

WARUNKI UBEZPIECZENIA

GRUPOWEGO NA ŻYCIE I ZDROWIE KREDYTOBIORCÓW
GETIN NOBLE BANK SPÓŁKA AKCYJNA

„PROGRAM OCHRONNY ŻYCIA I ZDROWIA – WARIANT STANDARDOWY”



Wykaz informacji zawartych w Warunkach Ubezpieczenia Grupowego na życie i zdrowie Kredytobiorców Getin Noble Bank Spółka Akcyjna „Program Ochronny Życia i Zdrowia – Wariant Standardowy” (zwanym dalej: „WU – Wariant Standardowy”):

Rodzaj informacji	Numer postanowienia WU – Wariant Standard
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń.	§ 2 pkt 32); § 3 ust. 2; § 4 ust. 2 - 3, z zastrzeżeniem ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w sekcji 2 niniejszego wykazu; § 12; § 13, w zw. z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń lub ich obniżenia.	§ 9; § 8 ust. 5 - 6; w zw. z § 2.

WARUNKI UBEZPIECZENIA

Kod warunków: UB_OGOJ122

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze WU – Wariant Standardowy mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia grupowego na życie i zdrowie Kredytobiorców Getin Noble Bank Spółka Akcyjna „Program Ochrony Życia i Zdrowia” (zwanej dalej „Umową”) zawartej pomiędzy Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie S.A. (zwanym dalej „Towarzystwem Ubezpieczeń”) a ProEkspert Sp. z o.o. (zwanym dalej „Ubezpieczającym”).
2. Niniejsze WU – Wariant Standardowy regulują zasady na jakich Towarzystwo Ubezpieczeń obejmuje ochroną ubezpieczeniową Kredytobiorców w ramach Umowy, a także prawa i obowiązki z niej wynikające.

DEFINICJE

§ 2

W WU - Wariant Standardowy oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Agent** – Getin Noble Bank S.A. wykonujący w imieniu Towarzystwa Ubezpieczeń i na jego rzecz czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego;
- 2) **Całkowita niezdolność do pracy** – stan zdrowia Ubezpieczonego, niepozwalający na wykonywanie jakiejkolwiek pracy zarobkowej, będący wynikiem Choroby, która została zdiagnozowana w Okresie odpowiedzialności lub NW, który zaistniał w Okresie odpowiedzialności, potwierdzony Orzeczeniem;
- 3) **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego prowadząca do zmian organicznych w tkankach, narządach lub całym organizmie, a także prowadząca do zaburzeń czynnościowych;
- 4) **Dzień roboczy** – każdy dzień z wyjątkiem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy;
- 5) **Deklaracja zgody** – formularz Towarzystwa Ubezpieczeń zawierający pisemne oświadczenie woli Kredytobiorcy, na mocy którego wyraża on zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w WU – Wariant Standardowy; Deklaracja zgody składana jest przez Kredytobiorcę dobrowolnie, najpóźniej w dniu zawarcia Umowy kredytu;
- 6) **Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego:**
 - a) **śmierć** – dzień śmierci Ubezpieczonego wskazany w akcie zgonu Ubezpieczonego,
 - b) **Całkowita niezdolność do pracy** – dzień powstania Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wskazany w Orzeczeniu,
 - c) **Hospitalizacja** – pierwszy dzień Hospitalizacji, o ile trwała co najmniej 5 dni;
- 7) **Harmonogram** – dokument wskazujący wysokość oraz terminy spłat poszczególnych Rat;
- 8) **Hospitalizacja** – całodobowy pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku NW, trwający nieprzerwanie co najmniej 5 dni rozpoczynający się w dniu przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala, a kończący w dniu wypisania Ubezpieczonego ze Szpitala, służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia. Jeżeli przerwa między kolejnymi Hospitalizacjami wskutek tej samej przyczyny nie przekracza doby wówczas uznaje się ciągłość Hospitalizacji. W okres Hospitalizacji nie wlicza się przepustek Ubezpieczonego, tj. okresu przebywania Ubezpieczonego poza Szpitalem;
- 9) **Klient** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych: Ubezpieczony, Uprawniony, a także każdy podmiot składający lub zamierzający złożyć Reklamację, tak indywidualny jak i instytucjonalny, zarówno ten który korzysta lub korzystał z usług Towarzystwa Ubezpieczeń;
- 10) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna zamieszkująca na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła Umowę kredytu;
- 11) **Kredyt** – kredyt konsumencki w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o kredycie konsumenckim (Dz. U. z 2014 r., poz. 1497 z późn. zm.) udzielany przez Getin Noble Bank S.A. na sfinansowanie zgodnie z wnioskiem Kredytobiorcy odpowiednio: zakupu towaru, potrzeb konsumpcyjnych, kosztów i wydatków związanych z udzieleniem kredytu lub na spłatę zobowiązań;
- 12) **Nieszczęśliwy wypadek (zwany dalej „NW”)** – powstałe w Okresie odpowiedzialności przypadkowe, nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie, wywołane przyczyną zewnętrzną, niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek schorzeniu lub Chorobie Ubezpieczonego, o charakterze losowym, będące wyłączną i bezpośrednią przyczyną zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 13) **Niezawodowe Uprawianie Sportu** – uprawianie przez Ubezpieczonego sportów w ramach klubów sportowych lub sekcji sportowych z równoczesnym udziałem w wyścigach, zawodach, występach lub treningach sportowych;
- 14) **Okres odpowiedzialności** – okres, w którym Towarzystwo Ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego;

