

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

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1.Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych	§ 2 ust. 1 pkt 8, 10, 18, 24 i 29 Warunków Ubezpieczenia; § 3, w związku z § 2 ust. 1 pkt 10 i 21 Warunków Ubezpieczenia; § 9, w związku z § 2 ust. 1 pkt 3, 5, 12, 18, 19, 21, 22, 26, 27 Warunków Ubezpieczenia; § 10, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 7, 9, 10, 15, 16, 18, 19, 21, 26 i 29 Warunków Ubezpieczenia; § 12, w związku z § 2 ust. 1 pkt 5, 18, 19, 21, 24 i 29 Warunków Ubezpieczenia; § 13, w związku z § 2 ust. 1 pkt 18, 19, 21, 22, 23 i 29 Warunków Ubezpieczenia.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia	§ 2 ust. 1 pkt 1, 2, 4, 7, 8, 9, 13, 14, 17, 20 i 28 Warunków Ubezpieczenia; § 8 ust. 3, w związku z § 2 ust. 1 pkt 16, 19 i 21 Warunków Ubezpieczenia; § 10, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1, 2, 7, 9, 10, 15, 16, 18, 19, 21, 26 i 29 Warunków Ubezpieczenia.

Warunki Ubezpieczenia Grupowego na Życie

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Szanowni Państwo,

Dla Państwa wygody zamieściliśmy w treści Warunków Ubezpieczenia wyjaśnienia, co do poszczególnych postanowień, aby ułatwić ich zrozumienie.

Mamy nadzieję, że przygotowany przez nas program ubezpieczeniowy spełni Państwa wymagania.

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Od Open Life:

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

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

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

Definicje

§ 2

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

1) Akty wojenne:

- a) działania wojenne przez które rozumie się ruchy wojsk, walki zbrojne – zarówno lądowe, morskie, jak i powietrzne – toczące się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, etnicznymi lub religijnymi;
- b) akty terroru, przez co należy rozumieć działanie jakiegokolwiek osoby, lub grupy osób, które zostało podjęte dla celów politycznych, religijnych, ideologicznych lub podobnych, mające na celu wywarcie wpływu na władze państwowe lub zastraszenie całości lub części społeczeństwa;
- c) zamieszki;
- d) rozruchy;
- e) zamach stanu tj. przejęcie władzy politycznej w państwie przez jednostkę lub grupę osób, wbrew obowiązującemu prawu;
- f) przebywanie na terytorium objętym wojną;
- g) wykorzystanie broni nuklearnej, chemicznej lub biologicznej, przez co należy rozumieć:
 - i) wykorzystanie broni nuklearnej oznacza użycie jakiegokolwiek broni lub urządzenia nuklearnego lub emisję, uwolnienie, rozproszenie, zwolnienie lub wyciek materiału rozszczepialnego, który emituje radioaktywność na poziomie, który może spowodować trwałe inwalidztwo lub śmierć;
 - ii) wykorzystanie broni chemicznej oznacza emisję, uwolnienie, rozproszenie, zwolnienie lub wyciek jakiegokolwiek stałego, ciekłego lub gazowego związku chemicznego, który, jeżeli zostanie odpowiednio rozproszony, może spowodować trwałe inwalidztwo lub śmierć;
 - iii) wykorzystanie broni biologicznej oznacza emisję, uwolnienie, rozproszenie, zwolnienie lub wyciek jakiegokolwiek chorobotwórczego mikroorganizmu lub toksyn biologicznych (w tym organizmów modyfikowanych genetycznie oraz toksyn syntetyzowanych chemicznie) które mogą spowodować trwałe inwalidztwo lub śmierć;

2) Akty przemocy, rozruchy, zamieszki:

- a) czynne i niezgodne z prawem czynności fizyczne skierowane bezpośrednio przeciwko innej osobie, w celu zmuszenia jej do poddania się woli lub do określonego zachowania zgodnego z wolą osoby zmuszającej, przez co swoboda woli tej osoby zostaje ograniczona;

- b) czynny i niezgodny z prawem udział w wydarzeniach zaistniałych na terenach objętych rozruchami lub zamieszkami w charakterze strony konfliktu oraz uczestnika takich zdarzeń bądź działalność polegająca na dostarczaniu, przewożeniu systemów, wyposażenia, urządzeń, pojazdów, broni i innych materiałów wykorzystywanych podczas rozruchów i zamieszek;

Od Open Life:

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

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

Od Open Life:

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

- 4) **Choroba** - reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zmian organicznych w tkankach, narządach lub całym organizmie, a także prowadząca do zaburzeń czynnościowych, będących podstawą do postawienia diagnozy/rozpoznania lekarskiego;
- 5) **Deklaracja zgody** – pisemne oświadczenie woli Ubezpieczonego, na mocy którego wyraża on zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia;

Od Open Life:

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

- 6) **Dotychczasowa umowa ubezpieczenia** - umowa grupowego ubezpieczenia na życie na podstawie której dana osoba była objęta ochroną ubezpieczeniową. W rozumieniu Warunków Ubezpieczenia za Dotychczasową umowę ubezpieczenia uznaje się tylko takie umowy grupowego ubezpieczenia na życie z tytułu których ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasła najpóźniej w dniu poprzedzającym Pierwszy dzień Okresu ubezpieczenia. Uznaje się wyłącznie te umowy grupowego ubezpieczenia, które spełniają kryterium ciągłości ochrony ubezpieczeniowej, tj. tylko te na podstawie których była świadczona nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa do dnia objęcia ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia. Potwierdzeniem Dotychczasowej umowy ubezpieczenia jest doręczenie wraz z Deklaracją zgody certyfikatu potwierdzającego dotychczasową ochronę oraz rezygnacji z dotychczasowego ubezpieczenia.
- 7) **Karencja** – okres, w którym odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń ograniczona jest do Zdarzeń ubezpieczeniowych będących wynikiem Nieszczęśliwego wypadku. Okres Karencji liczony jest od Pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia;
- 8) **Krwotok śródmózgowy** - krwawienie do mózgu spowodowane pęknięciem naczynia;
- 9) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia danej osoby zdarzenie, które zaszło w Okresie ubezpieczenia, spowodowane wyłącznie Przyczyną zewnętrzną, będące wyłączną i bezpośrednią przyczyną zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

W rozumieniu Warunków Ubezpieczenia za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się:

- a) Zawału serca,
- b) Udaru mózgu,
- c) Krwotoku śródmózgowego,
- d) Padaczki;

Od Open Life:

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

- 10) **Okres ubezpieczenia** – okres, w którym udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa danemu Ubezpieczonemu na podstawie Umowy ubezpieczenia. Ilekroć w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia mowa o ochronie ubezpieczeniowej, to należy przez to rozumieć ochronę ubezpieczeniową świadczoną na podstawie Umowy

ubezpieczenia, chyba że odpowiednie postanowienia Warunków Ubezpieczenia stanowią inaczej. Ilekroć w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia mowa o Okresie ubezpieczenia, to należy przez to rozumieć okres udzielania ochrony danemu Ubezpieczonemu, na podstawie Umowy ubezpieczenia, w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego regulowanego przez te Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia.

- 11) **Padaczka** - choroba ze skłonnością do występowania napadów, nieprawidłowej aktywności elektrycznej mózgu prowadzącej do napadów o różnorodnej postaci klinicznej;
- 12) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia i jej warunki, wystawiony przez Towarzystwo Ubezpieczeń i doręczony Ubezpieczającemu;
- 13) **Pozostawanie pod wpływem spożytego alkoholu** - stan, w którym:
 - a) zawartość alkoholu we krwi wynosi powyżej 0,2‰, lub
 - b) zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,1 mg alkoholu;
- 14) **Przyczyna zewnętrzna** – czynnik, oddziałujący na organizm danej osoby, który z medycznego punktu widzenia nie może być zakwalifikowany, jako Choroba ani jako czynnik chorobotwórczy (będący bakterią, wirusem lub pasożytem wywołującym chorobę danej osoby);
- 15) **Rocznica Umowy ubezpieczenia** – dzień odpowiadający dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, w każdym kolejnym roku kalendarzowym, po dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia. Jeżeli Rocznicą Umowy ubezpieczenia wyznaczona zgodnie z zasadami określonymi w zdaniu poprzednim miałaby przypadać w innym dniu niż pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego, to za dzień Rocznicy Umowy ubezpieczenia uznaje się pierwszy dzień następnego miesiąca kalendarzowego;

Od Open Life:

Proszę zwrócić uwagę, że Rocznicą Umowy ubezpieczenia przypada zawsze pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego niezależnie od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia.

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

Od Open Life:

Tekst Warunków Ubezpieczenia a także informacje zawarte we Wniosku i potwierdzone w Polisie stanowią treść Umowy ubezpieczenia. Warunki Ubezpieczenia są doręczane każdemu Ubezpieczonemu przed podpisaniem Deklaracji zgody.

Proszę zwrócić uwagę, że w niektórych Umowach ubezpieczenia mogą mieć zastosowanie indywidualne uzgodnienia, o które wnioskował Ubezpieczający, które zostaną przez nas potwierdzone w Polisie i powinny zostać także doręczone Państwu, w celu zapoznania, przed podpisaniem Deklaracji zgody.

W razie wątpliwości proszę kontaktować się z Ubezpieczającym.

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

Od Open Life:

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

- 25) **Wariant dodatkowy**- zakres ochrony ubezpieczeniowej, sumy ubezpieczenia i składki wybierane w Deklaracji zgody i potwierdzone w Certyfikacie. Osoba zainteresowana ochroną ubezpieczeniową wskazuje w Deklaracji zgody Wariant dodatkowy, w zakresie którego chce objąć ochroną Członków rodziny. Ubezpieczony ma możliwość wyboru więcej niż jednego Wariantu dodatkowego, poprzez wskazanie w Deklaracji zgody ilości wybranych Wariantów Dodatkowych. Zmiana bądź dokupienie Wariantu dodatkowego możliwe jest w dniu zmiany Wariantu ochrony;
- 26) **Wariant ochrony** – zakres ochrony ubezpieczeniowej, sumy ubezpieczenia i składki wybierane w Deklaracji zgody i potwierdzone w Certyfikacie. Osoba zainteresowana ochroną ubezpieczeniową wskazuje w Deklaracji zgody Wariant ochrony, w zakresie którego chce być objęta ochroną. Późniejsze dokonanie zmiany przynależności Ubezpieczonego do Wariantu ochrony możliwe jest w każdą kolejną Rocznicę Umowy ubezpieczenia, pod warunkiem złożenia odpowiedniego oświadczenia Towarzystwu Ubezpieczeń przez Ubezpieczonego przed tym dniem. W przypadku spełnienia wymagań, o których mowa w zdaniu poprzednim, zmiana Wariantu ochrony jest skuteczna na dzień Rocznicę Umowy ubezpieczenia;

Od Open Life:

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

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

Wyboru Wariantu ochrony dokonują Państwo w Deklaracji zgody.

