a) doręczania osobom zainteresowanym Warunków Ubezpieczenia oraz Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia przed podpisaniem przez nie Deklaracji zgody a także postanowień szczególnych, o ile zostały przez strony Umowy ubezpieczenia uzgodnione, chyba że nie dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego. Ubezpieczający jest obowiązany doręczyć Warunki Ubezpieczenia oraz postanowienia szczególne w formie papierowej lub na innym trwałym nośniku, w tym w szczególności:
 - i) przesłanie Warunków Ubezpieczenia oraz Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia a także postanowień szczególnych na adres e-mail osoby zainteresowanej objęciem ochroną ubezpieczeniową, lub
 - ii) przekazanie Warunków Ubezpieczenia oraz Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia a także postanowień szczególnych osobie zainteresowanej na płycie CD,Ubezpieczający zobowiązuje się umożliwić Towarzystwu Ubezpieczeń skontrolowanie procesu doręczania dokumentów, o których mowa powyżej;
 - b) udostępnienia osobom informacji na temat obowiązujących w Umowie ubezpieczenia zakresów ochrony, sum ubezpieczenia a także składek, przed podpisaniem przez nie Deklaracji zgody,
 - c) weryfikowania poprawności wypełnianych przez Ubezpieczonych Deklaracji zgody i doręczania ich do siedziby Towarzystwa Ubezpieczeń nie później niż do 25 dnia miesiąca kalendarzowego, w którym ochrona ma się rozpocząć,
 - d) niezwłocznego przesyłania innych dokumentów wymaganych przez Towarzystwo Ubezpieczeń w procesie obejmowania ochroną, np. kwestionariuszy medycznych,
 - e) do momentu wysłania Deklaracji zgody do Towarzystwa Ubezpieczeń, Ubezpieczający zobowiązany jest do przechowywania Deklaracji zgody złożonej przez Ubezpieczonego zgodnie z wymogami powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w szczególności w zakresie ochrony danych osobowych i tajemnicy ubezpieczeniowej,
 - f) rejestrowania w udostępnionej przez Towarzystwo Ubezpieczeń aplikacji elektronicznej Deklaracji zgody złożonej przez Ubezpieczonego do 10 dnia miesiąca, w którym ochrona ma się rozpocząć.
 - 2) Obowiązki Ubezpieczającego w procesie administrowania i obsługi Umowy ubezpieczenia:
 - a) wyznaczenia osoby do kontaktu z Towarzystwem Ubezpieczeń w celach związanych z wykonaniem Umowy ubezpieczenia oraz informowania Towarzystwa Ubezpieczeń o wyznaczeniu oraz każdej zmianie takiej osoby,
 - b) przyjmowania od Ubezpieczonego i przekazywania Towarzystwu Ubezpieczeń wszelkich dyspozycji związanych z Umową ubezpieczenia i rejestrowanie ich w udostępnionej przez Towarzystwo Ubezpieczeń aplikacji elektronicznej we wskazanym przez Towarzystwo Ubezpieczeń zakresie,
 - c) posługiwania się wyłącznie formularzami dostarczonymi przez Towarzystwo Ubezpieczeń przy wykonywaniu Umowy ubezpieczenia,
 - d) przekazywania niezwłocznie Towarzystwu Ubezpieczeń wszelkich dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji Umowy ubezpieczenia, zgromadzonych i posiadanych przez Ubezpieczającego w związku z poszczególnymi Ubezpieczonymi i ochroną ubezpieczeniową udzieloną na podstawie Umowy ubezpieczenia, w szczególności formularzy, na których Ubezpieczeni składają dyspozycje związane z Umową ubezpieczenia,
 - e) przekazywania Ubezpieczonym Certyfikatów niezwłocznie po otrzymaniu ich od Towarzystwa Ubezpieczeń, o ile Strony Umowy ubezpieczenia nie postanowią inaczej,
 - f) informowania Towarzystwa Ubezpieczeń o zmianie danych osobowych i teleadresowych swoich oraz Ubezpieczonych i uprawnionych, jeżeli posiada takie dane,
 - g) informowania Towarzystwa Ubezpieczeń o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego niezwłocznie po otrzymaniu takiej informacji,
 - h) zapłaty składki ubezpieczeniowej w wysokości i terminach określonych w § 8,
 - i) 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:
 - i) pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę,

- ii) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia,
 - iii) niezwłocznie po przekazaniu informacji Ubezpieczającemu przez Towarzystwo Ubezpieczeń - w przypadku informacji o wysokości Świadczeń ubezpieczeniowych,
 - j) przekazywania Ubezpieczonemu informacji o zakończeniu świadczenia ochrony przez Towarzystwo Ubezpieczeń.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń jest zobowiązane w szczególności do:
- 1) prawidłowo i terminowo wykonywać zobowiązania przewidziane Umową;
 - 2) przekazywać Ubezpieczającemu, a Ubezpieczonemu na jego żądanie na piśmie, lub jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę na innym trwałym nośniku, w tym również za pomocą środków komunikacji elektronicznej - informacje dotyczące zmiany warunków Umowy lub zmiany prawa właściwego dla Umowy oraz informacje o wysokości Świadczeń ubezpieczeniowych, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń ubezpieczeniowych przysługujących z tytułu Umowy. Informacje te zostaną przekazane Ubezpieczającemu przed wyrażeniem przez niego zgody na dokonanie takich zmian;
 - 3) wypłacać Świadczenie ubezpieczeniowe na zasadach określonych Warunkach Ubezpieczenia;
 - 4) udzielać, na wniosek Ubezpieczonego, informacje 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 i 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 wyznaczone 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:
 - 1) odpisu aktu zgonu;
 - 2) karty zgonu Ubezpieczonego lub dokumentacji medycznej stwierdzającej przyczynę śmierci Ubezpieczonego - jeśli są w posiadaniu uprawnionego;
 - 3) kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 4) w przypadku, gdy Ubezpieczonym jest Małżonek - odpisu skróconego aktu małżeństwa;
 - 5) w przypadku, gdy Ubezpieczonym jest Pełnoletnie dziecko:
 - a) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka, albo
 - b) odpisu skróconego nowego aktu urodzenia oraz prawomocne orzeczenie sądu opiekuńczego o przysposobieniu dziecka,
 - c) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka oraz aktu małżeństwa Pracownika i ojca lub matki Pełnoletniego dziecka, potwierdzającego fakt pozostawania w związku małżeńskim - w przypadku Pełnoletniego dziecka będącego Pasierbem.
3. W przypadku, gdy Warunki Ubezpieczeń lub Warunki Dodatkowych Ubezpieczeń uzależniają odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń lub wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia informacji określonych w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia - dokument potwierdzający wysokości Świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, datę początku podlegania ochronie ubezpieczeniowej z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia oraz jej zakres, a także dokument potwierdzający wystąpienie z Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, o ile dokumenty te nie zostały doręczone do siedziby Towarzystwa przed dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego. W przypadku niedoręczenia lub niemożności doręczenia przez osobę uprawnioną dokumentów, o których mowa w zdaniu poprzednim, uznaje się że nie była ona objęta ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń może zażądać potwierdzenia kopii dokumentów za zgodność z oryginałem. Potwierdzenia dokumentów za zgodność z oryginałem może dokonać: osoba upoważniona przez Ubezpieczającego do obsługi ubezpieczenia (Przedstawiciel Ubezpieczającego), pracownik Towarzystwa Ubezpieczeń, notariusz, adwokat lub radca prawny.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń ma prawo zwrócić się o dostarczenie dodatkowej dokumentacji niezbędnej do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.
6. 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 zgłaszającą roszczenie, 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:
 - a) osobę występującą z roszczeniem, oraz
 - b) Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie,– wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą 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 lub przekazem pocztowy na wskazany adres korespondencyjny.

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 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, kuriera lub posłańca.
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 Reklamację udzielana jest w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Na wniosek Klienta odpowiedź może zostać dostarczona pocztą elektroniczną.
10. Odpowiedź na Reklamację udzielana jest bez zbędnej zwłoki jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń odpowiedzi przed jego upływem.
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 począwszy od dnia 1 stycznia 2016 r. również wystąpienia z wnioskiem o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami podmiotów rynku finansowego a tymi podmiotami.
13. Niezależnie od powyższego trybu Klientowi, który jest konsumentem przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
14. 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 (tj. Dz. U. z 2012 r. poz. 361 ze zm.).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 17

1. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach Ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej 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 lub Ubezpieczonym.
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

1. Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 31 grudnia 2015 roku), oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony Umowy ubezpieczenia. Niniejszy dokument został stworzony aby przedstawić w sposób bardziej transparentny warunki obowiązujące w Umowie ubezpieczenia.