- 15) **Orzeczenie** – prawomocne orzeczenie lekarskie stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego wydane przez właściwego lekarza orzecznika lub lekarza rzeczoznawcę, właściwą komisję lekarską, prawomocny wyrok sądu lub będące decyzją organu rentowego na podstawie przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, na okres co najmniej 12 miesięcy;
- 16) **Pozostawanie pod wpływem spożytego alkoholu** – stan, w którym zawartość alkoholu we krwi wynosi powyżej 0,2‰ lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,1 mg alkoholu;
- 17) **Rata** – kwota, do zapłaty której zobowiązany jest Kredytobiorca, w wysokościach i terminach zgodnych z Harmonogramem;
- 18) **Reklamacja** – wystąpienie skierowane do Towarzystwa Ubezpieczeń przez Klienta, w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo Ubezpieczeń;
- 19) **Składka** – kwota należna za ochronę ubezpieczeniową udzielaną przez Towarzystwo Ubezpieczeń, do zapłaty której zobowiązany jest Ubezpieczający;
- 20) **Suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe;
- 21) **Szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalnego, uprawnione do oferowania świadczeń zdrowotnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej;
- 22) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Towarzystwo Ubezpieczeń w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 23) **Ubezpieczający** – ProEkspert Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie;
- 24) **Ubezpieczony** – Kredytobiorca objęty ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w WU – Wariant Standardowy;
- 25) **Udział w Zajęciach Sportowych lub Rekreacyjnych** – udział Ubezpieczonego w następujących zajęciach sportowych lub rekreacyjnych: alpinizm, wspinaczka górską lub skałkowa, speleologia, baloniarstwo, sporty motorowodne, motorowe, sporty jeździeckie, lotnictwo i paralotnictwo, sporty spadochronowe, szybownictwo, sporty walki i obronne, kajakarstwo wysokogórskie, żeglarstwo, sporty samochodowe, nurkowanie przy udziale akwalungu, skoki na linie, upadki z wysokości powyżej 5 m, w tym wolne spadanie, narciarstwo (z wyłączeniem rekreacyjnego narciarstwa na wyznaczonych trasach), narciarstwo wodne oraz udział w wyścigach i zawodach w ramach sportów i zajęć określonych w niniejszym punkcie, uczestniczenie w wyprawach survivalowych;
- 26) **Udział Ubezpieczonego w aktach przemocy** – czynne i niezgodne z prawem skierowanie przez Ubezpieczonego czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie, w celu zmuszenia jej do poddania się woli Ubezpieczonego lub do określonego zachowania zgodnego z wolą Ubezpieczonego, przez co swoboda woli tej osoby zostaje ograniczona;
- 27) **Udział Ubezpieczonego w aktach wojennych** – czynny lub bierny udział Ubezpieczonego w działaniach wojennych, konflikcie zbrojnym, zamachu stanu, jak również przebywania na terytorium objętym wojną (przez działania wojenne, konflikty zbrojne, zamachy stanu, przebywanie na terytorium objętym wojną rozumie się ruchy wojsk, walki zbrojne – zarówno lądowe, morskie, jak i powietrzne – toczące się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, etnicznymi lub religijnymi);
- 28) **Udział Ubezpieczonego w rozruchach, zamieszkach** – czynny i niezgodny z prawem udział Ubezpieczonego w wydarzeniach zaistniałych na terenach objętych rozruchami lub zamieszkami w charakterze strony konfliktu oraz uczestnika takich zdarzeń bądź działalność Ubezpieczonego polegająca na dostarczaniu, przewożeniu systemów, wyposażenia, urządzeń, pojazdów, broni i innych materiałów wykorzystywanych podczas rozruchów i zamieszek;
- 29) **Umowa kredytu** – umowa zawarta pomiędzy Kredytobiorcą a Getin Noble Bank S.A., której przedmiotem jest Kredyt;
- 30) **Uprawniony** – osoba fizyczna lub prawna uprawniona do otrzymania Świadczenia z tytułu zajścia danego Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczonego, w tym spadkobiercy w przypadku śmierci Ubezpieczonego;
- 31) **Zawodowe Uprawianie Sportu** – udział Ubezpieczonego w rozgrywkach sportowych o charakterze profesjonalnym na szczeblu ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez odpowiedni dla danej dyscypliny związek sportowy, niezależnie od pobierania przez Ubezpieczonego wynagrodzenia z tego tytułu;
- 32) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie zaistniałe w Okresie odpowiedzialności zgodnie z § 3 ust. 2.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 1) śmierć oraz Całkowitą niezdolność do pracy albo
 - 2) śmierć oraz Hospitalizację.

WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

§ 4

- Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Kredytobiorca, który łącznie spełnia następujące warunki:
 - złożył podpisaną Deklarację zgody oraz
 - jest pełnoletni, a jego wiek, na dzień podpisania Deklaracji zgody, powiększony o Okres odpowiedzialności jest niższy niż 76 lat oraz
 - korzysta z Kredytu o łącznej kwocie kapitału nieprzekraczającej 300 000 PLN brutto, a w przypadku, gdy posiada inne Umowy kredytu, w ramach których został objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych WU - Wariant Standardowy lub zawartych Umów ubezpieczenia indywidualnego na życie i zdrowie Kredytobiorców Getin Noble Bank S.A. „Indywidualny Program Ochronny Życia i Zdrowia - Wariant Standardowy” jego łączne zobowiązania razem z Kredytem, co do którego wnioskuję on o objęcie ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych WU - Wariant Standardowy nie przekroczyć kwoty kapitału 500 000 PLN brutto.
- Ochroną ubezpieczeniową w zakresie śmierci oraz Całkowitej niezdolności do pracy objęty jest Kredytobiorca, który na dzień podpisania Deklaracji zgody lub w trakcie Okresu odpowiedzialności nie posiada stwierdzonego prawa do emerytury lub renty z tytułu orzeczonej niezdolności do pracy na podstawie przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach.**
- Ochroną ubezpieczeniową w zakresie śmierci oraz Hospitalizacji objęty jest Kredytobiorca, który na dzień podpisania Deklaracji zgody lub w trakcie Okresu odpowiedzialności ma stwierdzone prawo do emerytury lub renty z tytułu orzeczonej niezdolności do pracy na podstawie przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach.**
- W przypadku, gdy w związku z jedną Umową kredytu ochrona ubezpieczeniowa miałaby obejmować dwóch Kredytobiorców, wówczas każdy z nich składa odrębną Deklarację zgody.

WYSTĄPIENIE Z UBEZPIECZENIA

§ 5

- Ubezpieczony w każdym czasie trwania Okresu odpowiedzialności ma prawo wystąpić z ubezpieczenia:
 - w przypadku wystąpienia w ciągu 30 dni od pierwszego dnia Okresu odpowiedzialności Ubezpieczającemu przysługuje zwrot wpłaconej Składki w całości, a Ubezpieczający dokona rozliczeń z Ubezpieczonym z tego tytułu;
 - w przypadku wystąpienia powyżej 30 dni od pierwszego dnia Okresu odpowiedzialności Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej, a Ubezpieczający dokona rozliczeń z Ubezpieczonym z tego tytułu.
- Oświadczenie o wystąpieniu z ubezpieczenia powinno być złożone w formie pisemnej Towarzystwu Ubezpieczeń, Ubezpieczającemu albo Agentowi. Treść oświadczenia powinna zawierać dane identyfikujące Ubezpieczonego i Umowę.

- Za dzień złożenia oświadczenia o wystąpieniu z ubezpieczenia uznaje się dzień jego otrzymania odpowiednio przez Towarzystwo Ubezpieczeń, Agentą lub Ubezpieczającego.
- W przypadku wystąpienia z ubezpieczenia nie ma możliwości ponownego objęcia ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo Ubezpieczeń w związku z tą samą Umową kredytu.
- W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową dwóch Kredytobiorców w związku z jedną Umową kredytu wystąpienie z ubezpieczenia przez jednego z nich powoduje zakończenie ochrony ubezpieczeniowej wyłącznie w stosunku do Ubezpieczonego, który złożył oświadczenie. W takiej sytuacji drugi Ubezpieczony pozostaje objęty ochroną ubezpieczeniową na dotychczasowych warunkach.

ROZPOCZĘCIE I ZAKOŃCZENIE OKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 6