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Zawarcie Umowy ubezpieczenia

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest w trybie złożenia oferty zawarcia Umowy ubezpieczenia, w formie Wniosku i jej zaakceptowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń.
2. Podmiot, który zamierza zawrzeć z Towarzystwem Ubezpieczeń Umowę ubezpieczenia, składa Wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający w treści Wniosku (w tym w załącznikach, stanowiących jego integralną część) składa oświadczenia woli i wiedzy, dotyczące w szczególności:
 - 1) wnioskowanego zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości sum ubezpieczenia i Składek, które mają mieć zastosowanie w Umowie ubezpieczenia,
 - 2) proponowanego początku odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń na podstawie Umowy ubezpieczenia,
 - 3) wnioskowanych postanowień dodatkowych lub odstępstw od Warunków Ubezpieczenia lub Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (inaczej postanowienia szczególne, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 23).
4. Ponadto Ubezpieczający wybiera w treści Wniosku tryb płatności składki:
 - 1) Indywidualny, albo
 - 2) Grupowy.

Szczegółowe zasady funkcjonowanie poszczególnych trybów są opisane w § 8.
5. Warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest złożenie poprawnie uzupełnionego i podpisanego Wniosku.
6. Towarzystwo Ubezpieczeń potwierdza zawarcie Umowy ubezpieczenia Polisą.
7. Towarzystwo Ubezpieczeń ma prawo odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia.

Czas trwania Umowy ubezpieczenia, odstąpienie od Umowy ubezpieczenia i jej wypowiedzenie

§ 5

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

Od Open Life:

Data zawarcia Umowy ubezpieczenia jest data akceptacji złożonego Wniosku i będzie ona potwierdzona w Polisie.

Proszę zwrócić uwagę, iż zasadą jest, że Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 1 roku. Jednakże okres, na jaki została zawarta umowa zostanie wydłużony do końca miesiąca kalendarzowego, w którym upływa roczny termin jej zawarcia.

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

Od Open Life:

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

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

Warunki objęcia ochroną ubezpieczeniową

§ 6

1. Ochroną ubezpieczeniową zostanie objęta osoba pod warunkiem, że na dzień podpisania Deklaracji zgody łącznie spełnia następujące warunki:
 - 1) ma ukończony 18. rok życia i nie ma ukończonego 69. roku życia,
 - 2) ma miejsce zamieszkania na terenie Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 3) ma obywatelstwo polskie, zastrzeżeniem ust 3 poniżej,
 - 4) nie przebywa na zwolnieniu lekarskim, urlopie macierzyńskim, urlopie bezpłatnym lub urlopie wychowawczym, w szpitalu, hospicjum lub nie orzeczono wobec niej niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem ust 1¹,
 - 5) opłacenia Składki oraz doręczenia Deklaracji zgody, o czym mowa w § 7 ust.1.

1¹. Ochroną ubezpieczeniową zostaną objęte również osoby, które w dniu podpisania Deklaracji zgody przebywają na urlopie macierzyńskich/rodzicielskich lub wychowawczych pod warunkiem, że były objęte ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia.

Od Open Life:

Wspomniane przesłanki są weryfikowane na dzień podpisania Deklaracji zgody.

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

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

Rozpoczęcie i zakończenie ochrony ubezpieczeniowej**§ 7**

1. Osoba spełniająca warunki, o których mowa w § 5, zostanie objęta ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia od 1. dnia miesiąca kalendarzowego następującego po spełnieniu poniższych warunków (Pierwszy dzień Okresu ubezpieczenia):
 - 1) Składka została opłacona przed Pierwszym dniem Okresu ubezpieczenia na numer konta bankowego wskazany w Deklaracji zgody,
 - 2) Poprawnie uzupełniona i podpisana Deklaracja zgody została złożona Towarzystwu Ubezpieczeń przed Pierwszym dniem Okresu ubezpieczenia;
2. W przypadku bezskutecznego upływu terminu na doręczenie poprawnie uzupełnionej i podpisanej Deklaracji zgody do siedziby Towarzystwa Ubezpieczeń, Towarzystwo Ubezpieczeń wezwie Ubezpieczonego do uzupełnienia braków w terminie określonym w wezwaniu, pod rygorem nieudzielenia ochrony.
3. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:
 - 1) z dniem rozwiązania Umowy ubezpieczenia,
 - 2) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - 3) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w następstwie złożonej rezygnacji Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej,
 - 4) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, za jaki została opłacona Składka, w którym Ubezpieczony ukończył 69. rok życia;
 - 5) w przypadku braku opłacenia Składki w wymaganym terminie, po upływie terminu przewidzianego w wezwaniu Ubezpieczającego do zapłaty Składki, zgodnie z postanowieniami § 8 Warunków Ubezpieczenia, w zależności od tego, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.

Od Open Life:

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

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

Składka**§ 8**

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty Składki z częstotliwością miesięczną, do ostatniego dnia poprzedzającego okres, za który jest należna. Za dzień zapłaty Składki uznaje się dzień wpływu środków na rachunek bankowy Towarzystwa Ubezpieczeń wskazany w Deklaracji zgody. W przypadku wpływu Składki za dany miesiąc kalendarzowy na rachunek wskazany w Deklaracji zgody uznaje się, że Składka została opłacona.
2. W przypadku braku opłacenia Składki w wymaganym, Towarzystwo Ubezpieczeń wezwie Ubezpieczonego do zapłaty Składki wyznaczając dodatkowy termin wynoszący co najmniej 7 dni od dnia doręczenia wezwania na opłacenie Składki. Towarzystwo Ubezpieczeń w wezwaniu informuje Ubezpieczonego, że bezskuteczny upływ terminu na opłacenie składki będzie skutkować zakończeniem ochrony. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do osoby, za którą została opłacona składka jest kontynuowana na dotychczasowych warunkach.
3. W przypadku nadpłaty Składki, środki z niej pochodzące nie są oprocentowane i zostaną zaliczone na poczet kolejnych Składek w terminach ich wymagalności.

4. Wartość należnej Składki obliczana jest w oparciu o okres, na który została zawarta Umowa ubezpieczenia, wysokość sumy ubezpieczenia, a także z uwzględnieniem kosztów ponoszonych przez Towarzystwo Ubezpieczeń w związku z zawarciem oraz wykonaniem Umowy ubezpieczenia.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń zwróci Ubezpieczonemu Składkę za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

Suma ubezpieczenia i wysokość Świadczeń ubezpieczeniowych

§ 9

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

Od Open Life:

Pamiętaj, aby przed podpisaniem Deklaracji zgody zapoznać się z oferowanym zakresem, sumami ubezpieczenia a także Składkami. Jeżeli masz jakiegokolwiek wątpliwości spytaj Ubezpieczającego o dostępne Warianty ochrony.

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

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

§ 10

1. W zakresie ryzyka śmierci Ubezpieczonego w stosunku do każdego Ubezpieczonego zastosowanie ma Karencja. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.
 - 1¹. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Postanowienie ma wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie Karencja.
 - 1². Postanowienia ust. 1¹ mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.

Od Open Life:

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

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

Od Open Life:

Powyższe postanowienie reguluje ograniczenie naszej odpowiedzialności związanej ze zmianą Wariantu ochrony. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia przewiduje kilka wariantów ochrony to istnieje możliwość jego zmiany (ale tylko w Rocznicę).

Jednakże gdy w wyniku zmiany dojdzie do podwyższenia sumy ubezpieczenia co do tej nadwyżki ma zastosowanie Karencja.

3. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego, która nastąpiła w wyniku:
 - 1) samobójstwa popełnionego w ciągu 6 miesięcy od Pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,

- 2) Aktów wojennych, aktów przemocy, rozruchów, zamieszek o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 3) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Od Open Life:

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

Prawa i obowiązki Stron Umowy ubezpieczenia

§ 11

1. Ubezpieczający jest zobowiązany w szczególności do:
 - 1) Doręczania Ubezpieczonemu na trwałym nośniku Warunków Ubezpieczenia oraz Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia (na podstawie których została zawarta Umowa ubezpieczenia) przed wyrażaniem przez nich zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową,
 - 2) Informowania Towarzystwa Ubezpieczeń o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego niezwłocznie po otrzymaniu takiej informacji,
 - 3) Przekazywania Ubezpieczonemu informacji dotyczących zmiany warunków Umowy ubezpieczenia lub zmiany prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia oraz informacji o wysokości Świadczeń ubezpieczeniowych, przy czym informacje te 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,
 - c) niezwłocznie po przekazaniu informacji Ubezpieczającemu przez Towarzystwo Ubezpieczeń – w przypadku informacji o wysokości Świadczeń ubezpieczeniowych.
 - 4) Przekazania osobie zainteresowanej przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia informacji o:
 - a) firmie Towarzystwa Ubezpieczeń oraz jego siedzibie;
 - b) charakterze wynagrodzenia, w rozumieniu ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, otrzymywanego w związku z proponowanym przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia;
 - c) możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozpatrywania sporów.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń jest zobowiązane w szczególności do:
 - 1) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych Umową ubezpieczenia,
 - 2) przekazywania Ubezpieczającemu, a Ubezpieczonemu na jego żądanie, na piśmie, lub jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę na innym trwałym nośniku, w tym również za pomocą środków komunikacji elektronicznej - informacji dotyczących zmiany warunków Umowy lub zmiany prawa właściwego dla Umowy oraz informacji o wysokości Świadczeń ubezpieczeniowych, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń ubezpieczeniowych przysługujących z tytułu Umowy. Informacje te zostaną przekazane Ubezpieczającemu przed wyrażeniem przez niego zgody na dokonanie takich zmian,
 - 3) wypłacania Świadczenia ubezpieczeniowego na zasadach określonych Warunkach Ubezpieczenia,
 - 4) udzielania, na wniosek Ubezpieczonego, informacji o postanowieniach zawartej Umowy ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą one praw i obowiązków Ubezpieczonego,
 - 5) sporządzania i publikowania na stronie internetowej Towarzystwa Ubezpieczeń www.openlife.pl sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa Ubezpieczeń.