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.	§ 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 i § 13 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 10 Warunków Ubezpieczenia.

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Kod warunków: UG_SNW/12/15

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony w Umowie ubezpieczenia

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 poczynając 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, o którym mowa w ust. 1, 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) <uchylony>;
 - 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:
 - 1) odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 3) karty zgonu Ubezpieczonego lub dokumentacji medycznej stwierdzającej przyczynę śmierci Ubezpieczonego - jeśli są w posiadaniu uprawnionego;
 - 4) dokumentów potwierdzających okoliczności Nieszczęśliwego wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu - jeżeli są 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, 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, chyba że udział w Aktach wojennych miał miejsce w związku z wykonywaniem czynności służbowych wynikających ze stosunku pracy wykonywanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, 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) działania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, 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) <uchylony>;
- 8) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał 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) w stosunku do Ubezpieczonych będących Pracownikami nie stosuje się przedmiotowego wyłączenia w zakresie zaburzeń psychicznych, nerwic oznaczonych wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD jako: F41 do F48.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

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

§ 9

1. Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 31 grudnia 2015 roku), oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony Umowy ubezpieczenia. Niniejszy dokument został stworzony aby przedstawić w sposób bardziej transparentny warunki obowiązujące w Umowie ubezpieczenia.

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, § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 i § 13 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 10 i pkt 26 Warunków Ubezpieczenia.

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

Kod warunków: UG_SNPW/12/15

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony w Umowie ubezpieczenia

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

- W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - Nieszczęśliwy wypadek przy pracy** - Nieszczęśliwy wypadek będący wyłączną i bezpośrednią przyczyną śmierci Ubezpieczonego, który miał miejsce:
 - podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych w ramach istniejącego stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego,
 - podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności na rzecz przełożonego nawet bez polecenia w ramach istniejącego stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego,
 - 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.

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

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

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

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

- Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
- 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, o którym mowa w ust. 1, 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) <uchylony>;
 - 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:
 - 1) odpisu akt zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 3) karty zgonu Ubezpieczonego lub dokumentacji medycznej stwierdzającej przyczynę śmierci Ubezpieczonego - jeśli są w posiadaniu uprawnionego;
 - 4) dokumentów potwierdzających okoliczności Nieszczęśliwego wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu - jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
 - 5) zaświadczenia od pracodawcy o zatrudnieniu Ubezpieczonego na dzień śmierci Ubezpieczonego - jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
 - 6) 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, chyba że udział w Aktach wojennych miał miejsce w związku z wykonywaniem czynności służbowych wynikających ze stosunku pracy wykonywanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, 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) działania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, 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) <uchylony>;
 - 8) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał 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); w stosunku do Ubezpieczonych będących Pracownikami nie stosuje się przedmiotowego wyłączenia w zakresie zaburzeń psychicznych, nerwic oznaczonych wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD jako: F41 do F48;
 - 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. Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 31 grudnia 2015 roku), oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony Umowy ubezpieczenia. Niniejszy dokument został stworzony aby przedstawić w sposób bardziej transparentny warunki obowiązujące w Umowie ubezpieczenia.

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, § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 i § 13 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 10 Warunków Ubezpieczenia.

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

Kod warunków: UG_SNWK/12/15
Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony w Umowie ubezpieczenia

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

- W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny** - Nieszczęśliwy wypadek, który miał miejsce w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu Ubezpieczony uległ jako:
 - pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym, motocyklem, pojazdem szynowym, statkiem wodnym lub pasażerskim statkiem powietrznym lub
 - rowerzystą lub
 - pieszy.
- Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

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

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

- Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową poczynawszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
- 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

- 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, o którym mowa w ust. 1, 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) <uchylony>;
 - 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:
 - 1) odpisu akt zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 3) karty zgonu Ubezpieczonego lub dokumentacji medycznej stwierdzającej przyczynę śmierci Ubezpieczonego - jeśli są w posiadaniu uprawnionego;
 - 4) dokumentów potwierdzających okoliczność 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.
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, chyba że udział w Aktach wojennych miał miejsce w związku z wykonywaniem czynności służbowych wynikających ze stosunku pracy wykonywanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, 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) działania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogenego, odurzającego, 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) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 8) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 9) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99); w stosunku do Ubezpieczonych będących Pracownikami nie stosuje się przedmiotowego wyłączenia w zakresie zaburzeń psychicznych, nerwic oznaczonych wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD jako: F41 do F48;
- 10) 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. Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 31 grudnia 2015 roku), oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony Umowy ubezpieczenia. Niniejszy dokument został stworzony aby przedstawić w sposób bardziej transparentny warunki obowiązujące w Umowie ubezpieczenia.

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, § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 i § 13 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 2 ust. 1 pkt 1, § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 10, § 10 Warunków Ubezpieczenia.

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

Kod warunków: UG_SZSUM/12/15

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony w Umowie ubezpieczenia

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

- W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - Udar mózgu** - nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej, powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmożgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu) lub przerwaniem dopływu krwi do mózgu, 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);
 - Zawał mięśnia sercowego (zawał serca)** - 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:

- stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
- świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
- diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu frakcji mięśniowej enzymu - kinazy kreatyninowej,
- diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu Troponiny (T lub I),
- świeże zaburzenie kurczliwości mięśnia sercowego (hipokineza).

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

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

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

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

- Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
- Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego w zakresie niniejszych Warunków Dodatkowego Ubezpie-

czenia, 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, o którym mowa w ust. 1, 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:
 - 1) odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 3) karty zgonu Ubezpieczonego lub dokumentacji medycznej stwierdzającej przyczynę śmierci Ubezpieczonego - jeśli 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.
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, z zastrzeżeniem ust. 1¹ Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.

- 1¹. Jeżeli Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową w ciągu 3 miesięcy od Daty nabycia uprawnienia, Karencji nie stosuje się.
2. Do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się Ubezpieczonemu okres obejmowania go ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
3. <uchylony>
4. 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, chyba że udział w Aktach wojennych miał miejsce w związku z wykonywaniem czynności służbowych wynikających ze stosunku pracy wykonywanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, 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) działania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, 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) <uchylony>
 - 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

1. Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 31 grudnia 2015 roku), oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony Umowy ubezpieczenia. Niniejszy dokument został stworzony aby przedstawić w sposób bardziej transparentny warunki obowiązujące w Umowie ubezpieczenia.

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, § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 i § 13 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 i § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 10 Warunków Ubezpieczenia.

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

Kod warunków: UG_TUNW/12/15
Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony w Umowie ubezpieczenia

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

- W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 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;
 - 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.

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

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

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

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

- Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
- 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) <uchylony>
4. Przy ustalaniu procentu Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, jak również procentu Trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącego przed zajęciem 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.
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:
 - 1) kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 2) oryginałów lub kopii dokumentacji medycznej stwierdzającej zaistnienie Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku oraz potwierdzającej zakończenie leczenia;
 - 3) kopii karty wypisowej ze szpitala - jeżeli jest w posiadaniu uprawnionego;
 - 4) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu - jeżeli są w posiadaniu uprawnionego.
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, chyba że udział w Aktach wojennych miał miejsce w związku z wykonywaniem czynności służbowych wynikających ze stosunku pracy wykonywanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, 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) działania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogenego, odurzającego, 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) <uchylony>
- 8) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał 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); w stosunku do Ubezpieczonych będących Pracownikami nie stosuje się przedmiotowego wyłączenia w zakresie zaburzeń psychicznych, nerwic oznaczonych wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD jako: F41 do F48.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

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

§ 9

1. Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 31 grudnia 2015 roku), oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony Umowy ubezpieczenia. Niniejszy dokument został stworzony aby przedstawić w sposób bardziej transparentny warunki obowiązujące w Umowie ubezpieczenia.

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

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2, § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 i § 13 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 5, § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 10 Warunków Ubezpieczenia.

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO WSKUTEK ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU

Kod warunków: UG_TUZZSUM/12/15

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony w Umowie ubezpieczenia

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu, 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 Zawału serca lub Udaru mózgu.