- Okres odpowiedzialności rozpoczyna się od dnia następnego po dniu złożenia podpisanej Deklaracji zgody, jednak nie wcześniej niż od dnia uruchomienia Kredytu i trwa 12 miesięcy (pierwszy Okres odpowiedzialności).
- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Hospitalizacji rozpoczyna się z dniem, w którym Ubezpieczony przestał spełniać warunek objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy, zgodnie z § 4 ust. 2.
- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy rozpoczyna się z dniem, w którym Ubezpieczony przestał spełniać warunek objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Hospitalizacji zgodnie z § 4 ust. 3.
- Kredytobiorca ma prawo w Deklaracji zgody wyrazić zgodę na kontynuację ubezpieczenia, bez konieczności ponownego składania Deklaracji zgody, na kolejne Okresy odpowiedzialności trwające 12 miesięcy, jednak nie dłużej niż do końca trwania Umowy kredytu na warunkach obowiązujących na dzień złożenia podpisanej przez Kredytobiorcę Deklaracji zgody, pod warunkiem że wiek Kredytobiorcy powiększony o kontynuowany Okres odpowiedzialności jest niższy niż 76 lat oraz Kredytobiorca spełnia warunek, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 3). O braku możliwości kontynuowania Okresu odpowiedzialności Ubezpieczający zostanie poinformowany pisemnie przez Agentą w imieniu Towarzystwa Ubezpieczeń.
- Okres odpowiedzialności wygasa:
 - z upływem Okresu odpowiedzialności;
 - z upływem dnia, w którym Ubezpieczający odstąpił od Umowy;
 - z upływem ostatniego dnia bieżącego Okresu odpowiedzialności, w trakcie którego doszło do rozwiązania Umowy;
 - z upływem dnia, w którym Ubezpieczony odstąpił od Umowy kredytu;
 - z upływem ostatniego dnia Okresu odpowiedzialności, w trakcie którego Umowa kredytu uległa rozwiązaniu;

- 6) z upływem ostatniego dnia Okresu odpowiedzialności, w trakcie którego Ubezpieczony dokonał wcześniejszej spłaty wszystkich zobowiązań wynikających z Umowy kredytu;
 - 7) z upływem dnia złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia woli o wystąpieniu z ubezpieczenia w formie pisemnej;
 - 8) z dniem śmierci Ubezpieczonego;
 - 9) z dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Całkowitej niezdolności do pracy skutkującego wypłatą Świadczenia z tego tytułu – w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową w zakresie tego ryzyka;
 - 10) z upływem ostatniego dnia terminu dodatkowego wskazanego w pisemnym wezwaniu Ubezpieczającego do zapłaty Składki, na zasadach określonych w Umowie, w zależności od tego, co nastąpiło jako pierwsze.
6. W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy w sytuacji, gdy przed wydaniem Orzeczenia upłynął Okres odpowiedzialności i nie zostało wypłacone Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci należne Świadczenie z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy, pod warunkiem że NW zaistniało w Okresie odpowiedzialności lub Choroba po raz pierwszy została zdiagnozowana w Okresie odpowiedzialności.

SKŁADKA

§ 7

1. Składka opłacana jest przez Ubezpieczającego na zasadach określonych w Umowie.
2. Składka naliczana jest jednorazowo, z góry, za pierwszy bądź kontynuowany Okres odpowiedzialności zgodnie z Taryfą Składek obowiązującą w dniu złożenia podpisanej przez Kredytobiorcę Deklaracji zgody, a jej wysokość zależna jest od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego oraz liczby Kredytobiorców objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie WU - Wariant Standardowy, w ramach jednej Umowy Kredytu i wskazana jest w Deklaracji zgody.
3. Wysokość Składki ustalona jest na poziomie, który zapewnia co najmniej wykonywanie wszystkich zobowiązań wynikających z Umowy oraz pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Towarzystwa Ubezpieczeń.
4. Obowiązek opłacenia Składki przez Ubezpieczającego nie wyklucza możliwości zobowiązania się Ubezpieczonego wobec Ubezpieczającego do finansowania kosztu Składki w wysokości wskazanej w Deklaracji zgody oraz w załączniku nr 1 do Deklaracji zgody. W takim przypadku Ubezpieczony zobowiązany jest do zapewnienia środków na sfinansowanie Składki w terminach określonych w załączniku nr 1 do Deklaracji zgody - Harmonogramie płatności Składek należnych w kolejnych Okresach odpowiedzialności. W przypadku niezapewnienia przez danego Ubezpieczonego kwoty niezbędnej na sfinansowanie Składki, ochrona ubezpieczeniowa wobec danego Ubezpieczonego skończy się z upływem ostatniego dnia terminu dodatkowego wskazanego w pisemnym wezwaniu Ubezpieczającego do zapłaty Składki, na zasadach określonych w Umowie.

zanego w pisemnym wezwaniu Ubezpieczającego do zapłaty Składki, na zasadach określonych w Umowie.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§ 8

Śmierć Ubezpieczonego

Całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego

1. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci albo z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w pierwszym 12 – miesięcznym Okresie odpowiedzialności równa jest kwocie wskazanej w Deklaracji zgody i stanowi 100% kwoty udzielonego Kredytu wskazanej w Umowie kredytu, a w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową dwóch Kredytobiorców w związku z jedną Umową kredytu w stosunku do każdego Kredytobiorcy wynosi 50% kwoty udzielonego Kredytu wskazanej w Umowie kredytu.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci albo z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w danym kontynuowanym Okresie odpowiedzialności jest stała i jej wysokość na każdy kontynuowany Okres odpowiedzialności jest wskazana w Załączniku nr 1 do Deklaracji zgody – Harmonogramie płatności Składek i wyliczana jest zgodnie ze wzorem:

$$\text{Suma ubezpieczenia} = U \times K \times \left(1 - \frac{i}{\text{okres}} \right)$$

gdzie:

