

WARUNKI UBEZPIECZENIA
GRUPOWEGO NA ŻYCIE I ZDROWIE KLIENTÓW
IDEA LEASING SPÓŁKA AKCYJNA

„UBEZPIECZENIE SPŁATY RATY”



**Wykaz informacji zawartych w Warunkach Ubezpieczenia grupowego
na życie i zdrowie Klientów Idea Leasing Spółka Akcyjna „Ubezpieczenie spłaty raty”
(zwanym dalej: „Warunkami Ubezpieczenia”):**

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń	§ 2 pkt 40), § 3 ust. 2 – 3, z zastrzeżeniem ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w sekcji 2 niniejszego wykazu, § 16, w zw. z § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 pkt 14) zdanie 3, § 2 pkt 22) zdanie 2, § 11 ust. 2, 4 - 6, § 12 ust. 2 - 4, § 13, w zw. z § 2.

WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA ŻYCIE I ZDROWIE KLIENTÓW IDEA LEASING SPÓŁKA AKCYJNA „UBEZPIECZENIE SPŁATY RATY”

Kod warunków: UB_OGOJ133

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Warunki Ubezpieczenia mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia grupowego na życie i zdrowie Klientów Idea Leasing Spółka Akcyjna „Ubezpieczenie spłaty raty” (zwanej dalej „Umową ubezpieczenia”), zawartej pomiędzy Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie S.A. (zwanym dalej „Towarzystwem Ubezpieczeń”) a Idea Leasing Spółka Akcyjna (zwanym dalej „Ubezpieczającym”).
2. Niniejsze Warunki Ubezpieczenia regulują zasady na jakich Towarzystwo Ubezpieczeń obejmuje ochroną ubezpieczeniową Klientów w ramach Umowy ubezpieczenia.

DEFINICJE

§ 2

W Warunkach Ubezpieczenia oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zmian organicznych w tkankach, narządach lub całym organizmie, a także prowadząca do zaburzeń czynnościowych;
- 2) **Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego** – trwająca nieprzerwanie nie krócej niż 55 dni, niemożność wykonywania pracy zarobkowej powstała po upływie pierwszych 90 dni Okresu ubezpieczenia w wyniku NW lub Choroby, potwierdzona zaświadczeniem(-iami) lekarskim(-i) wydanym(-i) na druku ZUS ZLA, a w przypadku osób, za które nie są opłacane składki na ubezpieczenie chorobowe – zaświadczeniem(-iami) lekarskim(-i) wydanym(-i) zgodnie z przepisami prawa polskiego, oraz dokumentacją medyczną wskazującą na jednostkę chorobową wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F00–F99), będąca podstawą wydania zaświadczenia lekarskiego (druk ZUS ZLA). Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego może być stwierdzona na podstawie więcej niż jednego zaświadczenia lekarskiego (druk ZUS ZLA), potwierdzających czasową niezdolność do pracy, trwająca nieprzerwanie nie krócej niż 55 dni;
- 3) **Czynsz leasingowy** – kwota netto, którą Ubezpieczony jest zobowiązany uiszczać z tytułu zawartej przez niego Umowy leasingu, wynikająca z Pierwotnego harmonogramu spłat;
- 4) **Deklaracja zgody** – formularz Towarzystwa Ubezpieczeń, zawierający pisemne oświadczenie woli Klienta,

na mocy którego wyraża on zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia; Deklaracja zgody składana jest przez Klienta dobrowolnie, najpóźniej w dniu poprzedzającym odpowiednio Uruchomienie leasingu albo Uruchomienie pożyczki;

- 5) **Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego:**
 - a) **śmierć Ubezpieczonego** – dzień śmierci Ubezpieczonego wskazany w akcie zgonu Ubezpieczonego,
 - b) **Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego** – data upływu 55-go dnia Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, potwierdzana dokumentacją, o której mowa w pkt 2),
 - c) **Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego** – data upływu 3-go dnia Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego,
- 6) **Klient** – Leasingobiorca lub Pożyczkobiorca;
- 7) **Kwota leasingu** – łączna suma Czynszów leasingowych aktualna w dniu Uruchomienia leasingu, wynikająca z Pierwotnego harmonogramu spłat;
- 8) **Kwota pożyczki** – łączna suma Rat pożyczki aktualna w dniu Uruchomienia pożyczki, wynikająca z Pierwotnego harmonogramu spłat;
- 9) **Leasingobiorca** – osoba fizyczna, w tym osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, która zawarła z Ubezpieczającym Umowę leasingu lub każdy ze współników spółki cywilnej występujących łącznie jako strona Umowy leasingu zawartej z Ubezpieczającym;
- 10) **Miesiąc Okresu ubezpieczenia** – miesiąc rozpoczynający się w dniu rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia, a także każdy kolejny miesiąc rozpoczynający się w dniu odpowiadającym dniowi rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia, chyba że dzień ten nie występuje – wówczas za dzień rozpoczęcia danego Miesiąca Okresu ubezpieczenia przyjmuje się ostatni dzień danego miesiąca kalendarzowego; za datę końca danego Miesiąca Okresu ubezpieczenia przyjmuje się dzień poprzedzający pierwszy dzień kolejnego Miesiąca Okresu ubezpieczenia;
- 11) **Nieszczęśliwy wypadek** (zwany dalej „NW”) – powstałe w Okresie ubezpieczenia przypadkowe, nagle, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie, wywołane Przyczyną zewnętrzną, o charakterze losowym, będące wyłączną i bezpośrednią przyczyną zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 12) **Okres ubezpieczenia** – okres, w którym Towarzystwo Ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego;