Uprawniony do Świadczenia ubezpieczeniowego

§ 12

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

Od Open Life:

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

3. Uposażony nabywa prawo do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego z chwilą śmierci Ubezpieczonego z zastrzeżeniem ust.8.
4. W razie śmierci Uposażonego przed śmiercią Ubezpieczonego lub też utraty przez niego prawa do Świadczenia ubezpieczeniowego, prawo do wypłaty części Świadczenia ubezpieczeniowego przypadającej temu Uposażonemu, przejmują pozostali Uposażeni, jeżeli zostali wskazani, z zachowaniem wzajemnych proporcji wynikających ze złożonych oświadczeń, o których mowa w ust. 2, albo oświadczenia o zmianie, o którym mowa w ust. 9.
5. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub też utracił on prawo do Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego, wówczas Świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:

- 1) współmałżonkowi,
- 2) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeżeli brak współmałżonka,
- 3) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak dzieci i współmałżonka,
- 4) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka,
- 5) spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej, z wyłączeniem Skarbu Państwa i gminy ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, w udziałach ustalonych na podstawie przepisów prawa spadkowego.
6. W razie wskazania jednego Uposażonego, otrzymuje on całe należne Świadczenie ubezpieczeniowe.
7. W przypadku, gdy Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego, suma udziału procentowego nie może przekroczyć 100. Jeżeli suma procentowego udziału Uposażonych w Świadczeniu ubezpieczeniowym nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie Świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego są wyznaczone z zachowaniem wzajemnych proporcji wskazanych w oświadczeniu, o którym mowa w ust. 2, albo oświadczeniu o zmianie, o którym mowa w ust. 9.
8. Uposażony, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, traci prawo do Świadczenia ubezpieczeniowego.
9. Ubezpieczony ma prawo do zmiany wskazania Uposażonego w każdym czasie trwania okresu ochrony ubezpieczeniowej. Oświadczenie o zmianie wskazania Uposażonego jest skuteczne z dniem doręczenia go Towarzystwu Ubezpieczeń.

Zgłoszenie roszczenia

§ 13

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Towarzystwo Ubezpieczeń informuje o tym:
 - 1) Ubezpieczającego, lub
 - 2) Ubezpieczonego – w przypadku Zdarzeń ubezpieczeniowych dotyczących zdrowia Ubezpieczonego,
 jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego Zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. Zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia Ubezpieczeniowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z Umowy ubezpieczenia.
2. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie:
 - 1) odpisu aktu zgonu;
 - 2) karty zgonu Ubezpieczonego lub dokumentacji medycznej stwierdzającej przyczynę śmierci Ubezpieczonego – jeśli są w posiadaniu uprawnionego;
 - 3) kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 4) W przypadku, gdy Warunki Ubezpieczeń lub Warunki Dodatkowych Ubezpieczeń uzależniają odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń lub wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia informacji określonych w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia - dokument potwierdzający wysokości Świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, datę początku podlegania ochronie ubezpieczeniowej z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia oraz jej zakres, a także dokument potwierdzający wystąpienie z Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, o ile dokumenty te nie zostały doręczone do siedziby Towarzystwa przed dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego. W przypadku niedoręczenia lub niemożności doręczenia przez osobę uprawnioną dokumentów, o których mowa w zdaniu poprzednim, uznaje się że nie była ona objęta ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń może zażądać potwierdzenia kopii dokumentów za zgodność z oryginałem. Potwierdzenia dokumentów za zgodność z oryginałem może dokonać: osoba upoważniona przez Ubezpieczającego do obsługi ubezpieczenia (Przedstawiciel Ubezpieczającego), pracownik Towarzystwa Ubezpieczeń, notariusz, adwokat lub radca prawny.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń ma prawo zwrócić się o dostarczenie dodatkowej dokumentacji niezbędnej do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.
5. W przypadku, gdy dokumenty, o których mowa w ust. 2 powyżej, sporządzone zostały w języku innym niż polski, osoba zgłaszająca roszczenie dostarcza je przetłumaczone na własny koszt na język polski przez tłumacza przysięgłego.

Wypłata Świadczenia ubezpieczeniowego

§ 14

1. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaca Świadczenie ubezpieczeniowe w ciągu 30 dni licząc od daty zawiadomienia go o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku, gdy w terminie, o którym mowa w ust. 1, wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego okaże się niemożliwe, Towarzystwo Ubezpieczeń zawiadamia na piśmie:
 - 1) osobę zgłaszającą roszczenie, oraz
 - 2) Ubezpieczonego - jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie,
 – o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
3. W przypadku, gdy w terminie, o którym mowa w ust. 1, wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego okaże się niemożliwe, Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaca w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
4. Jeżeli Świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo Ubezpieczeń informuje o tym na piśmie:

- 1) osobę występującą z roszczeniem, oraz
- 2) Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie,
- wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego. Osoba uprawniona ma prawo dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń udostępni Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego. Informacje i dokumenty, o których mowa w zdaniu poprzednim, Towarzystwo Ubezpieczeń udostępnia, na żądanie, w postaci elektronicznej. Jednakże Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Towarzystwo Ubezpieczeń udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Towarzystwo Ubezpieczeń.
6. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest w formie wypłaty jednorazowej przelewem na rachunek bankowy podany w zgłoszeniu roszczenia.

Od Open Life:

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

Reklamacje

§ 15

1. 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, przy wykorzystaniu formularza na stronie internetowej Towarzystwa Ubezpieczeń (www.openlife.pl) lub za pośrednictwem Serwisu Internetowego (wyłącznie Klienci posiadający dostęp do Serwisu Internetowego),
 - 3) ustnie: telefonicznie pod numerem Infolinii: 801 222 333 lub +48 22 101 41 60 albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w siedzibie Towarzystwa Ubezpieczeń.
2. Zmiana danych teleadresowych Towarzystwa Ubezpieczeń nie wymaga zmiany Warunków Ubezpieczenia. Aktualne dane teleadresowe znajdują się na stronie internetowej www.openlife.pl.
3. Reklamacja może być złożona przez pełnomocnika dysponującego oryginałem pełnomocnictwa udzielonym w zwykłej formie pisemnej lub kopią pełnomocnictwa poświadczoną za zgodność z oryginałem przez adwokata, radcę prawnego, osobę wykonującą czynności agencyjne w imieniu Agenta, pracownika Ubezpieczającego, Brokera, Towarzystwa Ubezpieczeń lub notariusza.
4. Reklamacja powinna zawierać niezbędny do jej rozpatrzenia zakres danych tj.: imię i nazwisko, numer polisy/wniosku/deklaracji oraz adres korespondencyjny lub adres e-mail.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń na żądanie Klienta potwierdza fakt złożenia Reklamacji – w formie pisemnej, elektronicznej lub telefonicznie (zgodnie z wnioskiem Klienta).
6. Odpowiedź na Reklamację udzielana jest w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika. Na wniosek Klienta odpowiedź może zostać dostarczona pocztą elektroniczną.
7. Odpowiedź na Reklamację udzielana jest bez zbędnej zwłoki i 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 przypadkach szczególnie skomplikowanych, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo Ubezpieczeń:
 - 1) poinformuje Klienta o przyczynach opóźnienia,
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
9. Klient może pisemnie odwołać się od otrzymanej decyzji do kierownika odpowiedzialnego za obsługę procesu reklamacji, a następnie do dyrektora Departamentu Obsługi Klienta Towarzystwa Ubezpieczeń.
10. Niezależnie od powyższego trybu Klientowi przysługuje prawo wniesienia skargi do Rzecznika Finansowego oraz 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 Warunków Ubezpieczenia, adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: <http://rf.gov.pl/>.
11. W zakresie powstałego sporu z Towarzystwem Ubezpieczeń możliwe jest przeprowadzenie postępowania mediacyjnego w Centrum Mediacji Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego. Ugoda zawarta przed mediatorem w takim postępowaniu ma moc ugody sądowej po zatwierdzeniu jej przez sąd. Warunki formalne i szczegóły przebiegu mediacji znajdują się na stronie internetowej Komisji Nadzoru Finansowego pod adresem www.knf.gov.pl.
12. Klientowi, który jest konsumentem przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do miejskiego lub powiatowego rzecznika konsumentów.
13. Towarzystwo Ubezpieczeń podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
1. Prawo do złożenia Reklamacji przysługuje Klientowi, będącemu osobą fizyczną Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu lub uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia a także każdemu podmiotowi składającemu lub zamierzającemu złożyć Reklamację, tak indywidualnemu jak i instytucjonalnemu, zarówno temu który korzysta lub korzystał z usług Towarzystwa Ubezpieczeń (zwany dalej Klientem).
2. W rozumieniu Warunków Ubezpieczenia za Reklamację uznaje się wystąpienie skierowane do Towarzystwa Ubezpieczeń przez Klienta lub inną osobę uprawnioną, w którym Klient lub inna osoba uprawniona zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo Ubezpieczeń.
3. Klienci mogą zgłaszać Reklamacje:

- 1) pisemnie: osobiście w jednostce Towarzystwa Ubezpieczeń obsługującej Klientów albo przesyłką pocztową, adres: ul. Przyokopowa 33, 01-208 Warszawa,
 - 2) w formie elektronicznej: za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres info@openlife.pl albo przy wykorzystaniu formularza na stronie internetowej Towarzystwa Ubezpieczeń,
 - 3) ustnie: telefonicznie pod numerem infolinii 801 222 333 lub +48 22 101 41 60 albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w jednostce Towarzystwa Ubezpieczeń obsługującej Klientów.
4. Zmiana danych teleadresowych Towarzystwa Ubezpieczeń nie wymaga zmiany Warunków Ubezpieczenia. Aktualne dane teleadresowe znajdują się na stronie internetowej www.openlife.pl.
5. Reklamacja może być złożona przez pełnomocnika, kuriera lub posłańca.
6. Reklamacja powinna zawierać niezbędny do jej rozpatrzenia zakres danych tj.: imię i nazwisko, adres oraz nr PESEL Klienta. Klient może dodatkowo podać inne dane pozwalające na jego identyfikację w szczególności: numer polisy.
7. Złożenie Reklamacji niezwłocznie po powzięciu przez Klienta zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie Reklamacji przez Towarzystwo Ubezpieczeń.
8. Towarzystwo Ubezpieczeń na żądanie Klienta potwierdza fakt złożenia Reklamacji.
9. Odpowiedź na Reklamację udzielana jest w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Na wniosek Klienta odpowiedź może zostać dostarczona pocztą elektroniczną.
10. Odpowiedź na Reklamację udzielana jest bez zbędnej zwłoki jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń odpowiedzi przed jego upływem. Na dzień zatwierdzenia niniejszych Warunków Ubezpieczenia, adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: <http://rf.gov.pl/>
11. W przypadku szczególnie skomplikowanych spraw, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni Towarzystwo Ubezpieczeń:
- 4) poinformuje Klienta o przyczynach opóźnienia,
 - 5) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
 - 6) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
12. Niezależnie od powyższego trybu Klientowi przysługuje prawo wniesienia skargi do Rzecznika Finansowego, a także wystąpienia z wnioskiem o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami podmiotów rynku finansowego a tymi podmiotami.
13. Niezależnie od powyższego trybu Klientowi, który jest konsumentem przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta
14. Towarzystwo Ubezpieczeń podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Informacja Podatkowa

§ 16

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

Klauzula informacyjna o przetwarzaniu danych osobowych

§ 17

1. [Administrator danych]

Administratorem danych osobowych jest Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (kod: 01 -208), ul. Przyokopowa 33. Z Administratorem danych można się skontaktować poprzez: formularz kontaktowy pod adresem <https://new.openlife.pl/kontakt/>, adres email: info@openlife.pl, telefonicznie pod numerem: 801 222 333 lub +48 22 101 41 60 od poniedziałku do piątku w dni powszednie w godzinach 8:00 – 19:00 lub pisemnie na adres siedziby Administratora danych.