Suma ubezpieczenia – Suma ubezpieczenia w danym i-tym kontynuowanym Okresie odpowiedzialności w stosunku do Ubezpieczonego, a w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową dwóch Kredytobiorców w związku z jedną Umową Kredytu w stosunku do każdego Kredytobiorcy,

i – i-ty kontynuowany Okres odpowiedzialności (w przypadku pierwszego kontynuowanego Okresu odpowiedzialności: i=1, w przypadku drugiego i kolejnego kontynuowanego Okresu odpowiedzialności: i=2, 3, ..., 9);

U – 100%, a w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową dwóch Kredytobiorców w związku z jedną Umową kredytu 50%;

K – suma ubezpieczenia w pierwszym Okresie odpowiedzialności, tj. kwota udzielonego Kredytu wskazana w Umowie kredytu;

okres – liczba lat trwania Umowy kredytu nie mniej niż 1 i nie więcej niż 10 zgodnie z Harmonogramem z dnia zawarcia Umowy kredytu.

3. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci albo Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego Towarzystwo Ubezpieczeń, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 9, wypłaci Świadczenie w wysokości równej 100% Sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1 - 2.

Hospitalizacja Ubezpieczonego

4. Suma ubezpieczenia z tytułu Hospitalizacji w danym Okresie odpowiedzialności wynosi 18 000 PLN, a w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową dwóch Kredytobiorców w związku z jedną Umową kredytu w stosunku do każdego Kredytobiorcy 9 000 PLN.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń zobowiązany jest do wypłacenia nie więcej niż 6 Świadczeń z tytułu Hospitalizacji w danym Okresie odpowiedzialności. Limit, o którym mowa w zdaniu poprzednim ulega odnowieniu po upływie każdego Okresu odpowiedzialności. Niewykorzystany w danym Okresie odpowiedzialności limit Świadczeń nie przechodzi na kolejny Okres odpowiedzialności.
6. Wysokość Świadczenia równa jest kwocie Raty, zgodnie z Harmonogramem na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jednak nie więcej niż 3 000 PLN, a w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową dwóch Kredytobiorców w związku z jedną Umową Kredytu nie więcej niż 1 500 PLN w stosunku do każdego Kredytobiorcy.
7. Pierwsze Świadczenie jest należne po upływie 5 kolejnych dni nieprzerwanej Hospitalizacji. Każde kolejne Świadczenie z tytułu nieprzerwanej kontynuacji tej samej Hospitalizacji lub kontynuacji Hospitalizacji na zasadach określonych w ust. 9 jest należne po każdych kolejnych 30 dniach Hospitalizacji.
8. Jeżeli Hospitalizacja rozpoczęła się w Okresie odpowiedzialności i trwała nieprzerwanie po upływie Okresu odpowiedzialności, ale nie krócej niż 5 dni, Ubezpieczonemu przysługuje tylko pierwsze Świadczenie z tytułu Hospitalizacji niezależnie od tego czy Hospitalizacja trwała dłużej.
9. Jeżeli w wyniku tego samego NW nastąpi ponowna Hospitalizacja przed upływem 180 dni od zakończenia poprzedniej Hospitalizacji, to Hospitalizacja ta traktowana jest jako kontynuacja poprzedniej Hospitalizacji i kolejne Świadczenia należne są po upływie każdych kolejnych 30 dni Hospitalizacji.
10. Jeżeli po upływie 180 dni od zakończenia poprzedniej Hospitalizacji rozpocznie się ponowna Hospitalizacja w ramach tego samego NW lub w wyniku innych NW to jest to traktowane jako nowe Zdarzenie ubezpieczeniowe i pierwsze Świadczenie należne jest po upływie 5 dni nieprzerwanej Hospitalizacji.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 9