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Lekarz** - osoba upoważniona na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa do wykonywania zawodu lekarza;
- 2) **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;
- 3) **Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu** - Trwały uszczerbek, który został spowodowany Zawałem serca

lub Udarem mózgu, wymieniony w tabeli Trwałych uszczerbków, stanowiącej załącznik nr 1 do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia;

- 4) **Udar mózgu** - nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmożgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu) lub przerwaniem dopływu krwi do mózgu, 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);
- 5) **Zawał mięśnia sercowego (Zawał serca)** - 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).
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 Zawału serca lub Udaru mózgu.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

1. Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową poczynawszy 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 Zawału serca lub Udaru mózgu, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu.
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 odpowiednio Zawałem Serca lub Udarem mózgu a Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy;
 - 2) Zawał serca lub Udar mózgu, będący przyczyną Trwałego uszczerbku na zdrowiu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
 - 3) Trwały uszczerbek na zdrowiu wystąpił w ciągu 180 dni od daty wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu.
4. Przy ustalaniu procentu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu, jak również procentu Trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącego przed zajściem Zawału serca lub Udaru mózgu, stosuje się tabelę Trwałych uszczerbków stanowiącą załącznik nr 1 do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia w następującym zakresie:

- 1) dla Udaru mózgu znajduje zastosowanie pozycja A.5 - Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego;
 - 2) dla Zawału serca znajduje zastosowanie pozycja F.63 - Uszkodzenie serca lub osierdzia.
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 wystąpieniem Zawału serca lub Udaru mózgu był uszkodzony, procent Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu ustala się w wysokości różnicy stanu danego organu, narządu lub układu przed Zawałem serca lub Udarem mózgu a stanem istniejącym po Zawałe serca lub Udarze mózgu, o ile uszkodzenie organu, narządu lub układu istniejące przed dniem wystąpienia Zawału serca lub Udaru mózgu ma wpływ na ustalenie aktualnego procentu Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu.
7. Stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu jest ustalany po zakończeniu leczenia nie później niż po upływie 3 lat od daty zdiagnozowania Zawału serca lub Udaru mózgu. 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 Zawału serca lub Udaru mózgu, 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 Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie:
- 1) kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 2) oryginałów lub kopii dokumentacji medycznej stwierdzającej istnienie Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego oraz potwierdzającej zakończenie leczenia;
 - 3) aktualnego zaświadczenia od lekarza prowadzącego potwierdzającego wystąpienie Zdarzenia ubezpieczeniowego - jeżeli jest w posiadaniu uprawnionego;
 - 4) kopii karty wypisowej ze szpitala - jeżeli jest w posiadaniu uprawnionego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia oraz w celu ustalenia wysokości % Trwałego uszczerbku może wnioskować o dostarcze-

nie 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. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w każdym roku Okresu ubezpieczenia jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych o łącznej wysokości nie wyższej niż 100% sumy ubezpieczenia.
2. W zakresie ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja, z zastrzeżeniem ust. 2¹. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.
2¹. Jeżeli Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową w ciągu 3 miesięcy od Daty nabycia uprawnień, Karencji nie stosuje się.
3. W odniesieniu do osoby w stosunku której ma zastosowanie Karencja, do okresu Karencji wskazanego w ust. 2 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
4. <uchylony>
5. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu, 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, chyba że udział w Aktach wojennych miał miejsce w związku z wykonywaniem czynności służbowych wynikających ze stosunku pracy wykonywanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, 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) działania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogenego, odurzającego, 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) <uchylony>
 - 8) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał 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); w stosunku do Ubezpieczonych będących Pracownikami nie stosuje się przedmiotowego wyłączenia w zakresie zaburzeń psychicznych, nerwic oznaczonych wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD jako: F41 do F48.
6. Towarzystwo Ubezpieczeń w okresie pierwszych 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli:
- 1) <uchylony>
 - 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 – stosuje się wyłączenie w stosunku do Ubezpieczonego, który nie był objęty ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

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

§ 9

1. Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 31 grudnia 2015 roku), oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony Umowy ubezpieczenia. Niniejszy dokument został stworzony aby przedstawić w sposób bardziej transparentny warunki obowiązujące w Umowie ubezpieczenia.

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, § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 i § 13 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 2 ust. 1 pkt 2, § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 10, § 10 Warunków Ubezpieczenia.

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA ALBO PARTNERA UBEZPIECZONEGO

Kod warunków: UG_SMP/12/15
Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony w Umowie ubezpieczenia

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 śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego.

DEFINICJE

§ 2

- W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - Małżonek** - osoba fizyczna z którą Ubezpieczony w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;
 - 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 i w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ma ukończonego 60. roku życia. 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:

- osoby, która pozostaje w związku małżeńskim (w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego),
 - każdej innej osoby - w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim (w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego).
- 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

- Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową poczynawszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
- 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 jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie:
 - 1) odpisu aktu zgonu odpowiednio: Małżonka lub Partnera;
 - 2) odpisu karty zgonu odpowiednio: Małżonka lub Partnera, lub jej kopii - jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
 - 3) oświadczenia Ubezpieczonego o pozostawaniu w związku małżeńskim – w przypadku śmierci Małżonka; w razie wątpliwości Towarzystwo Ubezpieczeń rezerwuje sobie prawo do zwrócenia się do osoby uprawnionej o dostarczenie aktu małżeństwa Ubezpieczonego w celu ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 4) kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 5) oryginałów lub kopii dokumentacji medycznej stwierdzającej przyczynę śmierci odpowiednio: Małżonka lub Partnera - jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
 - 6) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu - jeżeli są 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 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.

11. Jeżeli Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową w ciągu 3 miesięcy od Daty nabycia uprawnień, Karencji nie stosuje się.
2. Do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się Ubezpieczonemu okres obejmowania go ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
3. <uchylony>
4. 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, z tym zastrzeżeniem że do wspomnianego okresu 2 lat zalicza się okres obejmowania ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, jednakże nie więcej niż 18 miesięcy;
 - 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, chyba że udział w Aktach wojennych miał miejsce w związku z wykonywaniem czynności służbowych wynikających ze stosunku pracy wykonywanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, 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

1. Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 31 grudnia 2015 roku), oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony Umowy ubezpieczenia. Niniejszy dokument został stworzony aby przedstawić w sposób bardziej transparentny warunki obowiązujące 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, § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 i § 13 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 2 ust. 1 pkt 2, § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 10 Warunków Ubezpieczenia.

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

Kod warunków: UG_SMPNW/12/15

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony w Umowie ubezpieczenia

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 śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

DEFINICJE

§ 2

- W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - Małżonek** - osoba fizyczna, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje w związku małżeńskim, w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;
 - 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 i w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ma ukończonego 60. roku życia. 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:

- osoby, która pozostaje w związku małżeńskim (w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego),
 - każdej innej osoby - w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim (w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego).
- 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

- 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, o którym mowa w ust. 1, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
 - 2) <uchylony>
 - 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.

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:
 - 1) odpisu aktu zgonu odpowiednio: Małżonka lub Partnera;
 - 2) odpisu karty zgonu odpowiednio: Małżonka lub Partnera, lub jej kopii - jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
 - 3) oświadczenia Ubezpieczonego o pozostawaniu w związku małżeńskim - w przypadku śmierci Małżonka; w razie wątpliwości Towarzystwo Ubezpieczeń rezerwuje sobie prawo do zwrócenia się do osoby uprawnionej o dostarczenie aktu małżeństwa Ubezpieczonego w celu ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 4) kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 5) oryginałów lub kopii dokumentacji medycznej stwierdzającej przyczynę śmierci odpowiednio: Małżonka lub Partnera - jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;

- 6) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu - jeżeli są 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 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, chyba że udział w Aktach wojennych miał miejsce w związku z wykonywaniem czynności służbowych wynikających ze stosunku pracy wykonywanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, 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) działania przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, 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) <uchylony>
 - 7) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 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 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); w stosunku do Ubezpieczonych będących Pracownikami nie stosuje się przedmiotowego wyłączenia w zakresie zaburzeń psychicznych, nerwic oznaczonych wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD jako: F41 do F48.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

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

§ 9

1. Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 31 grudnia 2015 roku), oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony Umowy ubezpieczenia. Niniejszy dokument został stworzony aby przedstawić w sposób bardziej transparentny warunki obowiązujące w Umowie ubezpieczenia.

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

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przestanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2, § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 i § 13 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 10, § 10 Warunków Ubezpieczenia.

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA UBEZPIECZONEGO

Kod warunków: UG_SDZI/12/15

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony w Umowie ubezpieczenia

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

- W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - Dziecko** - dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego.
- 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

- Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.