2. [Inspektor Ochrony Danych]

U Administratora danych wyznaczony jest Inspektor Ochrony Danych Z Inspektorem można skontaktować się poprzez kontakt na adres: iod@openlife.pl lub przesyłając pismo na adres: Inspektor Ochrony Danych Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna, ul. Przyokopowa 33, 01 -208 Warszawa.

3. [Cele przetwarzania, podstawy prawne przetwarzania i prawnie uzasadnione interesy realizowane przez Administratora danych]

Towarzystwo Ubezpieczeń będzie przetwarzać dane osobowe, w celu:

- 1) przystąpienia do Umowy ubezpieczenia grupowego, i jej wykonanie w tym dokonanie oceny ryzyka ubezpieczeniowego – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wykonania Umowy ubezpieczenia grupowego, lub do podjęcia działań na żądanie osoby której dane dotyczą przed przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia grupowego lub niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze danych; w zakresie przetwarzania danych o stanie zdrowia podstawą prawną przetwarzania jest zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia;
- 2) ocena ryzyka ubezpieczeniowego w sposób zautomatyzowany, w tym w ramach profilowania przed przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia grupowego - podstawą prawną przetwarzania jest zgoda na przetwarzanie danych, w tym danych o stanie zdrowia w sposób zautomatyzowany, w tym w ramach profilowania przed zawarciem Umowy ubezpieczenia grupowego;
- 3) wypełnienia przez Administratora danych obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze danych wynikającego z przepisów ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu;

- 4) wypełnienia przez Administratora danych obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze danych wynikającego z przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowej z innymi państwami;
- 5) marketingu produktów własnych Administratora danych - podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora danych w przypadku osób, które przystąpiły do Umowy ubezpieczenia grupowego na moment wykonywania czynności marketingu bezpośredniego. Prawnym uzasadnionym interesem Administratora danych jest marketing bezpośredni produktów lub usług własnych Administratora danych;
- 6) na potrzeby profilowania w celu marketingu produktów własnych dla określenia preferencji lub potrzeb w zakresie Umów ubezpieczenia i przedstawienia odpowiedniej oferty w oparciu o profilowanie - podstawą prawną przetwarzania jest zgoda;
- 7) reasekuracji ryzyk - podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora danych; uzasadnionym interesem Administratora danych jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z Umową ubezpieczenia grupowego, do której osoba, której dane dotyczą przystępuje.
- 8) ewentualnego podejmowania czynności związanych z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym w przypadku podejrzenia popełnienia przestępstwa na szkodę Towarzystwa Ubezpieczeń w celu i zakresie niezbędnym do zapobiegania temu przestępstwu - podstawą prawną przetwarzania jest wypełnienie przez Administratora danych obowiązków wynikających z ustawy o działalności ubezpieczeniowej lub reasekuracyjnej, lub niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora danych; uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość zapobiegania i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna;
- 9) ewentualnego dochodzenia roszczeń związanych z Umową ubezpieczenia, grupowego - podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora danych; uzasadnionym interesem Administratora danych jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń.

4. [Odbiorcy danych osobowych]

Odbiorcami danych osobowych mogą być dostawcy usług Assistance będących przedmiotem ubezpieczenia, zakłady reasekuracji, Komisja Nadzoru Finansowego, Rzecznik Finansowy, organy administracji państwowej na podstawie i w granicach obowiązujących przepisów prawa, z których wynika obowiązek udostępnienia danych, Generalny Inspektor Informacji Finansowej, Szef Krajowej Administracji Skarbowej, kancelarie prawne świadczące usługi prawne na rzecz Administratora danych. Dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym te dane na zlecenie Administratora danych, w szczególności Agentom obsługującym Umowę ubezpieczenia grupowego, brokerom, dostawcom usług IT, podmiotom świadczącym usługi archiwizacji dokumentów, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z Administratorem danych w sposób zgodny z poleceniami Administratora.

5. [Przekazywanie danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej]

Dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorców w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

6. [Przechowywanie danych osobowych]

Dane osobowe przechowywane będą do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia grupowego lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących Umowy ubezpieczenia grupowego, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami. W przypadku złożenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych dla celów marketingu bezpośredniego, w tym profilowania, Administrator danych przestanie przetwarzać dane osobowe przetwarzane wcześniej dla tych celów, chyba że wykaże istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby której dane dotyczą lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub ochrony roszczeń. W przypadku jeżeli podstawą przetwarzania jest zgoda osoby, której dane dotyczą, w razie jej wycofania, Administrator danych przestanie przetwarzać dane osobowe przetwarzane wcześniej na podstawie zgody.

7. [Prawa osoby, której dane dotyczą]

Osobie której dane dotyczą przysługuje prawo żądania od Administratora dostępu do swoich danych osobowych oraz ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia przetwarzania. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu realizowanego przez Administratora danych lub przez stronę trzecią, osobie której dane dotyczą przysługuje prawo do wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania dotyczących jej danych osobowych. W szczególności osobie której dane dotyczą przysługuje prawo do wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania. W zakresie, w jakim dane osobowe osoby, której dane dotyczą są przetwarzane w celu przystąpienia do i wykonania Umowy ubezpieczenia grupowego lub przetwarzania na podstawie zgody a przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany – osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo żądania od Administratora danych przeniesienia swoich danych osobowych. Realizacja tego prawa polega na możliwości żądania przekazania przez Administratora danych osobowych osobie, której dane dotyczą w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Osoba, której dane dotyczą może przesłać te dane innemu Administratorowi danych lub ma prawo żądania od Administratora danych przesłania swoich danych osobowych bezpośrednio innemu Administratorowi danych, o ile jest to technicznie możliwe. W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych lub Inspektorem Ochrony Danych w sposób wskazany w punktach 1 i 2 powyżej.

8. [Prawo do wycofania zgody]

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest zgoda, osoba, której dane dotyczą ma prawo wycofania zgody w każdym czasie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody do czasu jej wycofania. W celu wycofania zgody należy skontaktować się z Administratorem danych lub Inspektorem Ochrony Danych w sposób wskazany w punktach 1 i 2 powyżej.

9. [Prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego]

Osobie, której dane dotyczą przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochrona danych osobowych (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

10. [Dobrowolność lub obowiązek podanie danych i ich konsekwencje]

Podanie danych osobowych, w związku z Umową ubezpieczenia grupowego, do której osoba, której dane dotyczą przystępuje, jest dobrowolne, lecz niezbędne do przystąpienia do niej i wykonania Umowy ubezpieczenia grupowego. W przypadku niepodania danych osobowych w zakresie wskazanym w Deklaracji zgody lub kwestionariuszu medycznym, zgodnie z zapisami Warunków Ubezpieczenia, nie może dojść do objęcia ochroną ubezpieczeniową przez Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie SA. Podanie danych osobowych na potrzeby profilowania w celu marketingu produktów własnych dla określenia preferencji lub potrzeb w zakresie umów ubezpieczeń przedstawienia odpowiedniej oferty w oparciu o profilowanie oraz zgody na kontakt w celach marketingowych drogą elektroniczną bądź poprzez telefoniczne połączenia głosowe lub sms są dobrowolne i niezależne od przystąpienia i wykonania Umowy ubezpieczenia grupowego.

Postanowienia końcowe

§ 18

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

§ 19

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

§ 20

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 20 września 2018 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

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

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1.Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych	§ 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 11), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia. § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 3), 6), 11), 12), 25), 26), 28), 31), 32) i 33) Warunków Ubezpieczenia, § 6 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 11), 25), 26) i 28) Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 12), 25) i 37) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26), 28), 29) i 37) Warunków Ubezpieczenia,
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 11), 26), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 11) Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 7), 8), 11), 12), 22), 25), 26), 28), 29), 30), 33) i 37) Warunków Ubezpieczenia,

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (kod warunków: UG_SNW/12/15/)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Okres ochrony ubezpieczeniowej

§ 4

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

Suma ubezpieczenia i wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego

§ 5

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

Dokumenty do zgłoszenia roszczenia

§ 6

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

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 7

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

Postanowienia końcowe

§ 8

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

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 1 grudnia 2017 roku...
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 15 grudnia 2017 roku.

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

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1.Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 11), Warunków Ubezpieczenia, § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 11), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia. § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 3), 6), 11), 12), 25), 26), 28), 31), 32) i 33) Warunków Ubezpieczenia, § 6, Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 11), 25), 26) i 28) Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 12), 25) i 37) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26), 28), 29) i 37) Warunków Ubezpieczenia,
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 11), 26), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 11) Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 7), 8), 11), 12), 22), 25), 26), 28), 29), 30), 33) i 37) Warunków Ubezpieczenia.

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego (kod warunków: UG_SNWK/12/15)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

Zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Okres ochrony ubezpieczeniowej

§ 4

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

Suma ubezpieczenia i wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego

§ 5

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

Dokumenty do zgłoszenia roszczenia

§ 6

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

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 7

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

Postanowienia końcowe

§ 8

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

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 grudnia z dnia 2017 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 15 grudnia 2017 roku.

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

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 11) i 28) Warunków Ubezpieczenia, § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 11), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia. § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 3), 6), 11), 12), 25), 26), 28), 31), 32) i 33) Warunków Ubezpieczenia, § 6 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 11), 25), 26) i 28) Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 12), 25) i 37) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26), 28), 29) i 37) Warunków Ubezpieczenia,
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 11), 26), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 11) Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 7), 8), 11), 12), 22), 25), 26), 28), 29), 30), 33) i 37) Warunków Ubezpieczenia,

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy (kod warunków: UG_SNWP/12/15)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Nieszczęśliwy wypadek przy pracy** – Nieszczęśliwy wypadek będący wyłączną i bezpośrednią przyczyną śmierci Ubezpieczonego, który miał miejsce:
 - a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych w ramach istniejącego stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego,
 - b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności na rzecz przełożonego nawet bez polecenia w ramach istniejącego stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego,
 - c) w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji przełożonego w drodze między siedzibą przełożonego a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego.Przez stosunki cywilnoprawne należy rozumieć wyłącznie takie stosunki prawne, których zawarcie powoduje konieczność odprowadzania składek na poczet ubezpieczenia społecznego.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Okres ochrony ubezpieczeniowej

§ 4

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

Suma ubezpieczenia i wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego

§ 5

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

4. Osobą uprawnioną do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Uposażony, który jest wskazywany zgodnie z zasadami określonymi w Warunkach Ubezpieczenia.