- 13) **Pierwotny harmonogram spłat** – odpowiednio:
 - a) w przypadku Umowy leasingu – plan spłat Czynszów leasingowych w Umowie leasingu, ważny w dniu Uruchomienia leasingu, albo
 - b) w przypadku Umowy pożyczki – dokument określający terminy płatności poszczególnych Rat pożyczki przewidzianych Umową pożyczki, wysokości tych rat i poziom zadłużenia Pożyczkobiorcy w ramach Umowy pożyczki po spłacie każdej z Rat pożyczki, obowiązujący w dniu Uruchomienia pożyczki;
- 14) **Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu** – całodobowy, trwający nieprzerwanie co najmniej 3 dni pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku NW lub Choroby, rozpoczynający się w dniu przyjęcia do Szpitala Ubezpieczonego, a kończący w dniu wypisania Ubezpieczonego ze Szpitala. Jeżeli przerwa między kolejnymi Pobytami Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku NW wskutek tej samej przyczyny nie przekracza doby wówczas uznaje się ciągłość Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku NW. W okres Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NW nie wlicza się przepustek Ubezpieczonego, tj. okresu przebywania poza Szpitalem. Pobyt w Szpitalu musi rozpocząć się i trwać w Okresie ubezpieczenia;
- 15) **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;
- 16) **Pożyczkobiorca** – osoba fizyczna, w tym osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, która zawarła z Ubezpieczającym Umowę pożyczki lub każdy ze współników spółki cywilnej występujących łącznie jako strona Umowy pożyczki zawartej z Ubezpieczającym;
- 17) **Przyczyna zewnętrzna** – czynnik oddziałujący na organizm Ubezpieczonego, który z medycznego punktu widzenia nie może być zakwalifikowany jako choroba, będąca stanem organizmu polegającym na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpieczonego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, ani jako czynnik chorobotwórczy, będący bakterią, wirusem lub pasożytem wywołującym chorobę Ubezpieczonego;
- 18) **Rata pożyczki** – rata kapitałowo-odsetkowa pożyczki przypadająca do spłaty w terminie płatności zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat; Rata pożyczki nie uwzględnia odsetek naliczonych od Zadłużenia przeterminowanego;
- 19) **Reklamacja** – wystąpienie skierowane do Towarzystwa Ubezpieczeń zgłaszające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo Ubezpieczeń;
- 20) **Składka** – kwota należna za ochronę ubezpieczeniową udzielaną przez Towarzystwo Ubezpieczeń, do zapłaty której zobowiązany jest Ubezpieczający;
- 21) **Suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe;
- 22) **Szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalnego, uprawnione do oferowania świadczeń zdrowotnych 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. Za Szpital nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, szpitala psychiatrycznego, sanatorium, uzdrowiska i hospicjum;
- 23) **Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW** – śmierć Ubezpieczonego w okresie pierwszych 90 dni Okresu ubezpieczenia spowodowana NW, będącym wyłączną i bezpośrednią przyczyną śmierci Ubezpieczonego;
- 24) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Towarzystwo Ubezpieczeń w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 25) **Towarzystwo Ubezpieczeń** – Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie;
- 26) **Ubezpieczający** – Idea Leasing Spółka Akcyjna z siedzibą we Wrocławiu;
- 27) **Ubezpieczony** – Klient objęty ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia;
- 28) **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;
- 29) **Udział Ubezpieczonego w aktach wojennych** – czynny lub bierny udział Ubezpieczonego w działaniach wojennych, konflikcie zbrojnym, zamachu stanu, jak również przebywanie na terytorium objętym wojną (przez działania wojenne, konflikty zbrojne, zamachy stanu, przebywanie na terytorium objętym wojną rozumie się ruchy wojsk, walki zbrojne – zarówno lądowe, morskie, jak i powietrzne – toczone się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, etnicznymi lub religijnymi);
- 30) **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;

- 31) **Umowa leasingu** – umowa leasingu zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Leasingobiorcą na okres nie dłuższy niż 72 miesiące;
- 32) **Umowa pożyczki** – umowa pożyczki zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Pożyczkobiorcą na okres nie dłuższy niż 72 miesiące;
- 33) **Umowa ubezpieczenia** – Umowa ubezpieczenia grupowego na życie i zdrowie Klientów Idea Leasing Spółka Akcyjna „Ubezpieczenie spłaty raty”, zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem Ubezpieczeń;
- 34) **Uposażony** – podmiot lub osoba fizyczna uprawniona do otrzymania Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego;
- 35) **Uprawniony** – podmiot lub osoba fizyczna uprawniona do żądania spełnienia przez Towarzystwo Ubezpieczeń Świadczenia, w tym Ubezpieczony i Uposażony;
- 36) **Uruchomienie leasingu** – zmiana statusu Umowy leasingu na aktywny, co następuje po ostatecznej zapłacie dostawcy należności wynikających z faktury lub innego dokumentu sprzedaży oraz ustaleniu Pierwotnego harmonogramu spłat;
- 37) **Uruchomienie pożyczki** – postawienie do dyspozycji Pożyczkobiorcy kwoty wynikającej z Umowy pożyczki;
- 38) **Wartość wykupu leasingu** – kwota określona w Umowie leasingu kaucji zabezpieczającej, do której zapłaty zobowiązany jest Leasingobiorca w przypadku, gdy korzysta z prawa wykupu po zakończeniu Umowy leasingu, zaliczanej na poczet ceny sprzedaży przedmiotu leasingu, o ile jego nabywcą będzie Leasingobiorca;
- 39) **Zadłużenie przeterminowane** – zadłużenie z tytułu Umowy leasingu lub Umowy pożyczki, obejmujące Czynsze leasingowe lub Raty pożyczki niezapłacone w terminie ich wymagalności oraz koszty poniesione przez Ubezpieczającego w związku z egzekwowaniem spłaty zadłużenia;
- 40) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową zgodnie z § 3 ust. 2 – 3;
- 41) **Zobowiązania pozostałe** – następujące zobowiązania Klienta wynikające odpowiednio z Umowy leasingu lub Umowy pożyczki: opłaty z tytułu ubezpieczeń majątkowych, obejmujących przedmiot leasingu lub przedmiot zabezpieczenia rzeczowego zwrotu pożyczki ustanowionego na rzecz Ubezpieczającego, podatek drogowy oraz opłaty wynikające z Tabeli opłat i prowizji obowiązującej u Ubezpieczającego i dotyczącej Umowy leasingu lub Umowy pożyczki; w rozumieniu niniejszych Warunków Ubezpieczenia za Zobowiązania pozostałe uważa się kwotę nie wyższą niż 1 000 zł; do Zobowiązań pozostałych nie są zaliczane kary umowne oraz koszty Zadłużenia przeterminowanego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia w stosunku do Pożyczkobiorcy objętego ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) śmierć Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia;
 - 2) Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia;
 - 3) Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW w okresie pierwszych 90 dni Okresu ubezpieczenia;
 - 4) Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego, która wystąpiła po upływie pierwszych 90 dni Okresu ubezpieczenia.
3. Zakres ubezpieczenia w stosunku do Leasingobiorcy objętego ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) śmierć Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia;
 - 2) Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego od pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia do dnia spłaty ostatniego Czynszu leasingowego zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat;
 - 3) Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW w okresie pierwszych 90 dni Okresu ubezpieczenia;
 - 4) Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego, która wystąpiła po upływie pierwszych 90 dni Okresu ubezpieczenia, ale nie później niż do dnia spłaty ostatniego Czynszu leasingowego zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat.

WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

§ 4

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Klient, który łącznie spełnia następujące warunki:
 - 1) zamieszkuje na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz posiada obywatelstwo polskie, oraz
 - 2) na dzień podpisania Deklaracji zgody ma ukończony 18. rok życia, oraz
 - 3) na dzień przewidywanego zakończenia Okresu ubezpieczenia nie ma ukończonego 66. roku życia, oraz
 - 4) Kwota leasingu, którą zobowiązany jest zapłacić Klient będący Leasingobiorcą, powiększona o Wartość wykupu leasingu lub Kwota pożyczki, co do której wnioskuje on o objęcie ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych Warunków Ubezpieczenia nie przekracza 600 000 zł, a w przypadku gdy posiada inne Umowy pożyczki lub Umowy leasingu, w związku z którymi został objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej Umowy ubezpieczenia – łączna kwota przyznanych mu

Kwot leasingów powiększonych o Wartość wykupu leasingu lub Kwot pożyczek nie przekracza 600 000 zł, oraz

- 5) nie jest wydane w stosunku do niego orzeczenie o całkowitej i trwałej niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy.
2. Warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową jest:
 - 1) złożenie przez Klienta prawidłowo wypełnionej i podpisanej Deklaracji zgody;
 - 2) zgłoszenie Klienta do Towarzystwa Ubezpieczeń przez Ubezpieczającego w celu objęcia go ochroną ubezpieczeniową.
3. W przypadku, gdy Umowę leasingu lub Umowę pożyczki zawarło co najmniej dwóch Klientów, ochroną ubezpieczeniową może być objęty:
 - 1) jeden z Klientów, który spełnia warunki, o których mowa w ust. 1, albo
 - 2) każdy z Klientów, o ile spełnia warunki, o których mowa w ust. 1. W takim przypadku każdy z Klientów składa odrębną Deklarację zgody.
4. Objęcie ochroną ubezpieczeniową Klientów, niespełniających warunków określonych w ust. 1, możliwe jest wyłącznie za zgodą Towarzystwa Ubezpieczeń wyrażoną na podstawie:
 - 1) dostarczonego wypełnionego kwestionariusza medycznego;
 - 2) wykonanych badań lekarskich wskazanych i sfinansowanych przez Towarzystwo Ubezpieczeń lub dostarczonej dodatkowej dokumentacji medycznej.
5. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Klienta, o którym mowa w ust. 4, rozpoczyna się zgodnie z § 7 ust. 1, nie wcześniej jednak niż po akceptacji przez Towarzystwo Ubezpieczeń dokumentów, o których mowa w ust. 4.
6. W przypadku, gdy Klient chciałby zostać objęty ochroną ubezpieczeniową w związku z więcej niż jedną Umową leasingu lub Umową pożyczki, wówczas należy złożyć odrębną Deklarację zgody w związku z każdą umową.
7. W przypadku Umów leasingu, gdzie Kwota leasingu jest wyrażona w innej walucie niż złoty polski (leasingi walutowe) oraz w przypadku leasingów dewizowych, a także w przypadku Umów pożyczki, gdzie Kwota pożyczki jest wyrażona w innej walucie niż złoty polski: Składka oraz Kwota leasingu i Kwota pożyczki wyrażane są w złotych polskich z użyciem kursów walut zastosowanych w danej Umowie leasingu lub Umowie pożyczki dla obliczenia wartości Umowy leasingu lub Umowy pożyczki w dniu Uruchomienia leasingu lub Uruchomienia pożyczki. Wypłata Świadczenia dokonywana jest w złotych polskich, z przeliczeniem waluty leasingu lub pożyczki na złoty polski z użyciem kursów walut zastosowanych w danej Umowie leasingu lub Umowie pożyczki w dniu Uruchomienia leasingu lub Uruchomienia pożyczki.

WYSTĄPIENIE Z UBEZPIECZENIA

§ 5

1. Ubezpieczony w każdym czasie trwania Okresu ubezpieczenia ma prawo złożenia do Towarzystwa Ubezpieczeń lub Ubezpieczającego oświadczenia woli o wystąpieniu z ubezpieczenia w formie pisemnej. Za dzień złożenia oświadczenia woli o wystąpieniu z ubezpieczenia rozumie się dzień otrzymania odpowiednio przez Towarzystwo Ubezpieczeń lub Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia woli o wystąpieniu z ubezpieczenia.
2. W przypadku wystąpienia z ubezpieczenia przez Ubezpieczonego nie ma możliwości ponownego objęcia go ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo Ubezpieczeń na podstawie Umowy ubezpieczenia w związku z tą samą Umową leasingu lub Umową pożyczki.
3. W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową co najmniej dwóch Ubezpieczonych w związku z jedną Umową leasingu lub Umową pożyczki wystąpienie z ubezpieczenia przez jednego z Klientów nie skutkuje zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej względem pozostałych.

CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA, ODSTĄPIENIE I WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 6

1. Umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres jednego roku i jest automatycznie przedłużana na kolejne roczne okresy, o ile żadna ze stron, na co najmniej 90 dni przed upływem okresu na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia, nie złoży drugiej stronie pisemnego oświadczenia woli o nieprzedłużaniu Umowy ubezpieczenia na kolejny okres.
2. Ubezpieczający może rozwiązać Umowę ubezpieczenia w każdym czasie z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia powinno być złożone Towarzystwu Ubezpieczeń na piśmie i doręczone do siedziby Towarzystwa Ubezpieczeń. Termin wypowiedzenia rozpoczyna bieg od miesiąca następującego po miesiącu, w którym oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia wpłynęło do siedziby Towarzystwa Ubezpieczeń.
3. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia lub nieprzedłużenia Umowy ubezpieczenia na kolejny okres, Towarzystwo Ubezpieczeń może obejmować Klientów ochroną ubezpieczeniową wyłącznie do ostatniego dnia okresu wypowiedzenia lub ostatniego dnia okresu na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia – w przypadku nieprzedłużenia jej na kolejny okres.
4. Klienci, którzy złożą Deklarację zgody po dniu, w którym rozwiązana została Umowa ubezpieczenia, nie zostaną objęci ochroną ubezpieczeniową.
5. Rozwiązanie Umowy Ubezpieczenia nie ma wpływu na ochronę ubezpieczeniową udzielaną Ubezpieczonym do

ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, w trakcie którego upłynął okres wypowiedzenia lub w trakcie którego upłynął okres na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia – w przypadku przedłużenia jej na kolejny okres.

6. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od zawarcia Umowy ubezpieczenia.

ROZPOCZĘCIE I ZAKOŃCZENIE OKRESU UBEZPIECZENIA

§ 7

- Okres ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia odpowiednio Uruchomienia leasingu albo Uruchomienia pożyczki, pod warunkiem złożenia podpisanej Deklaracji zgody w terminie, o którym mowa w § 2 pkt 4), i kończy się:
 - w stosunku do Leasingobiorcy objętego ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia – z upływem 10-go dnia następującego po dniu spłaty ostatniego Czynnika leasingowego zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat;
 - w stosunku do Pożyczkobiorcy objętego ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia – z upływem dnia spłaty ostatniej Raty pożyczki zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat.
- Okres ubezpieczenia wygasa:
 - z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia zgodnie z ust. 1;
 - z upływem dnia, w którym Ubezpieczający odstąpił od Umowy ubezpieczenia;
 - z upływem dnia, w którym Ubezpieczony odstąpił odpowiednio od Umowy leasingu lub Umowy pożyczki;
 - z upływem dnia wypowiedzenia odpowiednio Umowy leasingu lub Umowy pożyczki przez Ubezpieczającego;
 - z upływem dnia rozwiązania odpowiednio Umowy leasingu lub Umowy pożyczki;
 - z upływem dnia całkowitej wcześniejszej spłaty odpowiednio leasingu lub pożyczki przed terminem określonym w Pierwotnym harmonogramie spłat – **wyłącznie w przypadku gdy Ubezpieczony nie wyraził zgody w Deklaracji zgody na kontynuację ochrony ubezpieczeniowej po wcześniejszej spłacie odpowiednio Umowy leasingu lub pożyczki;**
 - z upływem ostatniego dnia Miesiąca Okresu ubezpieczenia, w trakcie którego Towarzystwo Ubezpieczeń lub Ubezpieczający otrzymał oświadczenie o wystąpieniu z ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 8);
 - z ostatnim dniem Okresu ubezpieczenia – dotyczy przypadku, gdy Towarzystwo Ubezpieczeń lub Ubezpieczający otrzymał oświadczenie o wystąpieniu z ubezpie-

czenia w zakresie Umowy leasingu w trakcie ostatniego Miesiąca Okresu ubezpieczenia;

- z dniem śmierci Ubezpieczonego;
 - z upływem ostatniego dnia terminu dodatkowego wskazanego w pisemnym wezwaniu Ubezpieczającego do zapłaty Składki, o którym mowa w § 8 ust. 4;
 - z dniem wejścia w życie aneksu do Umowy leasingu lub Umowy pożyczki dotyczącego przekształcenia spółki cywilnej w spółkę handlową – w przypadku, gdy Ubezpieczonymi są wspólnicy tej spółki cywilnej, w zależności od tego, co nastąpiło jako pierwsze.
3. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
- z tytułu Śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW** – po upływie pierwszych 90 dni Okresu ubezpieczenia;
 - z tytułu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego:**
 - z dniem wyczerpania Sumy ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do Pracy,
 - z dniem wydania przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) orzeczenia o uznaniu Ubezpieczonego całkowicie i trwale niezdolnym do wykonywania jakiejkolwiek pracy,
 - w stosunku do Leasingobiorcy objętego ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia – z upływem dnia spłaty ostatniego Czynnika leasingowego zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat;
 - z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu** w stosunku do danego Ubezpieczonego:
 - z dniem wyczerpania Sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu,
 - w stosunku do Leasingobiorcy objętego ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia – z upływem dnia spłaty ostatniego Czynnika leasingowego zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat.

SKŁADKA

§ 8

- Wysokość Składki zależna jest od długości trwania Okresu ubezpieczenia i odpowiednio Kwoty leasingu powiększonej o Wartość wykupu leasingu lub Kwoty pożyczki oraz liczby Klientów objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych Warunków Ubezpieczenia w związku z jedną odpowiednio Umową leasingu lub Umową pożyczki. Składka ustalana jest zgodnie z Taryfą Składek Towarzystwa Ubezpieczeń obowiązującą w dniu podpisania przez Klienta Deklaracji zgody.
- Wysokość Składki ustalona jest na poziomie, który zapewnia co najmniej wykonywanie wszystkich zobowiązań wynikających z Umowy ubezpieczenia oraz pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Towarzystwa Ubezpieczeń.