- 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

- 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.
- Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
- 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

- Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Dziecka jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie:
 - odpisu aktu zgonu Dziecka,
 - odpisu karty zgonu Dziecka - jeżeli są w posiadaniu uprawnionego,

- c) kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego,
 - d) oryginałów lub kopii dokumentacji medycznej stwierdzającej przyczynę śmierci Dziecka - 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.
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.
- 1¹. Jeżeli Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową w ciągu 3 miesięcy od Daty nabycia uprawnień, Karencji nie stosuje się.
2. Do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się Ubezpieczonemu okres obejmowania go ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
3. <uchylony>
4. 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, z tym zastrzeżeniem że do wspomnianego okresu 2 lat zalicza się okres obejmowania ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, jednakże nie więcej niż 18 miesięcy;

- 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

1. Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 31 grudnia 2015 roku), oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony Umowy ubezpieczenia. Niniejszy dokument został stworzony aby przedstawić w sposób bardziej transparentny warunki obowiązujące w Umowie ubezpieczenia.

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, § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 i § 13 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 10 i pkt 26, § 10 Warunków Ubezpieczenia.

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK OSIEROCENIA DZIECKA UBEZPIECZONEGO

Kod warunków: UG_ODZI/12/15

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony w Umowie ubezpieczenia

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego, 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

- W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 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.
- Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

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

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

- Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
- 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

- 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.
- 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 Dziecka, o ile umyślnie nie przyczyniło się do śmierci Ubezpieczonego.

- Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

- Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu osierocenia Dziecka wskutek śmierci Ubezpieczonego jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie:
 - odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
- Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
- 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

- W zakresie ryzyka Osierocenia Dziecka Ubezpieczonego, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.
 - Jeżeli Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową w ciągu 3 miesięcy od Daty nabycia uprawnień, Karencji nie stosuje się.
- Do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się Ubezpieczonemu okres obejmowania go ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
- <uchylony>
- Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Osierocenia Dziecka wskutek śmierci Ubezpieczonego, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku:

- samobójstwa dokonanego w ciągu 2 lat od daty początku Okresu ubezpieczenia, z tym zastrzeżeniem że do wspomnianego okresu 2 lat zalicza się okres obejmowania ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, jednakże nie więcej niż 18 miesięcy;
- samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- Aktów wojennych, chyba że udział w Aktach wojennych miał miejsce w związku z wykonywaniem czynności służbowych wynikających ze stosunku pracy wykonywanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 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 Dodatkowego Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 31 grudnia 2015 roku), oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony Umowy ubezpieczenia. Niniejszy dokument został stworzony aby przedstawić w sposób bardziej transparentny warunki obowiązujące w Umowie ubezpieczenia.

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

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2, § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 i § 13 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 10, § 10 Warunków Ubezpieczenia.

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICÓW UBEZPIECZONEGO

Kod warunków: UG_SR/12/15
Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony w Umowie ubezpieczenia

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** -

- a) naturalny ojciec lub naturalna matka Ubezpieczonego lub osoba, która dokonała przysposobienia Ubezpieczonego lub
- b) ojczym lub macocha Ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna matka, (przy czym przez ojczyma i macochę rozumie się osobę:
 - i) nie będącą biologicznym rodzicem Ubezpieczonego, która w dniu Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio naturalną matką lub naturalnym ojcem Ubezpieczonego, lub
 - ii) lub wdowę/wdowca po naturalnej matce lub naturalnym ojcu Ubezpieczonego, nie będącą bio-

logicznym rodzicem ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła 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:
 - 1) odpisu aktu zgonu Rodzica;
 - 2) odpisu karty zgonu Rodzica lub jej kopii - jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
 - 3) kopii dokumentu, stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 4) oryginałów lub kopii dokumentacji medycznej stwierdzającej przyczynę śmierci Rodzica - jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
 - 5) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu - jeżeli są 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 I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka śmierci Rodzica, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karenacji wynosi 6 miesięcy.
 - 1¹. Jeżeli Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową w ciągu 3 miesięcy od Daty nabycia uprawnień, Karenacji nie stosuje się.
2. Do okresu Karenacji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się Ubezpieczonemu okres obejmowania go ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.

3. <uchylony>

4. 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, z tym zastrzeżeniem że do wspomnianego okresu 2 lat zalicza się okres obejmowania ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, jednakże nie więcej niż 18 miesięcy;
 - 2) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Rodzica Ubezpieczonego, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) Aktów wojennych, chyba że udział w Aktach wojennych miał miejsce w związku z wykonywaniem czynności służbowych wynikających ze stosunku pracy wykonywanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, 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.
5. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń jest ograniczona do wypłaty dwóch Świadczeń w Okresie ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

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

§ 9

1. Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 31 grudnia 2015 roku), oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony Umowy ubezpieczenia. Niniejszy dokument został stworzony aby przedstawić w sposób bardziej transparentny warunki obowiązujące w Umowie ubezpieczenia.

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

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przestanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2, § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 i § 13 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 10, § 10 Warunków Ubezpieczenia.

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK ŚMIERCI TEŚCIÓW UBEZPIECZONEGO

Kod warunków: UG_STU/12/15
Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony w Umowie ubezpieczenia

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, rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;
- 2) **Teść** -
 - a) naturalny ojciec lub naturalna matka Małżonka lub Partnera Ubezpieczonego lub
 - b) osoba, która dokonała przysposobienia Małżonka lub Partnera Ubezpieczonego lub
 - c) ojczym lub macocha Małżonka lub Partnera Ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio naturalny ojciec lub naturalna matka (przy czym przez ojczyma i macochę rozumie się osobę:
 - i) nie będącą biologicznym rodzicem Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, która w dniu

Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio naturalną matką lub naturalnym ojcem Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego lub

- ii) wdowę/wdowca po naturalnej matce lub naturalnym ojcu Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego nie będącą biologicznym rodzicem Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński;

- 3) **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 i w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ma ukończonego 60 roku życia. 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 rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego),
- b) każdej innej osoby – w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim (w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego);

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 poczynawszy 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.

DOKUMENTY DO ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Teścia jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie:
 - 1) odpisu aktu zgonu Teścia;
 - 2) odpisu karty zgonu Teścia lub jej kopii - jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
 - 3) kopii dokumentu, stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 4) oświadczenia Ubezpieczonego o pozostawaniu w związku małżeńskim; w razie wątpliwości Towarzystwo Ubezpieczeń rezerwuje sobie prawo do zwrócenia się do osoby uprawnionej o dostarczenie aktu małżeństwa Ubezpieczonego w celu ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 5) oryginałów lub kopii dokumentacji medycznej stwierdzającej przyczynę śmierci Teścia - jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
 - 6) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu - jeżeli są w posiadaniu uprawnionego.
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, z zastrzeżeniem ust. 1¹ poniżej Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.
 - 1¹. Jeżeli Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową w ciągu 3 miesięcy od Daty nabycia uprawnień, Karencji nie stosuje się.
2. Do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się Ubezpieczonemu okres obejmowania go ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
3. <uchylony>
4. 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, z tym zastrzeżeniem że do wspomnianego okresu 2 lat zalicza się okres obejmowania ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, jednakże nie więcej niż 18 miesięcy;
 - 2) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Teścia Ubezpieczonego, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) Aktów wojennych, chyba że udział w Aktach wojennych miał miejsce w związku z wykonywaniem czynności służbowych wynikających ze stosunku pracy wykonywanego na terytorium Rzeczypospolitej, 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;
5. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń jest ograniczona do wypłaty dwóch Świadczeń w Okresie ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

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

§ 9

1. Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 31 grudnia 2015 roku), oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony Umowy ubezpieczenia. Niniejszy dokument został stworzony aby przedstawić w sposób bardziej transparentny warunki obowiązujące w Umowie ubezpieczenia.

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. Przestanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2, § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 i § 13 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia.

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

Kod warunków: UG_UDZI/12/15

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony w Umowie ubezpieczenia

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

- W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 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;
 - Urodzenie się martwego dziecka** - urodzenie się martwego dziecka, potwierdzone aktem urodzenia wydanym przez Urząd stanu Cywilnego, w którym Ubezpieczony jest wskazany jako rodzic.
- 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:
 - Urodzenia się dziecka Ubezpieczonego;
 - Urodzenia się martwego dziecka Ubezpieczonego.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

- Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
- 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

- 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.
- Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
 - 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

- 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:
 - karty informacyjnej ze Szpitala - jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
 - odpisu aktu urodzenia dziecka, w którym Ubezpieczony został wskazany jako rodzic;
 - kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - odpisu aktu urodzenia martwego dziecka w którym Ubezpieczony został wskazany jako rodzic - w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Urodzenia się martwego dziecka.
- Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
- Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

- 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, z zastrzeżeniem ust. 1¹. W okresie ograniczonej odpowiedzialności Towarzystwo Ubezpieczeń ponosi odpowiedzialność za Zdarzenie ubezpieczeniowe, ograniczoną do wypłaty 5% sumy ubezpieczenia.
 - Jeżeli Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową w ciągu 3 miesięcy od Daty nabycia uprawnień, Towarzystwo Ubezpieczeń, okresowego ograniczenia odpowiedzialności nie stosuje się. Postanowień, o których mowa w zdaniu poprzednim nie stosuje się do Współubezpieczonych.
- W odniesieniu do osoby (w stosunku do której ma zastosowanie okresowe ograniczenie odpowiedzialności), 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 na zasadach określonych w ust. 3 - 4 poniżej.