Dokumenty do zgłoszenia roszczenia

§ 6

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

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy, która nastąpiła w wyniku:
 - 12) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 13) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 14) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 15) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 5) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 6) Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 7) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - 8) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 9) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 10) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99);
 - 11) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 12) wykonywania pracy w warunkach niezgodnych z przepisami bezpieczeństwa pracy, tj. bez posiadania odpowiednich kwalifikacji lub uprawnień, lub niezgodnie z procedurami obowiązującymi przy wykonywaniu danej pracy.

Postanowienia końcowe

§ 8

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

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 1 grudnia 2017 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 15 grudnia 2017 roku.

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

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1.Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia. § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 3), 6), 12), 25), 26), 27), 28), 31), 33 i 36) Warunków Ubezpieczenia, § 6 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26), 27), 28) i 36) Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 12), 25) i 37) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26), 28), 29) i 37) Warunków Ubezpieczenia,
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3), 7), 8), 11), 26), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 4), 7), 8), 9), 10), 11), 14), 19), 21), 24), 27) i 36) Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 7), 8), 11), 12), 22), 25), 26), 28), 29), 30), 33) i 37) Warunków Ubezpieczenia

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu (kod warunków: UG_SZSUM/12/15)

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

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

Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stabilną i niestabilną chorobę wieńcową.

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Okres ochrony ubezpieczeniowej

§ 4

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

Suma ubezpieczenia i wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca lub Udaru mózgu, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie również potwierdzona w Certyfikacie.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

- 1) Zawał serca lub Udar mózgu, będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
- 2) Śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w Okresie ubezpieczenia,
- 3) Śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od dnia zdiagnozowania Zawału serca lub Udar mózgu,
- 4) z medycznego punktu widzenia między odpowiednio Zawałem serca lub Udarem mózgu a śmiercią Ubezpieczonego istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy.
5. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
6. Osobą uprawnioną do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Uposażony, który jest wskazywany zgodnie z zasadami określonymi w Warunkach Ubezpieczenia.

Dokumenty do zgłoszenia roszczenia

§ 6

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

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

§ 7

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

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

1². Postanowienia ust. 1¹ mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.
2. <uchylony>
3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Śmierci Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udar mózgu, która nastąpiła w wyniku:
 - 1) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,

- 4) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 5) Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 6) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
- 7) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Postanowienia końcowe

§ 8

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

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 1 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

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

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1.Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 11) Warunków Ubezpieczenia, § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia. § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 2) Warunków Dodatkowego oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 3), 6), 12), 25), 26), 28) i 33) Warunków Ubezpieczenia, § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26) i 28) Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 12), 25) i 37) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26), 28), 29) i 37) Warunków Ubezpieczenia,
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 24), 25), 26), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia,

	§ 2 ust. 1 pkt 1), 2), 4), 8), 9), 10), 11), 14), 19), 21), 24), 27) i 36) Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 7), 8), 11), 12), 22), 25), 26), 28), 29), 30), 33) i 37) Warunków Ubezpieczenia
--	--

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (kod warunków: UG_TUNW/12/15)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Okres ochrony ubezpieczeniowej

§ 4

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

Suma ubezpieczenia i wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego

§ 5

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

6. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, który przed Nieszczęśliwym wypadkiem był uszkodzony, procent Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku ustala się w wysokości różnicy stanu danego organu, narządu lub układu przed Nieszczęśliwym wypadkiem a stanem istniejącym po Nieszczęśliwym wypadku, o ile uszkodzenie organu, narządu lub układu istniejące przed dniem zajścia Nieszczęśliwego wypadku ma wpływ na ustalenie aktualnego procentu Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku
7. Stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest ustalany po zakończeniu leczenia nie później niż po upływie 3 lat od daty zajścia Nieszczęśliwego wypadku. W przypadku niezakończenia leczenia w terminie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego.
8. Po ustaleniu stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, w zakresie danego Zdarzenia ubezpieczeniowego, późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.
9. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.
10. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach i na zasadach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.

Dokumenty do zgłoszenia roszczenia

§ 6

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

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

§ 7

1. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych o łącznej wysokości nie wyższej niż 100 % sumy ubezpieczenia.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który powstał w wyniku:
 - 1) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 4) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 5) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 6) Pozostawiania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,

- 7) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
- 8) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 9) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 10) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 11) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99);

Postanowienia końcowe

§ 8

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

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 1 grudnia 2017 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 15 grudnia 2017 roku.

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

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1.Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia; § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 2) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia. § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 3) i 4) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 3), 6), 12), 26), 28), 33) i 37) Warunków Ubezpieczenia, § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26) i 28) Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 12), 25) i 37) Warunków Ubezpieczenia; ;§ 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26), 28), 29) i 37) Warunków Ubezpieczenia,
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 4), 8), 24), 25), 26), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 4), 8), 9), 10), 11), 14), 19), 21), 24), 27) i 36) Warunków Ubezpieczenia;

	§ 10 Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 7), 8), 11), 12), 22), 25), 26), 28), 29), 30), 33) i 37) Warunków Ubezpieczenia
--	---

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu (Kod warunków: UG_TUZSUM/12/15)

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Postanowienia ogólne

§ 1

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu.

Definicje

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 2) **Trwały uszczerbek** – trwałe, nierokujące poprawy uszkodzenie organu, narządu lub układu narządów polegające na fizycznej utracie tego organu, narządu lub układu lub nieodwracalnym upośledzeniu jego funkcji.
 - 3) **Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu** – Trwały uszczerbek, który został spowodowany Zawałem serca lub Udarem mózgu, wymieniony w tabeli Trwałych uszczerbków, stanowiącej załącznik nr 1 do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia.
 - 4) **Udar mózgu** – nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmoźgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych i utrzymujące się przez okres co najmniej 24 godzin od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone: obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR). W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Udar mózgu nie uważa się:
 - a) epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - b) uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem;
 - 5) **Zawał serca (Zawał mięśnia sercowego)** – obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia. Diagnoza musi być oparta na trzech lub więcej z niżej podanych pięciu kryteriów, które są podstawą rozpoznania świeżego zawału mięśnia sercowego:
 - f) stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - g) świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
 - h) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu frakcji mięśniowej enzymu – kinazy kreatyninowej,
 - i) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu Troponiny (T lub I),
 - j) świeże zaburzenie kurczliwości mięśnia sercowego (hipokineza);
- Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stabilną i niestabilną chorobę wieńcową.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

Przedmiot i Zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętym ochroną, jest wystąpienie w Okresie ubezpieczenia, Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu.

Okres ochrony ubezpieczeniowej

§ 4

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

Suma ubezpieczenia i wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego

§ 5

1. Wysokość sumy ubezpieczenia wynika z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie także potwierdzona w Certyfikacie.
2. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku wystąpienia Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 1% sumy ubezpieczenia za każdy 1 % Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 4) z medycznego punktu widzenia między odpowiednio Zawałem Serca lub Udarem mózgu a Trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy,
 - 5) Zawał serca lub Udar mózgu, będący przyczyną Trwałego uszczerbku na zdrowiu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
 - 6) Trwały uszczerbek na zdrowiu wystąpił w Okresie ubezpieczenia oraz w ciągu 180 dni od daty wystąpienia Zawału serca lub Udar mózgu.
4. Przy ustalaniu procentu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udar mózgu, jak również procentu Trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącego przed zajściem Zawału serca lub Udar mózgu, stosuje się tabelę Trwałych uszczerbków stanowiącą załącznik nr 1 do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia w następującym zakresie:
 - 1) dla Udar mózgu znajduje zastosowanie pozycja A.5 - Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego;
 - 2) dla Zawału serca znajduje zastosowanie pozycja F.63 - Uszkodzenie serca lub osierdzia.
5. W przypadku, gdy Ubezpieczony jest leworęczny, to będą miały zastosowanie podane w tabeli, o której mowa powyżej, procentowe wartości sumy ubezpieczenia, należne za utratę części organów prawej kończyny górnej.
6. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, który przed wystąpieniem Zawału serca lub Udar mózgu był uszkodzony, procent Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Zawału serca lub Udar mózgu ustala się w wysokości różnicy stanu danego organu, narządu lub układu przed Zawałem serca lub Udarem mózgu a stanem istniejącym po Zawałe serca lub Udarze mózgu, o ile uszkodzenie organu, narządu lub układu istniejące przed dniem wystąpienia Zawału serca lub Udar mózgu ma wpływ na ustalenie aktualnego procentu Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Zawału serca lub Udar mózgu.
7. Stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udar mózgu jest ustalany po zakończeniu leczenia nie później niż po upływie 3 lat od daty zdiagnozowania Zawału serca lub Udar mózgu. W przypadku niezakończenia leczenia w terminie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego.
8. Po ustaleniu stopnia (procentu) Trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek Zawału serca lub Udar mózgu, w zakresie danego Zdarzenia ubezpieczeniowego, późniejsza zmiana, zarówno w przypadku polepszenia, jak i pogorszenia, nie daje podstawy do zmiany wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.
9. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.
10. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach i na zasadach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.

Dokumenty do zgłoszenia roszczenia

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udar mózgu jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 5) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia;
 - 6) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia oraz w celu ustalenia wysokości % Trwałego uszczerbku może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie. Koszt takich badań ponosi Towarzystwo Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

§ 7

1. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w każdym roku Okresu ubezpieczenia jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych o łącznej wysokości nie wyższej niż 100% sumy ubezpieczenia.

2. W zakresie ryzyka Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.
2¹. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Postanowienie ma wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie Karencja.
2². Postanowienia ust. 2¹ mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.
3. <uchylony>
4. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 2 powyżej.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu, który powstał w wyniku:
 - 1) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 4) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 5) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 6) Pozostawiania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 7) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - 8) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 9) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 10) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - 11) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99);
6. Towarzystwo Ubezpieczeń w okresie pierwszych 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli:
 - 1) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego prowadzono diagnostykę lub leczenie w kierunku Choroby, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej lub
 - 2) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego została zdiagnozowana Choroba, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej.