3. Składka naliczana i opłacana jest przez Ubezpieczającego jednorazowo, z góry.
4. W przypadku braku opłacenia Składki przez Ubezpieczającego za Ubezpieczonych w wyznaczonym terminie, Towarzystwo Ubezpieczeń wzywa Ubezpieczającego do jej zapłaty w terminie nie krótszym niż 7 dni od otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania ze wskazaniem, że brak zapłaty w tym terminie spowoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej wobec tych Ubezpieczonych. Za okres, w którym Towarzystwo Ubezpieczeń udzielało ochrony ubezpieczeniowej należna jest Składka.
5. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem Okresu ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje od Towarzystwa Ubezpieczeń zwrot opłaconej Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminach i na zasadach wskazanych w Umowie ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

§ 9

1. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia odpowiada:
 - 1) w przypadku ubezpieczonych Leasingobiorców –
 - a) kwocie Czyszców leasingowych, pozostałych do spłaty na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego, zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat, powiększonej o Wartość wykupu leasingu oraz Zobowiązania pozostałe, których termin uiszczenia przypada w Dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego – dotyczy przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego do dnia spłaty ostatniego Czyszcza leasingowego zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat,
 - b) Wartości wykupu leasingu – dotyczy przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego po dniu spłaty ostatniego Czyszcza leasingowego zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat;
 - 2) w przypadku ubezpieczonych Pożyczkobiorców – kwocie zadłużenia z tytułu Umowy pożyczki pozostałego do spłaty na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat, powiększonej o Zobowiązania pozostałe.
2. W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową więcej niż jednego Ubezpieczonego w związku z jedną Umową leasingu lub Umową pożyczki, Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci w stosunku do każdego z Ubezpieczonych opowiada Sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci, o której mowa w ust. 1, podzielonej przez liczbę Klientów objętych ochro-

ną ubezpieczeniową w związku z jedną Umową leasingu lub Umową pożyczki.

3. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 13, wypłaci Świadczenie w wysokości równej 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, o której mowa w ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 2.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NW

§ 10

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW w okresie pierwszych 90 dni Okresu ubezpieczenia wynosi 10 000 zł.
2. W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową więcej niż jednego Ubezpieczonego w związku z jedną Umową leasingu lub Umową pożyczki, Suma ubezpieczenia z tytułu Śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW w stosunku do każdego z Ubezpieczonych opowiada Sumie ubezpieczenia z tytułu Śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW, o której mowa w ust. 1, podzielonej przez liczbę Klientów objętych ochroną ubezpieczeniową w związku z jedną Umową leasingu lub Umową pożyczki.
3. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW w okresie pierwszych 90 dni Okresu ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 13, wypłaci Świadczenie w wysokości stanowiącej sumę poniższych wartości:
 - 1) **100%** Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, o której mowa w § 9 ust. 1, z zastrzeżeniem § 9 ust. 2, oraz
 - 2) **100%** Sumy ubezpieczenia z tytułu Śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW, o której mowa w ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 2.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO

§ 11

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia wynosi 50 000 zł.
2. W przypadku Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie:
 - 1) w przypadku ubezpieczonych Leasingobiorców – w wysokości poszczególnych Czyszców leasingowych wymagalnych w okresie Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat,
 - 2) w przypadku ubezpieczonych Pożyczkobiorców – w wysokości poszczególnych Rat pożyczki wymagalnych w okre-

- sie Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat, nie więcej jednak niż 6 000 zł z tytułu jednego Czynnika leasingowego lub jednej Raty pożyczki i do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, o której mowa w ust. 1, z zastrzeżeniem zdania następnego. Z tytułu wystąpienia jednej Czasowej Niezdolności do Pracy Towarzystwo Ubezpieczeń nie wypłaci więcej niż 6 Świadczeń.
- Pierwsze Świadczenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego należne jest po upływie 55 kolejnych dni Czasowej niezdolności do pracy, a każde kolejne Świadczenie należne jest po upływie kolejnych 30 dni niezdolności do pracy.
 - W przypadku, gdy pierwszy dzień Czasowej niezdolności do pracy przypadł w po upływie pierwszych 90 dni Okresu ubezpieczenia, a Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Czasowej niezdolności do pracy przypadł po upływie Okresu ubezpieczenia, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci wyłącznie jedno Świadczenie w wysokości odpowiednio jednego Czynnika leasingowego lub jednej Raty pożyczki niezależnie od tego czy Czasowa niezdolność do pracy trwała nadal.
 - W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową więcej niż jednego Ubezpieczonego w związku z jedną Umową leasingu lub Umową pożyczki Suma ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy w stosunku do każdego z Ubezpieczonych opowiada Sumie ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, o której mowa w ust. 1, podzielonej przez liczbę Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w związku z jedną Umową leasingu lub Umową pożyczki. W takim przypadku Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie na zasadach określonych w ust. 2 – 4, ale nie więcej niż 6 000 zł z tytułu jednego Czynnika leasingowego lub jednej Raty pożyczki podzielone przez liczbę Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w związku z jedną Umową leasingu lub Umową pożyczki i do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, o której mowa w zdaniu poprzednim.
 - W przypadku, gdy w danym okresie Ubezpieczonemu przysługuje prawo do otrzymania Świadczenia zarówno z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, jak również z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń będzie ograniczona wyłącznie do wypłaty Świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu. W przypadku, gdy Ubezpieczonemu zostanie wypłacone Świadczenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy za dany okres i zostanie zgłoszone roszczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu, który miał miejsce w tym samym okresie, za który zostało wypłacone Świadczenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu za ten okres nie będzie należne.