- Z zastrzeżeniem ust. 4, jeżeli osoba, o której mowa w ust. 2 powyżej, była objęta ochroną ubezpieczeniową, w zakresie danego Zdarzenia ubezpieczeniowego, z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, przez okres:

- co najmniej równy okresowi ograniczonej odpowiedzialności, to 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;
- krótszy niż okres ograniczonej odpowiedzialności, to:
 - w okresie liczonym od pierwszego dnia okresu udzielania ochrony na podstawie Umowy ubezpieczenia, będącym jednocześnie różnicą okresu ograniczonej odpowiedzialności i okresu podlegania ochronie z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo Ubezpieczeń ponosi odpowiedzialności za Zdarzenie ubezpieczeniowe, ograniczoną do wypłaty 5% sumy ubezpieczenia,
 - po upływie okresu określonego w lit. a powyżej, Towarzystwo Ubezpieczeń spełni Świadczenie z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w pozostałej części okresu ograniczonej odpowiedzialności, w wysokości określonej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia.

- Postanowienia ust. 3 mają zastosowanie pod warunkiem, że osoba, o której mowa w ust. 2, 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. Postanowień określonych w ust. 2 - 4 powyżej nie stosuje się do Współubezpieczonych - w przypadku, gdy Umowa ubezpieczenia przewiduje możliwość objęcia ich ochroną ubezpieczeniową.

- <uchylony>

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

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

§ 9

- Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 31 grudnia 2015 roku), oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony Umowy ubezpieczenia. Niniejszy dokument został stworzony aby przedstawić w sposób bardziej transparentny warunki obowiązujące w Umowie ubezpieczenia.

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, § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 i § 13 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 2 ust. 1 pkt: 3, 5, 10, 16, 17, 18, 19, 26, 30, 31, 33, 37, § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 10, § 10 Warunków Ubezpieczenia.

WARUNKI DODATKOWE UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK CIĘŻKIEJ CHOROBY UBEZPIECZONEGO

Kod warunków: UG_CH/12/15

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony w Umowie ubezpieczenia

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 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.
- Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia na podstawie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia może obejmować jeden z następujących wariantów:
 - wariantu standardowego;
 - wariantu plus,Katalog Ciężkich chorób wchodzących w zakres danego wariantu jest określony w § 3.
- Warianty, o których mowa w ust. 2 powyżej, wynikają z Wariantu ochrony wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody.

DEFINICJE

§ 2

- W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - Ciężka choroba** - jedna z wymienionych w pkt 2 - 42 chorób Ubezpieczonego, która po raz pierwszy Wystąpiła w Okresie ubezpieczenia;
 - Wystąpienie Ciężkiej choroby** -
 - data diagnozy - w przypadku Ciężkich chorób wymienionych w ust. 1 pkt 3 - 17, pkt 23 - 42,

b) data przeprowadzenia procedury medycznej - w przypadku Ciężkich chorób wymienionych w ust. 1 pkt 18 - 22;

- 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 (rak) nie uważa się:

- guzów łagodnych lub stanów przednowotworowych,
- guzów przedinwazyjnych i guzów „in situ” („tumours in situ”, Tis*),
- <uchylony>
- <uchylony>
- 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,
- <uchylony>
- <uchylony>

- h) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV bądź AIDS – nie ma zastosowania w przypadku gdy do zarażenia wirusem HIV bądź zachorowania na doszło w wyniku wykonywania czynności służbowych wynikających ze stosunku pracy wykonywanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- i) raka gruczołu krokowego, zdiagnozowanego histopatologicznie jako T1N0M0;

* Według międzynarodowej klasyfikacji TNM.

- 4) **Zawał mięśnia sercowego (zawał serca)** - 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);
- 5) **Udar mózgu** - nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmożgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu) lub przerwaniem dopływu krwi do mózgu, 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).
- 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 znacz-

nym 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 lub czuciowymi, utrzymującymi się stale przez okres 6 miesięcy i
 - b) wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego, nieprawidłowym wynikiem badania wzrokowych i słuchowych potencjałów wywołanych oraz badaniem rezonansu magnetycznego (MRI), potwierdzającym istnienie rozszanych 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 korekcyjnej w teście przy użyciu tablicy Snellena musi wynosić 3/60 lub mniej;

- 13) **Poparzenie 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,
 - 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 7 dni po zgłoszonym zdarzeniu i w organizmie ubezpieczonego wykazana zostanie obecność wirusa HIV lub przeciwciał anti-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 żółtaczką 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) **Niedowład (paraliż)** - 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. 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** - przebieg przez Ubezpieczonego, w charakterze biorcy, operacji przeszczepu głównego organu (serca, wątroby, płuca, nerki, 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) **Przeškórna 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 przeszkórnym 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 grafem. W rozumieniu niniejszej definicji za aortę uważa się aortę piersiową i brzuszna, z wykluczeniem jej odgałęzień. Metody chirurgiczne stosujące mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym przeszkórne operacje naprawcze nie są objęte zakresem ubezpieczenia;
- 23) **Utrata kończyny** - amputacja kończyny 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 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) **Tęžec** - ostra choroba zakaźna wywołana przez łaseczki 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 ścięgowych 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 antygeny 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 trwają-

ca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Dokumentacja medyczna musi być potwierdzona właściwą konsultacją specjalistą (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 rozumiane go 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, balkownika 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 wzmoczenia 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 rozumiane go 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, balkownika 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, balkownika 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, balkownika 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) **Zapalenie mózgu** - zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) 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 mózdkowe,
 - c) Padaczkę,
 - d) zespoły podwzgórzowe i inne zaburzenia wewnętrzwydzielnicze 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;
- 40) **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, krwaki, ropnie, nerwiaki nerwu słuchowego, guzy lub gruczolaki przysadki mózgowej, zmiany w obrębie opon mózgowo-rdzeniowych i rdzenia kręgowego;
- 41) **Schyłkową niewydolność oddechowa** - schyłkowe stadium choroby płuc powodującej przewlekłą niewydolność oddechową wyrażającą się wszystkimi niżej wymienionymi objawami:
- a) natężona objętość wydechowa jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach,
 - b) konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię,
 - c) ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej (PaO2) poniżej 55 mmHg,
 - d) duszność spoczynkowa.
- Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza pulmonologa.
- 42) **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 mózdkowe,
 - 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.
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 mięśnia sercowego (zawał serca);
 - 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) Poparzenie trzeciego stopnia;
 - 12) Zakażenie wirusem HIV;
 - 13) Ostra niewydolność wątroby;
 - 14) Śpiączka;
 - 15) Niedowład (paraliż);
 - 16) Choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego (by-pass);
 - 17) Przeszczep narządów;
 - 18) Przeszkorna 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 mięśnia sercowego (zawał serca);
 - 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) Poparzenie trzeciego stopnia;
- 12) Zakażenie wirusem HIV;
- 13) Ostra niewydolność wątroby;
- 14) Śpiączka;
- 15) Niedowład (paraliż);
- 16) Choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego (by-pass);
- 17) Przeszczep narządów;
- 18) Przeszkorna 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;
- 37) Zapalenie mózgu;
- 38) Łagodny guz mózgu;
- 39) Schyłkową niewydolność oddechową;
- 40) Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych.

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.

- Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach i na zasadach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
- 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

- Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Ciężkiej choroby Ubezpieczonego jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie:
 - kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - oryginału lub kopii dokumentacji medycznej z rozpoznaniem potwierdzającym Wystąpienie Ciężkiej choroby Ubezpieczonego - jeżeli jest w posiadaniu uprawnionego.
- 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.
- Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

- W zakresie ryzyka Ciężkiej choroby Ubezpieczonego, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja, z zastrzeżeniem ust. 1¹ poniżej Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
 - Jeżeli Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową w ciągu 3 miesięcy od Daty nabycia uprawnień, Karencji nie stosuje się.
- Do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się Ubezpieczonemu okres obejmowania go ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
- <uchylone>
- 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.
- 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.
- Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Ciężkiej choroby, która Wystąpiła w wyniku:
 - próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, niezależnie

od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;

- 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;
- Aktów wojennych, chyba że udział w Aktach wojennych miał miejsce w związku z wykonywaniem czynności służbowych wynikających ze stosunku pracy wykonywanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- działania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogenego, odurzającego, , 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;
- <uchylony>
- udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99); w stosunku do Ubezpieczonych będących Pracownikami nie stosuje się przedmiotowego wyłączenia w zakresie zaburzeń psychicznych, nerwic oznaczonych wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD jako: F41 do F48;
- odmowy poddania się leczeniu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- Choroby pośrednio lub bezpośrednio wywołanej przez wirus HIV – nie dotyczy Ciężkiej choroby w postaci Zakażenia wirusem HIV; wyłączenie nie ma także zastosowania w przypadku gdy do powstania Choroby wywołanej wirusem HIV doszło w wyniku wykonywania czynności służbowych wynikających ze stosunku pracy wykonywanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Wystąpienia Choroby tropikalnej, jeżeli:
 - 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.
8. Towarzystwo Ubezpieczeń w okresie pierwszych 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli:
 - 1) <uchylony>
 - 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 wyłącznie osób nie objętych ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia.
9. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Wystąpienie Ciężkiej choroby nastąpiło wskutek Nie-

szczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed pierwszym dniem Okresu ubezpieczenia - dotyczy wyłącznie 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

1. Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 31 grudnia 2015 roku), oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony Umowy ubezpieczenia. Niniejszy dokument został stworzony aby przedstawić w sposób bardziej transparentny warunki obowiązujące w Umowie ubezpieczenia.

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, § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 i § 13 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 10 Warunków Ubezpieczenia.

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

Kod warunków: UG_PWSNW/12/15

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony w Umowie ubezpieczenia

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

- W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - Pobyt w Szpitalu** - okres, w którym Ubezpieczony przebywa w Szpitalu celem leczenia obrażeń doznanych wskutek Nieszczęśliwego wypadku. 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;
 - 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.

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

ZAKRES I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zdarzeniami ubezpieczeniowymi, objętymi zakresem ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków Dodatkowego ubezpieczenia, jest wystąpienie w Okresie ubezpieczenia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

- 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 ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 1 powyżej, pod warunkiem, że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu trwał co najmniej 1 dzień;
 - 2) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
 - 3) <uchylony>
 - 4) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem a Pobylem w Szpitalu istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 1 powyżej także w przypadku, gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, z uwzględnieniem warunków o których mowa w ust. 2 powyżej
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:
 - 1) kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii karty informacyjnej z leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 3) dokumentów potwierdzających okoliczności 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.

3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń, w każdym roku Okresu ubezpieczenia, łącznie z okresem o którym mowa w par 5 ust 3, tj. Pobycie ubezpieczonego w Szpitalu po Okresie 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.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczonego ubezpieczeń z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wskutek Nieszczęśliwego wypadku, jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego za pierwsze 14 dni tego Pobytu.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w Szpitalu, który miał miejsce:
 - 1) w szpitalu uzdrowiskowym (sanatoryjnym) - nie dotyczy Pracownika;
 - 2) w szpitalu rehabilitacyjnym – nie dotyczy Pracownika;
 - 3) w szpitalu psychiatrycznym – nie dotyczy Pracownika;
 - 4) w sanatorium - nie dotyczy Pracownika;
 - 5) w uzdrowisku - nie dotyczy Pracownika;
 - 6) ośrodka opieki społecznej;
 - 7) ośrodka dla psychicznie chorych;
 - 8) hospicjum;
 - 9) ośrodka leczenia uzależnień;
 - 10) na oddziale rehabilitacyjnym - nie dotyczy Pracownika.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, który nastąpił w wyniku:
 - 1) Aktów wojennych, chyba że udział w Aktach wojennych miał miejsce w związku z wykonywaniem czynności służbowych wynikających ze stosunku pracy wykonywanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, 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) działania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, 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) <uchylony>
- 8) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał 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); w stosunku do Ubezpieczonych będących Pracownikami nie stosuje się przedmiotowego wyłączenia w zakresie zaburzeń

psychicznych, nerwic oznaczonych wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD jako: F41 do F48.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

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

§ 9

1. Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 31 grudnia 2015 roku), oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony Umowy ubezpieczenia. Niniejszy dokument został stworzony aby przedstawić w sposób bardziej transparentny warunki obowiązujące w Umowie ubezpieczenia.

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, § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 i § 13 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 10 i pkt 26, § 10 Warunków Ubezpieczenia.

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

Kod warunków: UG_PWS/12/15

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony w Umowie ubezpieczenia

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

- W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 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;
 - Szpital** - przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalnego, uprawniony do oferowania świad-

czeń 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.

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

ZAKRES I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zdarzeniami ubezpieczeniowymi, objętymi zakresem ubezpieczenia na podstawie Warunków Dodatkowego ubezpieczenia jest wystąpienie w Okresie ubezpieczenia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

- Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
- 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 ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 1 powyżej, pod warunkiem, że Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu trwał co najmniej 4 dni.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 1 powyżej także w przypadku, gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, z uwzględnieniem warunków o których mowa w ust. 2 powyżej.
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:
 - 1) kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii karty informacyjnej z leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu.
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 lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja, z zastrzeżeniem ust. 1¹. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
 - 1¹. Jeżeli Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową w ciągu 3 miesięcy od Daty nabycia uprawnień, Karencji nie stosuje się.
2. Do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania danej osoby ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy

ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.

3. <uchylony>
4. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń, w każdym roku Okresu ubezpieczenia, łącznie z okresem o którym mowa w § 5 ust 3, tj. Pobycie ubezpieczonego w Szpitalu po Okresie 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.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w Szpitalu, który miał miejsce:
 - 1) w szpitalu uzdrowiskowym (sanatoryjnym) – nie dotyczy Pracownika;
 - 2) w szpitalu rehabilitacyjnym - nie dotyczy Pracownika;
 - 3) w szpitalu psychiatrycznym - nie dotyczy Pracownika;
 - 4) w sanatorium - nie dotyczy Pracownika;
 - 5) w uzdrowisku - nie dotyczy Pracownika;
 - 6) ośrodka opieki społecznej;
 - 7) ośrodka dla psychicznie chorych;
 - 8) hospicjum;
 - 9) ośrodka leczenia uzależnień;
 - 10) na oddziale rehabilitacyjnym - nie dotyczy Pracownika.
6. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, który nastąpił w wyniku lub w związku z:
 - 1) Aktów wojennych, chyba że udział w Aktach wojennych miał miejsce w związku z wykonywaniem czynności służbowych wynikających ze stosunku pracy wykonywanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, 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, 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) działania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogenego, odurzającego, 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) <uchylony>
 - 7) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile powyższy udział miał 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 dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;

- 9) w wyniku leczenia niepłodności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 10) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, 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) oraz uzależnień od leków, narkotyków lub środków odurzających, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego; w stosunku do Ubezpieczonych będących Pracownikami nie stosuje się przedmiotowego wyłączenia w zakresie zaburzeń psychicznych, nerwic oznaczonych wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD jako: F41 do F48;
- 12) choroby wywołanej pośrednio lub bezpośrednio przez wirus HIV, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego; wyłączenie nie ma także zastosowania w przypadku gdy do powstania Choroby wywołanej wirusem HIV doszło w wyniku wykonywania czynności służbowych wynikających ze stosunku pracy wykonywanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 13) w związku z przeprowadzeniem rutynowych lub profilaktycznych badań kontrolnych w tym badania lekarskiego, a także badań diagnostycznych;
- 14) leczenia wad wrodzonych lub skutków tych wad, zmiany płci, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 15) 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 i operacji w związku z chorobami nowotworowymi, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 16) 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.

7. Towarzystwo Ubezpieczeń w okresie pierwszych 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli:

- 1) <uchylony>
- 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 wyłącznie 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

1. Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 31 grudnia 2015 roku), oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony Umowy ubezpieczenia. Niniejszy dokument został stworzony aby przedstawić w sposób bardziej transparentny warunki obowiązujące w Umowie ubezpieczenia.

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, § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (kod warunków: UG_PWS/12/15), § 2 i § 13 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawnijające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (kod warunków: UG_PWS/12/15), § 2 ust. 1 pkt 10, § 10 Warunków Ubezpieczenia.

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO NA OIOM

Kod warunków: UG_OIOM/12/15
Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony w Umowie ubezpieczenia

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/12/15).

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 Niezależnego 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/12/15).