Postanowienia końcowe

§ 8

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

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 1 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

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

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1.Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 6), 22), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia, § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12) i 28) Warunków Ubezpieczenia. § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 3), 6), 25), 28) i 33) Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26) i 28) Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 12), 25) i 37) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26), 28), 29) i 37) Warunków Ubezpieczenia,
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 7), 24), 25), 26), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 4), 7), 8), 9), 10), 11), 14), 19), 21), 24), 27) i 36) Warunków Ubezpieczenia;

	§ 10 Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 7), 8), 11), 12), 22), 25), 26), 28), 29), 30), 33) i 37) Warunków Ubezpieczenia
--	---

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego (kod warunków: UG_SMP/12/15)

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

Zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Okres ochrony ubezpieczeniowej

§ 4

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

Suma ubezpieczenia i wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego

§ 5

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

Dokumenty do zgłoszenia roszczenia

§ 6

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

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

§ 7

1. W zakresie ryzyka śmierci Małżonka albo Partnera, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.
 - 1¹. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Postanowienie ma wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie Karencja.
 - 1². Postanowienia ust. 1¹ mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.
2. <uchylony>
3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Niez szczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Małżonka albo Partnera, która nastąpiła w wyniku:
 - 1) samobójstwa popełnionego w ciągu 2 lat od Pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia,
 - 2) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Małżonka albo Partnera, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 3) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Małżonka albo Partnera czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 4) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 5) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Postanowienia końcowe

§ 8

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

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 1 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

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

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1.Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 6), 22), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia, § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 11), 12) i 28) Warunków Ubezpieczenia. § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 3), 6), 11), 25), 28) i 33) Warunków Ubezpieczenia; § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 11), 25), 26) i 28) Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 12), 25) i 37) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26), 28), 29) i 37) Warunków Ubezpieczenia,
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 7), 11), 24), 25), 26), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 4), 7), 8), 9), 10), 11), 14), 19), 21), 24), 27) i 36) Warunków Ubezpieczenia;

	§ 10 Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 7), 8), 11), 12), 22), 25), 26), 28), 29), 30), 33) i 37) Warunków Ubezpieczenia
--	---

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku (kod warunków: UG_SMPNW/12/15)

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

Zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Okres ochrony ubezpieczeniowej

§ 4

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

Suma ubezpieczenia i wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego

§ 5

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

Dokumenty do zgłoszenia roszczenia

§ 6

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

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 7

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

Postanowienia końcowe

§ 8

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

§ 9

1. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia zostały zatwierdzone przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 1 grudnia 2017 roku.
2. Niniejsze Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia obowiązują od dnia 15 grudnia 2017 roku.

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

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1.Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia, § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia. § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 3), 6), 12), 25), 26), 28) i 33) Warunków Ubezpieczenia, § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26) i 28) Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 12), 25) i 37) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26), 28), 29) i 37) Warunków Ubezpieczenia,
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 7), 8), 24), 25), 26), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 4), 7), 8), 9), 10), 11), 14), 19), 21), 24), 27) i 36) Warunków Ubezpieczenia;

	§ 10 Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 7), 8), 11), 12), 22), 25), 26), 28), 29), 30), 33) i 37) Warunków Ubezpieczenia
--	---

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek śmierci Dziecka Ubezpieczonego (kod warunków: UG_SDZI/12/15)

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ma ukończonego 18 roku życia, a w przypadku kontynuacji nauki nie ma ukończonego 25 roku życia bądź bez względu na wiek w przypadku orzeczenia o całkowitej niezdolności do jakiegokolwiek pracy;
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Okres ochrony ubezpieczeniowej

§ 4

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

Suma ubezpieczenia i wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego

§ 5

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

Dokumenty do zgłoszenia roszczenia

§ 6

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

- 1) odpisu skróconego aktu zgonu Dziecka Ubezpieczonego;
- 2) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego wydanego przez lekarza określającego przyczynę zgonu – dobrowolnie, jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
- 3) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;

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

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

§ 7

1. W zakresie ryzyka śmierci Dziecka Ubezpieczonego, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.
1¹. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Postanowienie ma wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie Karencja.
1². Postanowienia ust. 1¹ mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.
2. <uchylony>
3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Dziecka, która nastąpiła w wyniku:
 - 1) samobójstwa popełnionego przez Dziecko Ubezpieczonego w ciągu 2 lat od Pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia,
 - 2) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Dziecka Ubezpieczonego, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 3) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 4) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 5) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Dziecko Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Postanowienia końcowe

§ 8

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

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 1 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

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

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1.Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia, § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia. § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 3), 6), 12), 25), 26), 28) i 33) Warunków Ubezpieczenia, § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26) i 28) Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 12), 25) i 37) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26), 28), 29) i 37) Warunków Ubezpieczenia,
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 7), 8), 24), 25), 26), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 4), 7), 8), 9), 10), 11), 14), 19), 21), 24), 27) i 36) Warunków Ubezpieczenia;

	§ 10 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 7), 8), 11), 12), 22), 25), 26), 28), 29), 30), 33) i 37) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
--	---

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Osierocenia Dziecka Ubezpieczonego (kod warunków: UG_ODZI/12/15)

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ma ukończonego 18 roku życia, a w przypadku kontynuacji nauki nie ma ukończonego 25 roku życia bądź bez względu na wiek w przypadku orzeczenia o całkowitej niezdolności do jakiejkolwiek pracy;
2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Okres ochrony ubezpieczeniowej

§ 4

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

Suma ubezpieczenia i wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego

§ 5

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

Dokumenty do zgłoszenia roszczenia

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu osierocenia Dziecka wskutek śmierci Ubezpieczonego jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) odpisu skróconego aktu urodzenia Dziecka Ubezpieczonego;

- 3) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

§ 7

1. W zakresie ryzyka Osierocenia Dziecka Ubezpieczonego, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.
1¹. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Postanowienie ma wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie Karencja.
1². Postanowienia ust. 1¹ mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.
2. <uchylony>
3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Osierocenia Dziecka wskutek śmierci Ubezpieczonego, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku:
 - 1) samobójstwa dokonanego w ciągu 2 lat od daty początku Okresu ubezpieczenia,
 - 2) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 3) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - 4) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 5) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Postanowienia końcowe

§ 8

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

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 1 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

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

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1.Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 28) Warunków Ubezpieczenia, § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2) i 3) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia. § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2) i 3) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 3), 6), 12), 25), 26), 28) i 33) Warunków Ubezpieczenia, § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2) i 3) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26) i 28) Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 12), 25) i 37) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26), 28), 29) i 37) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia,
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2) i 3) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 7), 8), 24), 25), 26), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 4), 7), 8), 9), 10), 11), 14), 19), 21), 24), 27) i 36) Warunków Ubezpieczenia;

	§ 10 Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 7), 8), 11), 12), 22), 25), 26), 28), 29), 30), 33) i 37) Warunków Ubezpieczenia
--	---

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Rodziców Ubezpieczonego (kod warunków: UG_SR/12/15)

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

Zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Okres ochrony ubezpieczeniowej

§ 4

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

Suma ubezpieczenia i wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego

§ 5

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

Dokumenty do zgłoszenia roszczenia

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Rodzica jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) Odpisu skróconego aktu zgonu Rodzica;

- 2) statystycznej karty zgonu lub innego dokumentu medycznego wydanego przez lekarza określającego przyczynę zgonu – dobrowolnie, jeżeli są w posiadaniu uprawnionego;
- 3) dokumentu, stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;
2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń, przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia, może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

§ 7

1. W zakresie ryzyka śmierci Rodzica, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.
1¹. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Postanowienie ma wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie Karencja.
1². Postanowienia ust. 1¹ mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.
2. <uchylony>
3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Rodzica, która nastąpiła w wyniku:
 - 1) samobójstwa popełnionego przez Rodzica Ubezpieczonego w ciągu 2 lat od Pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia,
 - 2) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Rodzica Ubezpieczonego, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 3) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 4) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 5) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Rodzica Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Postanowienia końcowe

§ 8

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

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 1 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

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

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 6), 22), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia, § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 3) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia. § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 3) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 3), 6), 12), 25), 26), 28) i 33) Warunków Ubezpieczenia, § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 3) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26) i 28) Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 12), 25) i 37) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26), 28), 29) i 37) Warunków Ubezpieczenia,
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 3) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 7), 8), 24), 25), 26), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 4), 7), 8), 9), 10), 11), 14), 19), 21), 24), 27) i 36) Warunków Ubezpieczenia;

	§ 10 Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 7), 8), 11), 12), 22), 25), 26), 28), 29), 30), 33) i 37) Warunków Ubezpieczenia
--	---

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek śmierci Teściów Ubezpieczonego (kod warunków: UG_STU/12/15)

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

Zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Okres ochrony ubezpieczeniowej

§ 4

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

Suma ubezpieczenia i wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego

§ 5

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

Dokumenty do zgłoszenia roszczenia

§ 6

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

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

§ 7

1. W zakresie ryzyka śmierci Teścia, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy.
 - 1¹. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Postanowienie ma wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie Karencja.
 - 1². Postanowienia ust. 1¹ mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.
2. <uchylony>
3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 6 miesięcy. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Teścia, która nastąpiła w wyniku:

- 6) samobójstwa popełnionego przez Teścia Ubezpieczonego w ciągu 2 lat od Pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia,
- 7) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Teścia Ubezpieczonego, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 8) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 9) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 10) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Teścia czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;

Postanowienia końcowe

§ 8

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

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 1 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

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

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1.Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 28) Warunków Ubezpieczenia, § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia. § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 3), 6), 12), 25), 26), 28) i 33) Warunków Ubezpieczenia, § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26) i 28) Warunków Ubezpieczenia; § 2 ust. 1 pkt 12), 25) i 37) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26), 28), 29) i 37) Warunków Ubezpieczenia,
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 7), 8), 25), 26), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 7), 8) Warunków Ubezpieczenia;

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Urodzenia się Dziecka lub Urodzenia się martwego dziecka Ubezpieczonego (kod warunków: UG_UDZI/12/15)

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

Okres ochrony ubezpieczeniowej

§ 4

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

Suma ubezpieczenia i wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego

§ 5

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

Dokumenty do zgłoszenia roszczenia

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Urodzenia się dziecka lub odpowiednio Urodzenia się martwego dziecka jest zgłoszenie przez Ubezpieczonego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - 1) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka lub odpisu nowego skróconego aktu urodzenia oraz prawomocnego orzeczenia sądu opiekuńczego o przysposobieniu dziecka, w którym Ubezpieczony został wskazany jako rodzic – w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Urodzenia się dziecka;
 - 2) odpisu skróconego aktu urodzenia martwego dziecka w którym Ubezpieczony został wskazany jako rodzic – w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Urodzenia się martwego dziecka;
 - 3) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;
2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

Ograniczenia odpowiedzialności

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń, udziela ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu w zakresie Urodzenia się dziecka i Urodzenia się martwego dziecka – z zastosowaniem 9-miesięcznego okresu obniżenia sumy ubezpieczenia (dalej: okres ograniczonej odpowiedzialności), liczonego od pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia. W okresie ograniczonej odpowiedzialności Towarzystwo Ubezpieczeń ponosi odpowiedzialność za Zdarzenie ubezpieczeniowe, ograniczoną do wypłaty 5% sumy ubezpieczenia.
 - 1¹. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, do okresu ograniczonej odpowiedzialności wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie ograniczonej odpowiedzialności, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Postanowienie ma wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie ograniczonej odpowiedzialności.
 - 1². Postanowienia ust. 1¹ mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.
2. <uchylony>
3. <uchylony>
4. <uchylony>
5. W przypadku zmiany Wariantu ochrony związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, w okresie pierwszych 9 miesięcy, liczonych od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony, jest ograniczona do wypłaty Świadczenia Ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony). Postanowienia określone w zdaniu poprzednim nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.