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku:
 - 1) samobójstwa popełnionego w okresie 12 miesięcy od dnia rozpoczęcia Okresu odpowiedzialności – w zakresie Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego;
 - 2) próby samobójstwa - w zakresie Zdarzeń ubezpieczeniowych innych niż śmierć Ubezpieczonego;
 - 3) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego;
- 4) czynnego lub biernego Udziału Ubezpieczonego w aktach wojennych, chyba że jego Udział w aktach wojennych wynikał z wykonywania czynności służbowych;
- 5) czynnego i niezgodnego z prawem Udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy;
- 6) czynnego i niezgodnego z prawem Udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach;
- 7) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym;
- 8) Pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, lekarstw lub innych środków wyłaczających świadomość, z wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza;
- 9) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień;
- 10) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
- 11) zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania (choroby zakwalifikowane wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych);
- 12) Udziału Ubezpieczonego w Zajęciach Sportowych lub Rekreacyjnych;
- 13) Zawodowego lub Niezawodowego Uprawiania Sportu, o ile powyższe miały wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń w okresie pierwszych 12 miesięcy nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie i w adekwatnym związku z poniższymi chorobami, które były zdiagnozowane lub leczone w okresie 24 miesięcy poprzedzających datę przystąpienia do ubezpieczenia:
 - a) choroba wieńcowa,
 - b) dusznica bolesna,
 - c) nadciśnienie tętnicze,
 - d) zawał mięśnia sercowego,
 - e) niewydolność serca,
 - f) wady serca,
 - g) jakiegokolwiek operacje serca,
 - h) uszkodzenie mózgu,
 - i) guz mózgu,
 - j) udar mózgu lub krwotok,
 - k) zaburzenia psychiczne,
 - l) depresja,
 - m) nowotwory złośliwe – rak/ guz,
 - n) białaczka,
 - o) chłoniak,
 - p) choroba Hodgkina,
 - q) cukrzyca,
 - r) wielotorbielowatość nerek,
 - s) niewydolność nerek,
 - t) marskość wątroby,

- u) uzależnienie od alkoholu lub innych substancji odurzających.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Hospitalizacji w szpitalu uzdrowskim (sanatoryjnym), szpitalu rehabilitacyjnym, szpitalu psychiatrycznym, sanatorium, uzdrowsku i hospicjum.

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO, TOWARZYSTWA UBEZPIECZEŃ I UBEZPIECZONEGO

§ 10

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do:
- 1) doręczenia osobom zainteresowanym objęciem ochroną ubezpieczeniową WU – Wariant Standardowy przed podpisaniem przez nie Deklaracji zgody;
 - 2) zbierania od osób zainteresowanych objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Deklaracji zgody, przekazywania formularzy związanych z realizacją Umowy oraz przyjmowanie dyspozycji związanych z Umową;
 - 3) informowania Towarzystwa Ubezpieczeń o zmianie danych osobowych i teleadresowych swoich oraz Ubezpieczonych i Uprawnionych, jeżeli posiada takie dane;
 - 4) informowania Towarzystwa Ubezpieczeń o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 5) przekazywania Ubezpieczonemu informacji dotyczących zmiany warunków Umowy lub zmiany prawa właściwego dla Umowy oraz informacji o wysokości Świadczeń, przy czym informacje te zostaną przekazane Ubezpieczonemu:
 - a) na piśmie lub jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku,
 - b) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy lub prawa właściwego dla Umowy;
 - 6) udzielania informacji o sposobie i formie zgłaszania roszczeń;
 - 7) przesyłania Ubezpieczonym drogą mailową lub telefoniczną powiadomień dotyczących niniejszego ubezpieczenia, o ile dane teleadresowe zostały podane przez Ubezpiezonego w Deklaracji zgody.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń jest zobowiązane do:
- 1) przekazywania Ubezpieczającemu pisemnie, a Ubezpieczonemu na jego żądanie na piśmie lub jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę na innym trwałym nośniku, w tym również za pomocą środków komunikacji elektronicznej - informacji dotyczących zmiany warunków Umowy lub zmiany prawa właściwego dla Umowy oraz informacji o wysokości Świadczeń, przed wyrażeniem przez niego zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość Świadczeń, przysługujących z tytułu Umowy;
 - 2) udzielania na wniosek Ubezpiezonego informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz WU – Wariant

Standardowy w zakresie w jakim dotyczą one praw i obowiązków Ubezpiezonego;

- 3) sporządzania i publikowania na stronie internetowej Towarzystwa Ubezpieczeń: www.openlife.pl sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa Ubezpieczeń.
3. Ubezpieczony jest zobowiązany zgłaszać Towarzystwu Ubezpieczeń bezpośrednio lub za pośrednictwem Agenta lub Ubezpieczającego zmiany danych osobowych i teleadresowych zawartych w Deklaracji zgody.