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

§ 12

- Suma ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w Okresie ubezpieczenia wynosi 50 000 zł.
- W przypadku Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie według następujących zasad:
 - jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu trwał nie mniej niż pełne 3 doby i nie więcej niż 29 pełnych dób, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie w wysokości odpowiednio jednego Czynnika leasingowego lub jednej Raty pożyczki zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat;
 - jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu trwał nie mniej niż 30 pełnych dób i nie więcej niż 59 pełnych dób, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenia w wysokości odpowiednio trzech kolejnych Czynnika leasingowego lub trzech kolejnych Rat pożyczki zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat, wliczając wypłacone Świadczenie, o którym mowa w pkt 1);
 - jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu trwał 60 lub więcej pełnych dób, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczeń w wysokości odpowiednio sześciu kolejnych Czynnika leasingowego lub sześciu kolejnych Rat pożyczki zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat, wliczając wypłacone Świadczenia, o których mowa w pkt 1) i 2); nie więcej jednak niż 6 000 zł z tytułu jednego Czynnika leasingowego lub jednej Raty pożyczki i do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, o której mowa w ust. 1, z zastrzeżeniem § 11 ust. 6.
- W przypadku, gdy pierwszy dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu przypadł w Okresie ubezpieczenia, a Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu przypadł po upływie Okresu ubezpieczenia, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci wyłącznie jedno Świadczenie w wysokości odpowiednio jednego Czynnika leasingowego lub jednej Raty pożyczki niezależnie od tego czy Pobyt w Szpitalu trwał nadal.
- W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową więcej niż jednego Ubezpieczonego w związku z jedną Umową leasingu lub Umową pożyczki Suma ubezpieczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu w stosunku do każdego z Ubezpieczonych opowiada Sumie ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, o której mowa w ust. 1, podzielonej przez liczbę Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w związku z jedną Umową leasingu lub Umową pożyczki. W takim przypadku Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie na zasadach określonych w ust. 2 i 3, ale nie więcej niż 6 000 zł z tytułu jednego Czynnika leasingowego

lub jednej Raty pożyczki podzielone przez liczbę Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w związku z jedną Umową leasingu lub Umową pożyczki i do wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, o której mowa w zdaniu poprzednim.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 13

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku:
 - 1) samobójstwa popełnionego w okresie 24 miesięcy od dnia rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia – dotyczy wyłączenie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego;
 - 2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej;
 - 3) czynnego lub biernego Udziału Ubezpieczonego w aktach wojennych;
 - 4) czynnego i niezgodnego z prawem Udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy;
 - 5) czynnego i niezgodnego z prawem Udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach;
 - 6) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miały wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Czasowej niezdolności do pracy, Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, Śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW oprócz przypadków, o których mowa w ust. 1, także jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku:
 - 1) próby samobójstwa;
 - 2) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego;
 - 3) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) Pozostawiania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogenego, odurzającego, pobudzającego w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, a także aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 5) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień lub gdy kierowany przez Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu;
- 6) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
- 7) choroby psychicznej lub choroby umysłowej Ubezpieczonego wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F00 – F99);
- 8) udziału Ubezpieczonego w następujących zajęciach sportowych lub rekreacyjnych: sporty spadochronowe, szymbownictwo, lotniarstwo i paralotniarstwo, baloniarstwo, wspinaczka górską lub skałkowa, żeglarstwo, alpinizm, sporty samochodowe, nurkowanie przy udziale akwalungu, speleologia, sporty motorowodne, motorowe, sporty jeździeckie, skoki na linie, upadki z wysokości powyżej 5 m, w tym wolne spadanie, sporty walki i obronne, kajakerstwo wysokogórskie, narciarstwo (z wyłączeniem rekreacyjnego narciarstwa na wyznaczonych trasach), narciarstwo wodne oraz udział w wyścigach i zawodach w ramach sportów i zajęć określonych w niniejszym punkcie, uczestniczenie w wyprawach survivalowych, o ile powyższe miały wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Czasowej niezdolności do pracy, oprócz przypadków, o których mowa w ust. 1 i 2, także jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku:
 - 1) NW, zaistniałego przed okresem, w którym świadczona jest ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Czasowej niezdolności do pracy zgodnie z § 3 ust. 2 pkt 4) lub § 3 ust. 3 pkt 4);
 - 2) Choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed okresem, w którym świadczona jest ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Czasowej niezdolności do pracy zgodnie z § 3 ust. 2 pkt 4) lub § 3 ust. 3 pkt 4);
 - 3) Choroby, która została zdiagnozowana lub po raz pierwszy była leczona przed okresem, w którym świadczona jest ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Czasowej niezdolności do pracy zgodnie z § 3 ust. 2 pkt 4) lub § 3 ust. 3 pkt 4);
 - 4) wady wrodzonej lub zaburzeń rozwojowych lub schorzenia będącego ich skutkiem, jeżeli zostały one rozpoznane w okresie 3 lat poprzedzających objęcie ochroną ubezpieczeniową;
 - 5) zatrucia się Ubezpieczonego spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii albo nadużywaniem leków;
 - 6) wykonywania pracy w warunkach niezgodnych z przepisami bezpieczeństwa pracy, w tym:
 - a) bez posiadania odpowiednich kwalifikacji lub uprawnień,

- b) niezgodnie z procedurami obowiązującymi przy wykonywaniu danej pracy;
- 7) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, chyba że miały bezpośredni związek z wystąpieniem Zdarzenia ubezpieczeniowego lub NW będącego przyczyną Zdarzenia ubezpieczeniowego, o ile powyższe miały wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, oprócz przypadków, o których mowa w ust. 1 oraz 2, także jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku:
- 1) NW, zaistniałego przed okresem, w którym świadczona jest ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu zgodnie z § 3 ust. 2 pkt 2) lub § 3 ust. 3 pkt 2);
 - 2) Choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed okresem, w którym świadczona jest ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu zgodnie z § 3 ust. 2 pkt 2) lub § 3 ust. 3 pkt 2);
 - 3) Choroby, która została zdiagnozowana lub po raz pierwszy była leczona przed okresem, w którym świadczona jest ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu zgodnie z § 3 ust. 2 pkt 2) lub § 3 ust. 3 pkt 2);
 - 4) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, chyba że miały bezpośredni związek z wystąpieniem Zdarzenia Ubezpieczeniowego lub NW będącego przyczyną Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
 - 5) choroby AIDS Ubezpieczonego lub zarażenia wirusem HIV;
 - 6) przeprowadzenia operacji plastycznej lub zabiegu kosmetycznego, za wyjątkiem przypadków, gdy miały one na celu usunięcie skutków NW zaistniałych w Okresie ubezpieczenia;
 - 7) rekonwalescencji mającej miejsce w okresie urlopu dla poratowania zdrowia lub urlopu zdrowotnego (planowanego leczenia przewidywanego w szczegółowych przepisach resortowych);
 - 8) leczenia dyskopatii lub zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, chorób zwyrodnieniowych stawów, reumatoidalnego zapalenia stawów, chorób stawu kolanowego, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku NW;
 - 9) leczenia przeprowadzonego w klinice medycyny naturalnej;
 - 10) leczenia lub zabiegów stomatologicznych, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku NW, o ile powyższe miały wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW, oprócz przypadków, o których mowa w ust. 1 oraz 2, także jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku NW, zaistniałego przed okresem, w którym świadczona jest ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW zgodnie z § 3 ust. 2 pkt 3) lub § 3 ust. 3 pkt 3).
6. Jeżeli do Zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie lat trzech od dnia złożenia przez Klienta podpisanej Deklaracji zgody, Towarzystwo Ubezpieczeń nie może podnieść zarzutu, że przy przystępowaniu do ubezpieczenia podano wiadomości nieprawdziwe w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego, o którą Towarzystwo Ubezpieczeń pytało w Deklaracji zgody.