Postanowienia końcowe

§ 8

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

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 1 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

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

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 28) Warunków Ubezpieczenia, § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 3)-50) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia. § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 3), 6), 25), 26), 28) i 33) Warunków Ubezpieczenia, § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26) i 28) Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 12), 25) i 37) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26), 28), 29) i 37) Warunków Ubezpieczenia,
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 7), 8), 11), 19), 24), 26), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 4), 7), 8), 9), 10), 11), 14), 19), 21), 24), 27) i 36) Warunków Ubezpieczenia;

	§ 10 Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 7), 8), 11), 12), 22), 25), 26), 28), 29), 30), 33) i 37) Warunków Ubezpieczenia
--	---

Warunki Dodatkowe Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Ciężkiej choroby Ubezpieczonego (kod warunków: UG_CH/12/15)

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Postanowienia ogólne

§ 1

1. **Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Ciężkiej choroby Ubezpieczonego**, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o Ciężką chorobę Ubezpieczonego.
2. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia na podstawie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia może obejmować jeden z następujących wariantów:
 - 1) wariantu standardowego,
 - 2) wariantu plus,Katalog Ciężkich chorób wchodzących w zakres danego wariantu jest określony w § 3.
3. Warianty, o których mowa w ust. 2 powyżej, wynikają z Wariantu ochrony wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody.

Definicje

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Ciężka choroba** – jedna z wymienionych w pkt 3 - 50 chorób Ubezpieczonego, która po raz pierwszy Wystąpiła w Okresie ubezpieczenia.
 - 2) **Wystąpienie Ciężkiej choroby** –
 - a) data diagnozy lub data postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza – w przypadku Ciężkich chorób wymienionych w ust. 1 pkt 3)-18), pkt 24)-39), pkt 42)-50);
 - b) data przeprowadzenia procedury medycznej – w przypadku Ciężkich chorób wymienionych w ust. 1 pkt 19) – 23), pkt 40-41.
 - 3) **Nowotwór złośliwy (rak)** – obecność guza składającego się z komórek złośliwych, charakteryzującego się ich niekontrolowanym namnażaniem się w organizmie, z naciekaniem i niszczeniem sąsiadującej tkanki lub powstaniem przerzutów odległych. Nowotwór obejmuje również białaczkę, chłoniaki i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina) oraz czerniaki złośliwe w stopniu zaawansowania wg klasyfikacji TNM wyższym niż IB. Podstawą rozpoznania musi być wynik badania histopatologicznego i potwierdzony przez lekarza odpowiedniej specjalności. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za nowotwór złośliwy (raka) nie uważa się:
 - a) guzów łagodnych lub stanów przednowotworowych,
 - b) guzów przedinwazyjnych i guzów „in situ” („tumours in situ”, Tis*),
 - c) dysplazji szyjki macicy CIN I-III,
 - d) raka pęcherza moczowego stadium Ta*,
 - e) raka tarczycy brodawkowego i pęcherzykowego zdiagnozowanego histologicznie jako T1a* (guz, którego średnica nie przekracza 1 cm), chyba że istnieją przerzuty do węzłów chłonnych lub narządów odległych,
 - f) przewlekłej białaczki limfatycznej (Chronic lymphatic leukaemia, CLL),
 - g) wszelkich guzów skóry niewspomnianych w części wstępnej definicji,
 - h) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV bądź AIDS,
 - i) raka gruczołu krokowego, zdiagnozowanego histopatologicznie jako T1N0M0;* Według międzynarodowej klasyfikacji TNM.
 - 4) **Zawał serca(zawał mięśnia sercowego)** – obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia. Diagnoza musi być oparta na trzech lub więcej z niżej podanych pięciu kryteriów, które są podstawą rozpoznania świeżego zawału mięśnia sercowego:
 - a) stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - b) świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
 - c) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu frakcji mięśniowej enzymu – kinazy kreatyninowej,
 - d) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu Troponiny (T lub I),
 - e) świeże zaburzenie kurczliwości mięśnia sercowego (hipokineza);Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stabilną i niestabilną chorobę wieńcową.
 - 5) **Udar mózgu** – nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmoźgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych i utrzymujące się przez okres co najmniej 6 tygodni od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone: obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR). W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Udar mózgu nie uważa się:

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

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

- 19) **Choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego (by-pass)** – operacja kardiologiczna wymagająca torakotomii, mająca na celu korektę zwężenia lub niedrożności w jednej lub kilku tętnicach wieńcowych poprzez wszczepienie pomostów naczyniowych. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za chorobę wieńcową wymagającą leczenia operacyjnego (by-pass) nie uważa się zabiegów wewnątrznaczyniowych;
- 20) **Przeszczep narządów** – przebycie przez Ubezpieczonego, w charakterze biorcy, operacji przeszczepu głównego organu (serca, wątroby, płuca, szpiku kostnego bądź całej trzustki). Ochroną ubezpieczeniową objęte jest także potwierdzenie przyjęcia Ubezpieczonego na oficjalną krajową listę oczekujących na jeden z przeszczepów objętych niniejszą definicją. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za przeszczep narządów nie uważa się: przeszczepu wymaganego z tytułu uczestnictwa Ubezpieczonego jako dawcy w dowolnym programie dawcy żywych organów (nerka, wątroba, szpik kostny itp.), wybiórczej transplantacji komórek trzustkowych Langerhansa, przeszczepu części narządów, tkanek lub komórek
- 21) **Przeżyłowa interwencja wieńcowa (PCI)** - procedura terapeutyczna choroby niedokrwiennej serca (choroby wieńcowej), polegająca na likwidacji (lub próbie likwidacji) zwężenia lub niedrożności w jednej lub w kilku tętnicach wieńcowych za pomocą zabiegu, polegającego na przeszskórnym poszerzeniu tętnicy wieńcowej przy użyciu balonu, cewnika, lasera lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczynia;
- 22) **Operacja zastawek serca** - przeprowadzona na otwartym sercu z otwarciem klatki piersiowej, wymiana lub naprawa chorobowo zmienionej jednej lub więcej zastawek serca. Konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez lekarza kardiologa i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych. Operacje wykonane przy użyciu technik śródnaczyniowych są wykluczone z zakresu ubezpieczenia;
- 23) **Operacja aorty** - operacja chirurgiczna tętniaka, koarktacji lub rozwarstwienia aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii, polegająca na usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej grafem. W rozumieniu niniejszej definicji za aortę uważa się aortę piersiową i brzuszna, z wykluczeniem jej odgałęzień. Metody chirurgiczne stosujące mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym przeszskórne operacje naprawcze nie są objęte zakresem ubezpieczenia;
- 24) **Utrata kończyn** - amputacja co najmniej dwóch kończyn będąca skutkiem choroby lub wypadku, na poziomie stawu skokowego lub powyżej w przypadku kończyny dolnej lub na poziomie nadgarstków lub powyżej w przypadku kończyny górnej;
- 25) **Sepsa** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną i charakteryzującym się obecnością drobnoustrojów we krwi, prowadzący do niewydolności przynajmniej jednego narządu, wymagająca leczenia na OIOM. Przez Sepsę należy również rozumieć:
 - a) przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy.
 - b) sepsę wtórną do powikłań po operacjach chirurgicznych lub urazach.Rozpoznanie sepsy musi być potwierdzone dodatnim wynikiem posiewu krwi w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie.
- 26) **Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu** – choroba wirusowa przenoszona przez kleszcze, przebiegająca z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi koniecznością leczenia szpitalnego, potwierdzona badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego; rozpoznanie choroby powinno być potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 84) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 i podane w karcie wypisu ze szpitala;
- 27) **Tężec** - ostra choroba zakaźna wywołana przez laseczki tężca, występująca w postaci uogólnionej o ciężkim przebiegu i wymagająca leczenia w warunkach OIOM. Rozpoznanie powinno być potwierdzone w

- dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. Zakres ochrony nie obejmuje tęcza w postaci lekkiej, miejscowej, mózgowej.
- 28) **Dystrofia mięśniowa** – choroba charakteryzująca się zmianami we włóknach mięśniowych i tkance łącznej mięśni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa w oparciu o stwierdzenie wszystkich następujących kryteriów:
- a) osłabienie i zaniki mięśni z osłabieniem odruchów ścięgowych bez zaburzeń czucia z prawidłowym obrazem płynu mózgowo-rdzeniowego,
 - b) typowy obraz elektromiograficzny,
 - c) rozpoznanie kliniczne potwierdzone wynikiem biopsji mięśni.
- 29) **Schyłkowa niewydolność wątroby** – schyłkowa postać przewlekłej choroby (marskości) wątroby powodująca co najmniej jeden z poniższych objawów:
- a) wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
 - b) trwała żółtaczką,
 - c) żylaki przełyku,
 - d) encefalopatia wrotna.
- 30) **Wścieklizna** – ostra choroba zakaźna wywołana przez wirus Lyssa przebiegająca pod postacią ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, w którym wg opinii lekarza specjalisty spełnione są co najmniej dwa z następujących kryteriów:
- a) zmiany czuciowe w miejscu pokąsania przez zwierzę,
 - b) niedowład lub porażenie,
 - c) skurcze mięśni przełyku,
 - d) wodowstręt,
 - e) majaczenie,
 - f) drgawki.
- Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone jedną z następujących metod laboratoryjnych:
- a) izolacja wirusa Lyssa z materiału klinicznego, wykrycie materiału genetycznego wirusa Lyssa w materiale klinicznym,
 - b) wykrycie antygeny wirusa Lyssa metodą immunofluorescencji bezpośredniej w materiale klinicznym,
 - c) potwierdzenie obecności swoistych przeciwciał przeciwko wirusowi Lyssa w surowicy krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym.
- 31) **Pierwotne nadciśnienie płucne** - choroba przebiegająca ze skurczem naczyń w krążeniu płucnym, prowadzącym do podwyższenia ciśnienia krwi w krążeniu płucnym oraz skłonnością do nadmiernego wykrzepiania krwi, objawiająca się klinicznie niewydolnością serca i skutkująca trwałą utratą zdolności do wysiłku co najmniej III stopnia wg WHO. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza specjalistę kardiologa. Zakres ochrony nie obejmuje nadciśnienia płucnego wtórnego od jakiegokolwiek innej przyczyny.
- 32) **Utrata mowy** - całkowita i nieodwracalna, niemożliwa do skorygowania leczeniem, utrata zdolności mowy trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Dokumentacja medyczna musi być potwierdzona właściwą konsultacją specjalisty (laryngolog) i potwierdzać uraz lub chorobę strun głosowych. Wykluczone są przypadki, gdzie powodem utraty mowy są przyczyny psychiczne. Utrata mowy oznacza niemożność artykułowania zrozumiałych słów lub zrozumiale mówionego języka.
- 33) **Utrata możliwości samodzielnej egzystencji** - Rozpoznanie niezdolności do samodzielnej egzystencji wymaga stwierdzenia przez lekarza trwałej i bezpowrotnej utraty zdolności do wykonywania co najmniej trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:
- a) samodzielnego poruszania się w domu rozumianego jako poruszanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu bez konieczności pomocy osoby drugiej. Poruszanie traktuje się jako samodzielne, jeśli może odbywać się wyłącznie przy pomocy wózka, balkoniku lub innych urządzeń;
 - b) kontrolowania oddawania moczu lub kału;
 - c) samodzielnego dbania o higienę osobistą;
 - d) samodzielnego ubierania i rozbierania się;
 - e) samodzielnego spożywania posiłków rozumianego jako wykonywanie wszystkich czynności związanych z samodzielnym spożywaniem przygotowanych posiłków (jedzenie i picie).
- 34) **Choroba Parkinsona** - oznacza przewlekłe schorzenie układu pozapiramidowego, spowodowane pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę, którego następstwem jest wystąpienie co najmniej dwóch z trzech klasycznych objawów osiowych choroby, tj. drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, plastycznego wzmożenia napięcia mięśniowego (sztywności mięśniowej), zmniejszających się po zastosowaniu leków stymulujących układ dopaminergiczny, zwłaszcza lewodopy. Wykluczony z odpowiedzialności jest parkinsonizm objawowy i zespoły parkinsonowskie. Przez zespoły parkinsonowskie należy rozumieć stany objawowe charakterystyczne dla Choroby Parkinsona, różniące się od niej odmienną etiologią. Przez parkinsonizm objawowy (wtórny) należy rozumieć zespół objawów charakterystycznych dla choroby Parkinsona, towarzyszący innym chorobom. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Chorobę Parkinsona uważa się tylko taką Chorobę, która wymaga stwierdzenia przez