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 poczynawszy 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, o którym mowa w ust. 1, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) <uchylony>
 - 2) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (w trakcie którego miał miejsce Pobyt na OIOM) trwał co najmniej 4 dni.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 1 powyżej także w przypadku, gdy Pobyt na OIOM rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, z uwzględnieniem warunków o których mowa w ust. 2 powyżej.
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:
 - 1) kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii karty informacyjnej z leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu.

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.

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W zakresie ryzyka Pobytu na OIOM w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja, z zastrzeżeniem ust. 1¹ Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
 - 1¹. Jeżeli Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową w ciągu 3 miesięcy od Daty nabycia uprawnień, Karencji nie stosuje się.
2. Do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
3. <uchylony>
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt 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 Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15).
5. 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, łącznie z okresem o którym mowa w § 5 ust 3, tj. Pobycie ubezpieczonego w Szpitalu po Okresie ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

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

§ 9

1. Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 31 grudnia 2015 roku), oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony Umowy ubezpieczenia. Niniejszy dokument został stworzony aby przedstawić w sposób bardziej transparentny warunki obowiązujące w Umowie ubezpieczenia.

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, § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (kod warunków: UG_PWS/12/15), § 2 i § 13 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawnijające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 2 ust. 1 pkt 1, § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (kod warunków: UG_PWS/12/15), § 2 ust. 1 pkt 10 Warunków Ubezpieczenia.

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

Kod warunków: UG_PWSZSU/12/15
Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony w Umowie ubezpieczenia

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/12/15).

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Udar mózgu** - nagle, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń

krążenia wewnątrzmoźgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu) lub przerwaniem dopływu krwi do mózgu, 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);

- 2) **Zawał mięśnia sercowego (zawał serca)** - 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).

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/12/15).

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 poczynawszy 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.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 1, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu trwał co najmniej 4 dni;
 - 2) Zawał serca lub Udar mózgu, będący przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
 - 3) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w ciągu 7 dni od dnia zajścia Zawału serca lub Udaru mózgu;
 - 4) z medycznego punktu widzenia między Zawałem serca lub Udarem mózgu a Pobylem w Szpitalu istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 1 powyżej także w przypadku, gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, z uwzględnieniem warunków o których mowa w ust. 2 powyżej.

4. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
5. 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:
 - 1) kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii karty informacyjnej z leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu.
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. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu miał miejsce w związku z okolicznościami, o których mowa w § 7 ust. 5 - 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15).
2. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego za pierwsze 14 dni tego Pobytu, łącznie z okresem o którym mowa w § 5 ust 3, tj. Pobycie ubezpieczonego w Szpitalu po Okresie ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

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

§ 9

1. Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 31 grudnia 2015 roku), oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony Umowy ubezpieczenia. Niniejszy dokument został stworzony aby przedstawić w sposób bardziej transparentny warunki obowiązujące w Umowie ubezpieczenia.

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, § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (kod warunków: UG_PWS/12/15), § 2 i § 13 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawnijające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (kod warunków: UG_PWS/12/15), § 2 ust. 1 pkt 10 Warunków Ubezpieczenia.

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

Kod warunków: UG_PWSNWK/12/15

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony w Umowie ubezpieczenia

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/12/15).

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, motocyklem, 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/12/15).

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 poczynając 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, o którym mowa w ust. 1, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu trwał co najmniej 1 dzień;
 - 2) Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny, będący przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
 - 3) <uchylony>
 - 4) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym a Pobylem w Szpitalu istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 1 powyżej także w przypadku, gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, z uwzględnieniem warunków o których mowa w ust. 2 powyżej.
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 wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie:
 - 1) kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii karty informacyjnej z leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 3) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu - jeżeli są 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 lub skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie. Koszt takich badań ponosi Towarzystwo Ubezpieczeń.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego miał miejsce w związku z okolicznościami, o których mowa w § 7 ust. 5 - 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15).
2. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego za pierwsze 14 dni tego Pobytu, łącznie z okresem o którym mowa w § 5 ust 3, tj. Pobycie ubezpieczonego w Szpitalu po Okresie ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

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

§ 9

1. Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 31 grudnia 2015 roku), oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony Umowy ubezpieczenia. Niniejszy dokument został stworzony aby przedstawić w sposób bardziej transparentny warunki obowiązujące w Umowie ubezpieczenia.

**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, § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (kod warunków: UG_PWS/12/15), § 2 i § 13 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawnijające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (kod warunków: UG_PWS/12/15), § 2 ust. 1 pkt 10 Warunków Ubezpieczenia.

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

Kod warunków: UG_PWSNWP/12/15

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony w Umowie ubezpieczenia

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/12/15).

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 pozostawiania 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 nieuregulowa-

nym - znaczenie przyjęte w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15).

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 należyne jest od pierwszego dnia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 1, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy trwał co najmniej 4 dni;
 - 2) Nieszczęśliwy wypadek przy pracy, będący przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia;
 - 3) <uchylony>
 - 4) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy a Pobylem w Szpitalu istnieje adekwatny związek przyczynowo - skutkowy.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 1 powyżej także w przypadku, gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, z uwzględnieniem warunków o których mowa w ust. 2 powyżej.
4. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
5. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed do-

konaniem 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:
 - 1) kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii karty informacyjnej z leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 3) dokumentów potwierdzających okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu - jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
 - 4) zaświadczenia od pracodawcy o zatrudnieniu Ubezpieczonego na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego - jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
 - 5) 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 I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu miał miejsce w związku z okolicznościami, o których mowa w § 7 ust. 5 - 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15).
2. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego za pierwsze 14 dni tego Pobytu, łącznie z okresem o którym mowa w § 5 ust 3, tj. Pobycie ubezpieczonego w Szpitalu po Okresie ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

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

§ 9

1. Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 31 grudnia 2015 roku), oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony Umowy ubezpieczenia. Niniejszy dokument został stworzony aby przedstawić w sposób bardziej transparentny warunki obowiązujące w Umowie ubezpieczenia.

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

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przestanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2, § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 i § 13 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 10, § 10 Warunków Ubezpieczenia.

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNEJ UBEZPIECZONEGO

Kod warunków: UG_OC/12/15

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony w Umowie ubezpieczenia

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Operacji chirurgicznej, 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 Niebezpiecznego 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, o którym mowa w ust. 2, 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:
 - 1) kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 2) oryginału lub kopii dokumentacji medycznej - potwierdzającej przeprowadzenie Operacji chirurgicznej - jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
 - 3) kopii karty wypisu - jeżeli jest w posiadaniu uprawnionego.
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 z zastrzeżeniem ust. 1¹ poniżej. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
 - 1¹. Jeżeli Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową w ciągu 3 miesięcy od Daty nabycia uprawnień, Karencji nie stosuje się.
2. Do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
3. <uchylony>
4. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w każdym roku Okresu ubezpieczenia jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych o łącznej wysokości nie wyższej niż 150% sumy ubezpieczenia.
5. 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.
6. <uchylony>
7. <uchylony>
8. 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 lub w związku z chorobami nowotworowymi.
9. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Operacji chirurgicznej, która nastąpiła w wyniku:
 - 1) Aktów wojennych, chyba że udział w Aktach wojennych miał miejsce w związku z wykonywaniem czynności służbowych wynikających ze stosunku pracy wykonywanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, 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) działania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogenego, odurzającego, 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) <uchylony>
- 8) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał 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, w stosunku do Ubezpieczonych będących Pracownikami nie stosuje się przedmiotowego wyłączenia w zakresie zaburzeń psychicznych, nerwic oznaczonych wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD jako: F41 do F48;
- 12) Choroby wywołanej pośrednio lub bezpośrednio przez wirus HIV, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego, wyłączenie nie ma także zastosowania w przypadku gdy do powstania Choroby wywołanej wirusem HIV doszło w wyniku wykonywania czynności służbowych wynikających ze stosunku pracy wykonywanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

- 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.
10. Towarzystwo Ubezpieczeń w okresie pierwszych 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli:
- 1) <uchylony>
 - 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 – wyłączenie dotyczy osób, które nie były objęte ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

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

§ 9

1. Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 31 grudnia 2015 roku), oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony Umowy ubezpieczenia. Niniejszy dokument został stworzony aby przedstawić w sposób bardziej transparentny warunki obowiązujące w Umowie ubezpieczenia.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy oraz do samodzielnej egzystencji (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2, § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 i § 13 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia.

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI UBEZPIECZONEGO DO PRACY ORAZ DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

Kod warunków: UG_CNDPSE/12/15

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony w Umowie ubezpieczenia

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy oraz do samodzielnej egzystencji, 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 niezdolności do pracy oraz do samodzielnej egzystencji.