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO, TOWARZYSTWA UBEZPIECZEŃ I UBEZPIECZONEGO

§ 14

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do:
- 1) doręczenia osobom zainteresowanym objęciem ochroną ubezpieczeniową Warunków Ubezpieczenia przed podpisaniem przez nie Deklaracji zgody;
 - 2) przekazywania Ubezpieczonemu lub Uprawnionym na ich prośbę, formularzy opracowanych przez Towarzystwo Ubezpieczeń lub Ubezpieczającego związanych z realizacją uprawnień wynikających z Umowy ubezpieczenia;
 - 3) informowania Towarzystwa Ubezpieczeń o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) przekazywania Ubezpieczonemu informacji dotyczących zmiany warunków Umowy ubezpieczenia lub zmiany prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia 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 ubezpieczenia lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia,
 - 5) udzielania Uprawnionym z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego informacji o sposobie i formie zgłaszania roszczeń oraz na ich wniosek przyjmowanie dyspozycji związanych z Umową ubezpieczenia, w tym wniosków o wypłatę Świadczenia wraz z dokumentacją potwierdzającą zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.
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 ubezpieczenia lub zmiany prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia 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 ubezpieczenia;

- 2) wypłaty Świadczenia na zasadach określonych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia;
 - 3) udzielania na wniosek Ubezpieczonego informacji o postanowieniach zawartej Umowy ubezpieczenia oraz Warunków Ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą one praw i obowiązków Ubezpieczonego;
 - 4) sporządzania i publikowania na stronie internetowej Towarzystwa Ubezpieczeń: www.openlife.pl sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa Ubezpieczeń.
3. Ubezpieczony jest zobowiązany zgłaszać bezpośrednio Towarzystwu Ubezpieczeń zmiany danych osobowych i teleadresowych zawartych w Deklaracji zgody.

UPRAWNIONY DO ŚWIADCZENIA

§ 15

1. Ubezpieczony ma prawo do wskazania lub zmiany Uposażonych w każdym czasie trwania Okresu ubezpieczenia.
2. Uposażony, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego traci prawo do Świadczenia. Umyślne przyczynienie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, powinno być potwierdzone prawomocnym wyrokiem sądowym.
3. W razie śmierci Uposażonego przed śmiercią Ubezpieczonego lub też utraty przez niego prawa do Świadczenia, prawo do wypłaty części Świadczenia przypadającej temu Uposażonemu przejmują pozostali Uposażeni, jeżeli zostali wskazani, z zachowaniem wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania w Deklaracji zgody albo dyspozycji zmiany.
4. Jeżeli brak jest wskazania Uposażonego lub jedyny Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub też utracił prawo do Świadczenia, wówczas Świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego Ubezpieczonego według następującej kolejności:
 - 1) współmałżonkowi;
 - 2) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeżeli brak współmałżonka;
 - 3) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak dzieci i współmałżonka;
 - 4) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka;
 - 5) w równych częściach spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej, z wyłączeniem skarbu państwa i gminy ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.
5. W przypadku wskazania dwóch lub więcej Uposażonych suma udziałów procentowych wszystkich Uposażonych nie może przekraczać 100% Świadczenia. Jeżeli suma udziałów

procentowych Uposażonych w Świadczeniu nie jest równa 100%, przyjmuje się, że udziały procentowe tych osób w kwocie Świadczenia są wyznaczone z zachowaniem wzajemnych proporcji wskazanych w Deklaracji zgody albo innych pismach Ubezpieczonego w zakresie zmiany lub wskazania Uposażonych – w przypadku wskazania lub zmiany wskazania Uposażonego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku braku wskazania udziałów procentowych Uposażonych w Świadczeniu przyjmuje się, że udziały procentowe tych osób są równe.

6. Uprawnionym do otrzymania Świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego lub Świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed wypłatą należnego mu Świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego lub Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu – spadkobiercy Ubezpieczonego na zasadach ogólnych.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