UPRAWNIONY DO ŚWIADCZENIA

§ 11

1. Ubezpieczony ma prawo do wskazania lub zmiany Uprawnionych do Świadczenia na wypadek śmierci Ubezpiezonego w każdym czasie trwania Okresu odpowiedzialności.
2. Uprawniony, o którym mowa w ust. 1, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpiezonego traci prawo do Świadczenia. Umyślne przyczynienie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, powinno być potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym.
3. W razie śmierci Uprawnionego, o którym mowa w ust. 1, przed śmiercią Ubezpiezonego lub też utraty przez niego prawa do Świadczenia, prawo do wypłaty części Świadczenia przypadającej temu Uprawnionemu przejmują pozostali Uprawnieni do Świadczenia na wypadek śmierci Ubezpiezonego, jeżeli zostali wskazani, z zachowaniem wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania w Deklaracji zgody albo dyspozycji zmiany.
4. Jeżeli brak jest wskazania Uprawnionego do Świadczenia na wypadek śmierci Ubezpiezonego lub jedyny Uprawniony do Świadczenia na wypadek śmierci Ubezpiezonego zmarł przed śmiercią Ubezpiezonego lub też utracił prawo do Świadczenia, wówczas Świadczenie na wypadek śmierci Ubezpiezonego przysługuje członkom rodziny zmarłego Ubezpiezonego według następującej kolejności:
 - 1) współmałżonkowi;
 - 2) w równych częściach dzieciom Ubezpiezonego, jeżeli brak współmałżonka;
 - 3) w równych częściach rodzicom Ubezpiezonego, jeśli brak dzieci i współmałżonka;
 - 4) w równych częściach rodzeństwu Ubezpiezonego, jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka;
 - 5) w równych częściach spadkobiercom Ubezpiezonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej, z wyłączeniem skarbu państwa i gminy ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpiezonego.
5. Ubezpieczony wskazując kilku Uprawnionych do Świadczenia na wypadek śmierci Ubezpiezonego powinien określić procentowy udział każdego z nich w kwocie Świadczenia z tym, że suma udziałów procentowych wszystkich Uprawnionych w Świadczeniu nie może przekraczać 100% Świadczenia. Jeżeli suma udziałów procentowych Uprawnionych do Świadczenia na wypadek śmierci Ubezpiezonego nie jest równa

100%, przyjmuje się, że udziały procentowe tych osób w kwocie Świadczenia są wyznaczane z zachowaniem wzajemnych proporcji wskazanych w Deklaracji zgody albo innych pismach Ubezpieczonego w zakresie zmiany lub wskazania Uprawnionych do Świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego – w przypadku wskazania lub zmiany wskazania Uprawnionego do Świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku braku wskazania udziałów procentowych Uprawnionych do Świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego przyjmuje się, że udziały procentowe tych osób są równe.

6. Uprawnionym do Świadczenia z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy lub Świadczenia z tytułu Hospitalizacji jest Ubezpieczony, a w przypadku śmierci Ubezpieczonego przed wypłatą należnego mu Świadczenia z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy lub Świadczenia z tytułu Hospitalizacji - spadkobiercy Ubezpieczonego na zasadach ogólnych.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

§ 12

1. Zawiadomienie o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego składa Uprawniony:
 - 1) elektronicznie, na stronie: www.openlife.pl;
 - 2) pisemnie lub osobiście w siedzibie Towarzystwa Ubezpieczeń;
 - 3) za pośrednictwem Ubezpieczającego lub Agenta, dołączając do zawiadomienia o zajściu zdarzenia wymagane zgodnie z ust. 3 dokumenty.Wzór zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego został pomocniczo przygotowany przez Towarzystwo Ubezpieczeń i jest dostępny w Towarzystwie Ubezpieczeń, u Agenta i Ubezpieczającego.
2. Zawiadomienie o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego mogą zgłosić również spadkobiercy Ubezpieczonego. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak Uprawniony.
3. Zakres dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub wysokości Świadczenia (oryginały, bądź kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem zgodnie z ust. 5) znajduje się we wzorcu formularza zgłoszenia roszczenia, o którym mowa w ust. 1. Do dokumentów, o których mowa w zdaniu poprzednim, w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy należy dołączyć dokumenty potwierdzające posiadanie prawa do emerytury lub renty z tytułu orzeczonej niezdolności do pracy na podstawie przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach.
4. Po otrzymaniu przez Towarzystwo Ubezpieczeń zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Towarzystwo Ubezpieczeń informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, 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, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

5. Potwierdzenia dokumentów za zgodność z oryginałem może dokonać: Agent, przedstawiciel Ubezpieczającego, pracownik Towarzystwa Ubezpieczeń, notariusz, adwokat lub radca prawny.
6. W przypadku niewskazania w zawiadomieniu o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego danych dotyczących placówek medycznych, poradni specjalistycznych, przychodni, lekarzy, szpitali, w których prowadzono leczenie Ubezpieczonego, Towarzystwo Ubezpieczeń może zwrócić się do osoby występującej z tym zawiadomieniem o udzielenie informacji nt.: miejsca, nazwy placówek medycznych, poradni specjalistycznych, przychodni, szpitali, w których prowadzono leczenie Ubezpieczonego, w celu umożliwienia Towarzystwu Ubezpieczeń zwrócenia się do tych placówek lub lekarzy z prośbą o dostarczenie dokumentacji niezbędnej do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub wysokości Świadczenia.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 13

1. Świadczenie wypłacane jest w ciągu 30 dni licząc od daty zawiadomienia Towarzystwa Ubezpieczeń 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 okazało się niemożliwe, Świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część Świadczenia Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaca w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
3. Jeżeli w terminie określonym w ust. 2 Towarzystwo Ubezpieczeń nie wypłaci Świadczenia zawiadomi na piśmie:
 - 1) osobę zgłaszającą roszczenie oraz
 - 2) Ubezpieczonego, o ile nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie,o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części.
4. Jeżeli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo Ubezpieczeń poinformuje o tym na piśmie:
 - 1) osobę występującą z roszczeniem oraz
 - 2) Ubezpieczonego, o ile nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie,wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia wraz z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