DEFINICJE

§ 2

- W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - Całkowita niezdolność do pracy oraz do samodzielnej egzystencji** - całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy oraz do samodzielnej egzystencji, stwierdzona Orzeczeniem wydanym na okres co najmniej 12 miesięcy. Za dzień wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy oraz do samodzielnej egzystencji uznaje się dzień powstania całkowitej niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji wskazany w Orzeczeniu;
 - 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 oraz do samodzielnej egzystencji, wydane nie później niż w ciągu 12 miesięcy od dnia zakończenia Okresu ubezpieczenia.

- 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 oraz do samodzielnej egzystencji.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

- Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową począwszy od daty wskazanej zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia.
- 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 oraz do samodzielnej egzystencji, 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 Całkowitej niezdolności do pracy oraz do samodzielnej egzystencji jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie:
 - 1) kopii Orzeczenia;
 - 2) kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość uprawnionego do Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 3) oryginałów lub kopii dokumentacji medycznej stwierdzająca Całkowitą niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub do samodzielnej egzystencji - jeżeli są 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 dotyczących stanu zdrowia 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 jednego Świadczenia ubezpieczeniowego. W przypadku wystąpienia kolejnej Całkowitej niezdolności do pracy oraz do samodzielnej egzystencji Towarzystwo Ubezpieczeń jest wolne od odpowiedzialności.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy oraz do samodzielnej egzystencji, 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, chyba że udział w Aktach wojennych miał miejsce w związku z wykonywaniem czynności służbowych wynikających ze stosunku pracy wykonywanego

na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, 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) działania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, 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) <uchylony>
- 8) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał 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), w stosunku do Ubezpieczonych będących Pracownikami nie stosuje się przedmiotowego wyłączenia w zakresie zaburzeń psychicznych, nerwic oznaczonych wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD jako: F41 do F48.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

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

§ 9

1. Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 31 grudnia 2015 roku), oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony Umowy ubezpieczenia. Niniejszy dokument został stworzony aby przedstawić w sposób bardziej transparentny warunki obowiązujące w Umowie ubezpieczenia.

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

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2, § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (kod warunków: UG_PWS/12/15), § 2 i § 13 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (kod warunków: UG_PWS/12/15), § 2 ust. 1 pkt 10, § 10 Warunków Ubezpieczenia.

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADK REKONWALESCENCJI UBEZPIECZONEGO PO POBYCIE UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

Kod warunków: UG_RK/12/15

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony w Umowie ubezpieczenia

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Rekonwalescencji po Pobytku Ubezpieczonego w Szpitalu, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Rekonwalescencji.
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/12/15).

DEFINICJE

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Rekonwalescencja** - okres powrotu do zdrowia po Pobytku Ubezpieczonego w Szpitalu.

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/12/15).

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 Rekonwalescencji 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 Rekonwalescencji 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, o którym mowa w ust. 1, pod warunkiem że Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (po zakończeniu którego rozpoczęła się Rekonwalescencja Ubezpieczonego) trwał co najmniej 14 dni. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 1 powyżej także w przypadku, gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, z uwzględnieniem warunków o których mowa w zdaniu poprzednim.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych 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 Rekonwalescencji Ubezpieczonego jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie:
 - 1) kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii karty informacyjnej z leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu.
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 Rekonwalescencji w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja, z zastrzeżeniem ust. 1¹. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
 - 1¹. Jeżeli Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową w ciągu 3 miesięcy od Daty nabycia uprawnień, Karencji nie stosuje się.
2. Do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania ochroną danej osoby w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
3. <uchylony>
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (po zakończeniu którego zakończeniu rozpoczęła się Rekonwalescencja Ubezpieczonego) miał miejsce w związku z okolicznościami, o których mowa w § 7 ust. 5 - 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15/).
5. 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. Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 31 grudnia 2015 roku), oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony Umowy ubezpieczenia. Niniejszy dokument został stworzony aby przedstawić w sposób bardziej transparentny warunki obowiązujące w Umowie ubezpieczenia.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Czasowej niezdolności do Pracy Ubezpieczonego (dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych.	§ 2, § 3, § 4, § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 i § 13 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia.	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 10, § 10 Warunków Ubezpieczenia.

WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA WYPADEK CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

Kod warunków: UG_CZNDP/03/16

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego.

DEFINICJE

§ 2

- W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego** – trwająca nieprzerwanie okresowa niemożność do świadczenia pracy przez Ubezpieczonego, skutkująca wypłatą 80% Wynagrodzenia/Uposażenia zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, potwierdzona wystawieniem zwolnienia lekarskiego, powstała w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku a także w wyniku podjęcia przez uprawniony organ decyzji o odosobnieniu w związku z chorobą zakaźną, na podstawie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
 - Zwolnienie lekarskie** – dokument wystawiany zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa a także decyzja organu o odosobnieniu w związku z cho-

robą zakaźną, na podstawie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;

- Wynagrodzenie/Uposażenie** – uposażenie zasadnicze miesięczne netto wraz z dodatkami o charakterze stałym, należne Ubezpieczonemu na zajmowanym stanowisku w dniu rozpoczęcia zwolnienia lekarskiego, potwierdzona przez pracodawcę Ubezpieczonego wystawieniem zaświadczenia na druku obowiązującym w zakładzie pracy.
- Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

ZAKRES I PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętym zakresem ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków Dodatkowego ubezpieczenia jest wystąpienie w Okresie ubezpieczenia Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego.

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 4

- 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 Czasowej niezdolności do Pracy Ubezpieczonego, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe za każdy dzień Czasowej niezdolności do Pracy Ubezpieczonego w wysokości kwoty obliczanej zgodnie z poniższym wzorem:

$$\text{Świadczenie} = 1/30 \times W \times 20\%$$

Gdzie:

Świadczenie – kwota należna za każdy dzień Czasowej niezdolności do pracy;

W – Wynagrodzenie/Uposażenie ustalone na dzień powstania Czasowej niezdolności do pracy;

2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 1, pod warunkiem że Czasowa niezdolność do Pracy trwała co najmniej 7 dni.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 1 powyżej także w przypadku, gdy Czasowa niezdolność do pracy rozpoczęła się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, z tym zastrzeżeniem, że Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe wyłącznie za te dni Czasowej niezdolności pracy Ubezpieczonego, 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 Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie:
 - 1) kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 2) Zwolnienia lekarskiego, (w tym w szczególności ZUS - ZUE);
 - 3) dokumentacji medycznej wskazującej przyczynę czasowej niezdolności do pracy, jeśli miał miejsce pobyt w szpitalu, historia choroby lub karta informacyjna leczenia szpitalnego;
 - 4) zaświadczenia od Pracodawcy potwierdzającego wysokość Wynagrodzenia/Uposażenia oraz wartość wypłacanego Wynagrodzenia/Uposażenia w trakcie trwania Czasowej niezdolności do pracy;

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 Czasowej niezdolności do pracy w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja, z zastrzeżeniem ust. 1¹ poniżej. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.
 - 1¹. Jeżeli Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową w ciągu 3 miesięcy od Daty nabycia uprawnień, Karencji nie stosuje się.
2. Do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania Ubezpieczonego ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 3 i 4 Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Czasowa niezdolność do Pracy Ubezpieczonego miała miejsce w wyniku:
 - 1) Aktów wojennych, chyba że udział w Aktach wojennych miał miejsce w związku z wykonywaniem czynności służbowych wynikających ze stosunku pracy wykonywanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, 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) działania pod wpływem dobrowolnie spożytego alkoholu, a także dobrowolnego użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii oraz 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) <uchylony>
 - 8) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Ubezpie-

- czonogo 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) - w stosunku do Ubezpieczonych będących Pracownikami nie stosuje się przedmiotowego wyłączenia w zakresie zaburzeń psychicznych, nerwic oznaczonych wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD jako: F41 do F48;
- 12) Choroby wywołanej przez wirus HIV - wyłączenie nie ma także zastosowania w przypadku gdy do powstania Choroby wywołanej wirusem HIV doszło w wyniku wykonywania czynności służbowych wynikających ze stosunku pracy wykonywanego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
4. Odpowiedzialność Towarzystwa ubezpieczeń jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych za nie więcej niż 90 dni w każdym roku Okresu ubezpieczenia.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń w okresie pierwszych 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli:

- a) <uchylony>
- b) 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 wyłącznie 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 Dodatkowego Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 22 marca 2016 roku), oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony Umowy ubezpieczenia. Niniejszy dokument został stworzony aby przedstawić w sposób bardziej transparentny warunki obowiązujące w Umowie ubezpieczenia.