§ 16

1. Zawiadomienie o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego można złożyć:
 - 1) pisemnie, wysyłając zawiadomienie na adres: Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna, ul. Przyokopowa 33, 01-208 Warszawa, lub
 - 2) składając zawiadomienie osobiście w siedzibie Towarzystwa Ubezpieczeń przy ul. Przyokopowej 33, 01-208 Warszawa;
 - 3) korzystając z aplikacji na stronie internetowej Towarzystwa Ubezpieczeń: www.openlife.pl.
2. Zawiadomienie o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego można zgłosić za pomocą formularza zgłoszenia roszczenia, który został pomocniczo przygotowany przez Towarzystwo Ubezpieczeń i jest dostępny u Ubezpieczającego oraz na stronie internetowej Towarzystwa Ubezpieczeń: www.openlife.pl.
3. Zawiadomienie o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego mogą zgłosić również spadkobiercy Ubezpieczonego. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak Uprawniony.
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. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego jest zgłoszenie przez Uprawnionego roszczenia oraz przekazanie następujących dokumentów w postaci oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
- 1) w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu **Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego**:
 - a) zwolnienia lekarskiego (w tym, w szczególności ZUS – ZUE),
 - b) dokumentacji medycznej wskazującej przyczynę Czasowej niezdolności do pracy, jeśli miał miejsce pobyt w szpitalu, historia choroby lub karta informacyjna leczenia szpitalnego,
 - c) dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu,
 - d) dokument stwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia,
 - e) Pierwotny harmonogram spłat – dostarcza Ubezpieczający;
 - 2) w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu **śmierci Ubezpieczonego**:
 - a) odpis skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - b) statystyczna karta zgonu lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza określający przyczynę zgonu – dobrowolnie, jeżeli są w posiadaniu uprawnionego,
 - c) dokument stwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia,
 - d) Pierwotny harmonogram spłat – dostarcza Ubezpieczający;
 - 3) w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu **śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW**:
 - a) odpis skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - b) statystyczna karta zgonu lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza określający przyczynę zgonu,
 - c) dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu,
 - d) dokument stwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia,
 - e) Pierwotny harmonogram spłat – dostarcza Ubezpieczający;
 - 4) w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu **Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu**:
 - a) dokumentacja medyczna potwierdzająca rozpoznanie Choroby, wydana przez lekarza prowadzącego,
 - b) karta informacyjna z leczenia Ubezpieczonego w Szpitalu,
 - c) dokumenty potwierdzające okoliczności wypadku np.: z prokuratury, policji, sądu,
 - d) dokument stwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia,
 - e) Pierwotny harmonogram spłat – dostarcza Ubezpieczający.
6. Potwierdzenia dokumentów za zgodność z oryginałem może dokonać: pracownik Towarzystwa Ubezpieczeń, notariusz, adwokat lub radca prawny.
7. 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.
8. W przypadku, gdy dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń i wysokości Świadczenia sporządzone zostały w języku innym niż polski, osoba zgłaszająca roszczenie dostarcza je przetłumaczone na własny koszt na język polski przez tłumacza przysięgłego.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 17

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 udostępni 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 udostępni na żądanie w postaci elektronicznej.
7. Świadczenie wypłacane jest w formie wypłaty jednorazowej przelewem na rachunek bankowy podany w zgłoszeniu roszczenia.

PRZEPISY REGULUJĄCE OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

§ 18

1. W przypadku, gdy Towarzystwo Ubezpieczeń, w związku z wykonaniem któregośkolwiek z zobowiązań wynikających z Umowy ubezpieczenia, obowiązane jest zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa pobrać i odprowadzić jakiegokolwiek kwoty, w tym w szczególności kwoty na poczet zobowiązań podatkowych uprawnionych, kwoty pobrane i odprowadzone przez Towarzystwo Ubezpieczeń pomniejszają kwoty stosownych wypłat dokonywanych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na podstawie Umowy ubezpieczenia.
2. Opodatkowanie zobowiązań Towarzystwa Ubezpieczeń regulują obowiązujące przepisy prawa dotyczące podatku dochodowego, w szczególności przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

REKLAMACJE

§ 19

1. Prawo do złożenia Reklamacji przysługuje będącemu osobą fizyczną Ubezpieczonemu, Uposażonemu lub Uprawnionemu, a także każdemu podmiotowi składającemu lub zamierzającemu złożyć Reklamację, tak indywidualnemu jak i instytucjonalnemu, zarówno temu który korzysta lub korzystał z usług Towarzystwa Ubezpieczeń.
2. Reklamacje można składać:
 - 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 wykorzy-

staniu 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 w jednostce Towarzystwa Ubezpieczeń obsługującej klientów.
3. Zmiana danych teleadresowych Towarzystwa Ubezpieczeń nie wymaga zmiany Warunków Ubezpieczenia. Aktualne dane teleadresowe znajdują się na stronie internetowej www.openlife.pl.
 4. Reklamacja powinna zawierać niezbędny do jej rozpatrzenia zakres danych tj.: imię i nazwisko, adres oraz nr PESEL osoby składającej Reklamację. Osoba składająca Reklamację może dodatkowo podać inne dane pozwalające na jego identyfikację w szczególności: numer Deklaracji zgody.
 5. Złożenie Reklamacji niezwłocznie po powzięciu przez osobę zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie Reklamacji przez Towarzystwo Ubezpieczeń.
 6. Towarzystwo Ubezpieczeń na żądanie osoby składającej Reklamację potwierdza fakt złożenia Reklamacji.
 7. Odpowiedź na Reklamację udzielana jest w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Na wniosek osoby składającej Reklamację odpowiedź może zostać dostarczona pocztą elektroniczną.
 8. 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.
 9. W przypadku szczególnie skomplikowanych spraw, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni Towarzystwo Ubezpieczeń:
 - 1) poinformuje osobę składającą Reklamację o przyczynach opóźnienia;
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
 10. Niezależnie od powyższego trybu 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. Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego: <http://rf.gov.pl/>.
 11. Niezależnie od powyższego trybu osobom, o których mowa w ust. 1, będących konsumentami, przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
 12. Towarzystwo Ubezpieczeń podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 20

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

§ 21

1. Jeżeli w Warunki Ubezpieczenia nie postanowiono inaczej wszystkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia Towarzystwa Ubezpieczeń mające związek z Umową ubezpieczenia wymagają dla swej skuteczności zachowania formy pisemnej.
2. Wszystkie powiadomienia, wnioski i oświadczenia mające związek z Umową ubezpieczenia kierowane do Towarzystwa Ubezpieczeń, z wyjątkiem Reklamacji, wymagają dla swej skuteczności zachowania formy pisemnej lub innej formy uzgodnionej przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego z Towarzystwem Ubezpieczeń.

§ 22

1. Niniejsze Warunki Ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr 2 z dnia 28 lipca 2017 roku przyjętą przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna.
2. Niniejsze Warunki Ubezpieczenia mają zastosowanie w stosunku do osób, które złożą Deklarację zgody poczynawszy od dnia 21 sierpnia 2017 roku.