5. Towarzystwo Ubezpieczeń udostępnia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub Uprawnionemu informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub wysokości Świadczenia. 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. Informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 5 Towarzystwo Ubezpieczeń udostępnia na żądanie w postaci elektronicznej.
7. Świadczenie wypłacane jest w formie wypłaty jednorazowej przelewem na rachunek bankowy podany w zgłoszeniu roszczenia o wypłatę Świadczenia.
4. Złożenie Reklamacji niezwłocznie po powzięciu przez Klienta zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie Reklamacji przez Towarzystwo Ubezpieczeń.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń na żądanie Klienta potwierdza fakt złożenia Reklamacji.
6. Odpowiedź na Reklamację udzielana jest w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Na wniosek Klienta odpowiedź może zostać dostarczona pocztą elektroniczną.
7. 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.
8. W przypadku szczególnie skomplikowanych spraw, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni Towarzystwo Ubezpieczeń:

PRZEPISY REGULUJĄCE OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

§ 14

1. W przypadku, gdy Towarzystwo Ubezpieczeń, w związku z wykonaniem któregoś z zobowiązań wynikających z Umowy, obowiązane jest zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa pobrać i odprowadzić jakiegokolwiek kwoty, w tym w szczególności kwoty na poczet zobowiązań podatkowych Uprawnionych, kwoty pobrane i odprowadzone przez Towarzystwo Ubezpieczeń pomniejszają kwoty stosownych wypłat dokonywanych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na podstawie Umowy.
2. Opodatkowanie zobowiązań Towarzystwa Ubezpieczeń regulują obowiązujące przepisy prawa dotyczące podatku dochodowego, w szczególności przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.
- 1) poinformuje Klienta o przyczynach opóźnienia;
- 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
- 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
9. Niezależnie od powyższego trybu Klientowi przysługuje prawo wniesienia skargi do Rzecznika Finansowego lub wystąpienia z wnioskiem o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami podmiotów rynku finansowego a tymi podmiotami. Na dzień zatwierdzenia niniejszych WU - Wariant Standardowy adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: <http://rf.gov.pl/>.
10. Niezależnie od powyższego trybu Klientowi, który jest konsumentem, przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
11. Towarzystwo Ubezpieczeń podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

REKLAMACJE

§ 15

1. Klienci mogą zgłaszać Reklamacje:
 - 1) pisemnie: osobiście w jednostce Towarzystwa Ubezpieczeń, obsługującej Klientów albo przesyłką pocztową na adres: ul. Przyokopowa 33, 01-208 Warszawa;
 - 2) w formie elektronicznej: za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: info@openlife.pl albo przy wykorzystaniu formularza na stronie internetowej Towarzystwa Ubezpieczeń;
 - 3) ustnie: telefonicznie pod numerem infolinii 801 222 333 lub +48 22 101 41 60 albo
 - 4) osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w jednostce Towarzystwa Ubezpieczeń obsługującej Klientów.
2. Zmiana danych teledresowych Towarzystwa Ubezpieczeń nie wymaga zmiany WU – Wariant Standardowy. Aktualne dane teledresowe znajdują się na stronie internetowej www.openlife.pl.
3. Reklamacja powinna zawierać niezbędny do jej rozpatrzenia zakres danych tj.: imię i nazwisko, adres oraz nr PESEL Klienta. Klient może dodatkowo podać inne dane pozwalające na jego identyfikację w szczególności: numer Deklaracji zgody.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 16

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych WU - Wariant Standardowy stosuje się przepisy polskiego prawa.
2. Ubezpieczony może żądać by Towarzystwo Ubezpieczeń udzieliło mu informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz niniejszych WU - Wariant Standardowy w zakresie, praw i obowiązków Ubezpieczonego.
3. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy:
 - 1) dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego;
 - 2) dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego.
4. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń, Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uprawnionym jest język polski.

5. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa Ubezpieczeń sporządzone jest i publikowane na stronie internetowej Towarzystwa Ubezpieczeń: www.openlife.pl.

§ 17

1. Jeżeli w WU – Wariant Standardowy nie postanowiono inaczej wszystkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia Towarzystwa Ubezpieczeń mające związek z Umową wymagają dla swej skuteczności zachowania formy pisemnej.
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. Wszelkie oświadczenia, wnioski, zawiadomienia złożone Agentowi lub Ubezpieczającemu uważa się za złożone Towarzystwu Ubezpieczeń jeśli zostały złożone na piśmie lub na innym trwałym nośniku.

§ 18

Niniejsze WU – Wariant Standardowy zostały zatwierdzone uchwałą nr 2 z dnia 28 lipca 2017 roku przyjętą przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna i obowiązują od dnia 1 września 2017 r.