lekarza trwałej i bezpowrotnej utraty zdolności do wykonywania co najmniej trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:

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

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

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

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

37) **Choroba Huntingtona** - oznacza postępującą chorobę ośrodkowego układu nerwowego, rozpoznaną przez specjalistę w zakresie neurologii, w oparciu o dostępne w tym zakresie metody diagnostyczne.

38) **Utrata słuchu** - całkowita i nieodwracalna obuuszna utrata słuchu. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez specjalistę laryngologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków Utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

39) **Choroba Creutzfeldta-Jakoba** - klinicznie rozpoznana za życia Ubezpieczonego, przez specjalistę neurologa, choroba powodująca utratę zdolności do wykonywania co najmniej trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:

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

40) **Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie** - usunięcie świeżej skrzepliny z pnia tętnicy płucnej poprzez jego nacięcie (tzw. embolektomia chirurgiczna) w trakcie zabiegu operacyjnego wykonanego w trybie pilnym z powodu ostrego zatoru tętnicy płucnej;

41) **Zakażona martwica trzustki** - pierwszorazowe wykonanie operacji chirurgicznej, polegającej na laparotomii inekrektomii, czyli otwarciu jamy brzusznej i usunięciu martwiczych tkanek okołotrzustkowych lub trzustki u osoby, u której rozpoznano zakażenie tych tkanek w przebiegu ostrego zapalenia trzustki;

42) **Ropień mózgu** - usunięta chirurgicznie zmiana w mózgu opisana w rozpoznaniu histopatologicznym jako ropień mózgu;

43) **Zgorzel gazowa** - zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych, z powodu rozpoznanego w dokumentacji medycznej ciężkiego zakażenia przyrannego, przebiegającego z rozległym obrzękiem, martwicą mięśni, wytwarzaniem gazu w tkankach oraz towarzyszącymi ogólnymi objawami toksemii, spowodowanego przez bakterie: *Clostridium perfringens*, *Clostridium Novyi* (*oedematiens*) lub *Clostridium septicum*;

44) **Choroba aorty brzusznej** - tętniakowate poszerzenie lub rozwarstwienie aorty brzusznej – z wyłączeniem odgałęzień na poziomie aorty, które wymagało przeprowadzenia operacji chirurgicznej polegającej na wymianie chorobowo zmienionego odcinka aorty z zastosowaniem protezy naczyniowej; rozpoznanie musi być oparte na dokumentacji potwierdzającej przebytą w trakcie odpowiedzialności operację wszczepienia protezy naczyniowej;

45) **Choroba aorty piersiowej** - tętniakowate poszerzenie lub rozwarstwienie aorty piersiowej – z wyłączeniem odgałęzień na poziomie aorty, które wymagało przeprowadzenia operacji chirurgicznej polegającej na wymianie chorobowo zmienionego odcinka aorty z zastosowaniem protezy naczyniowej; rozpoznanie musi być oparte na dokumentacji potwierdzającej przebytą w trakcie odpowiedzialności operację wszczepienia protezy naczyniowej;

46) **Gruźlica** - choroba zakaźna spowodowaną prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) z zajęciem miększu płucnego lub drzewa tchawiczno-oskrzelowego bądź też opłucnej, węzłów chłonnych klatki piersiowej, układu moczowo-płciowego, kości i stawów, opon mózgowych. Rozpoznanie musi być

- potwierdzone dodatnim wynikiem badania bakteriologicznego bądź histologicznego i decyzją o wdrożeniu leczenia przeciwpłukowego;
- 47) **Wada serca** - zastawkowa wada serca wymagająca wymiany chorobowo zmienionej naturalnej zastawki bądź zastawek serca z wszczepieniem protezy zastawkowej; rozpoznanie musi być oparte na dokumentacji potwierdzającej przebytą w trakcie odpowiedzialności operację wszczepienia jednej lub więcej protez zastawkowych; odpowiedzialność nie obejmuje zabiegów rekonstrukcji nieprawidłowo pracujących elementów zastawek naturalnych;
 - 48) **Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych** – ostra choroba zakaźna rozpoznana na podstawie badania ogólnego płynu mózgowo-rdzeniowego i dodatniego posiewu płynu mózgowo-rdzeniowego, leczona w warunkach szpitalnych;
 - 49) **Bakteryjne zapalenie wsierdzia** - pozaszpitalne infekcyjne zapalenie wsierdzia (IZW) u osoby z własnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym, rozpoznane w oparciu o obowiązujące kryteria medyczne przez specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych lub kardiologii. Z odpowiedzialności wyłączone są przypadki tej choroby zdiagnozowane u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca
 - 50) **Borelioza** - krętkowica przenoszona przez kleszcze przebiegającą z różnorodnymi objawami narządowymi, między innymi ze zmianami skórными objawiającymi się rumieniem, zapaleniem stawów, zapaleniem mięśnia sercowego oraz różnorodnymi objawami neurologicznymi i skutkującą koniecznością leczenia szpitalnego. Zdiagnozowanie choroby skutkujące hospitalizacją powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 69.2) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

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

- 12) Transfuzyjne zakażenie wirusem HIV;
- 13) Zawodowe zakażenie wirusem HIV;
- 14) Ostra niewydolność wątroby;
- 15) Śpiączka;
- 16) Paraliż;
- 17) Choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego (by-pass);
- 18) Przeszczep narządów;
- 19) Przewłokowa interwencja wieńcowa (PCI);
- 20) Operacja zastawek serca;
- 21) Operacja aorty;
- 22) Utrata kończyn;
- 23) Sepsa;
- 24) Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu;
- 25) Tężec;
- 26) Dystrofia mięśniowa;
- 27) Schyłkowa niewydolność wątroby;
- 28) Wścieklizna;
- 29) Pierwotne nadciśnienie płucne;
- 30) Utrata mowy;
- 31) Utrata możliwości samodzielnej egzystencji
- 32) Choroba Parkinsona
- 33) Choroba neuronu ruchowego;
- 34) Bąblowiec mózgu;
- 35) Choroba Huntingtona;
- 36) Utrata Słuchu;
- 37) Choroba Creutzfeldta-Jakoba;
- 38) Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie;
- 39) Ropień mózgu;
- 40) Zgorzel gazowa;
- 41) Zakażona martwica trzustki;
- 42) Choroba aorty brzusznej;
- 43) Choroba aorty piersiowej;
- 44) Gruźlica;
- 45) Wada serca;
- 46) Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo- rdzeniowych;
- 47) Bakteryjne zapalenie wsierdzia;
- 48) Borelioza.

Okres ochrony ubezpieczeniowej

§ 4

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

Suma ubezpieczenia i wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego

§ 5

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

Dokumenty do zgłoszenia roszczenia

§ 6

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

- 1) dokumentacji medycznej z rozpoznaniem potwierdzającym Wystąpienie Ciężkiej choroby Ubezpieczonego;
- 2) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;
2. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń lub skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie. Koszt takich badań ponosi Towarzystwo Ubezpieczeń.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

§ 7

1. W zakresie ryzyka Ciężkiej choroby Ubezpieczonego, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
 - 1¹. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Postanowienie ma wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie Karencja.
 - 1². Postanowienia ust. 1¹ mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.
2. <uchylony>
3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 3 miesiące. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Niez szczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 i 2 powyżej.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie Wystąpienia danej Ciężkiej choroby jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia ubezpieczeniowego. W przypadku Wystąpienia u Ubezpieczonego ponownie tej samej Ciężkiej choroby, Towarzystwo ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.
5. W przypadku Wystąpienia drugiej lub kolejnej Ciężkiej choroby w Okresie ubezpieczenia, kolejne Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, chyba że Ciężka choroba z medycznego punktu widzenia nie pozostaje w adekwatnym związku przyczynowo- skutkowym z Ciężką chorobą, z tytułu Wystąpienia której Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaciło Świadczenie ubezpieczeniowe.
6. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Ciężkiej choroby, która Wystąpiła w wyniku:
 - 1) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 2) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 3) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 4) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 5) Pozostawiania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 6) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - 7) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,

- 8) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 9) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 10) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 11) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99),
 - 12) odmowy poddania się leczeniu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 13) Choroby pośrednio lub bezpośrednio wywołanej przez wirus HIV – nie dotyczy Ciężkiej choroby w postaci Zakażenia wirusem HIV;
7. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Wystąpienia Choroby tropikalnej, jeżeli:
- 1) do jej Wystąpienia doszło w związku z pobytem Ubezpieczonego za granicą oraz
 - 2) Ubezpieczony nie posiadał przy wjeździe wszystkich szczepień wymaganych przez władze tego kraju na podstawie Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych lub nie potwierdził ich posiadania, o ile miało to wpływ na wystąpienie Choroby tropikalnej.
8. Towarzystwo Ubezpieczeń w okresie pierwszych 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli:
- 1) w okresie **12 miesięcy** poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego prowadzono diagnostykę lub leczenie w kierunku Choroby, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej lub
 - 2) w okresie **12 miesięcy** poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego została zdiagnozowana Choroba, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej – dotyczy osób nie objętych ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia.
9. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Wystąpienie Ciężkiej choroby nastąpiło wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed pierwszym dniem Okresu ubezpieczenia – dotyczy osób nie objętych ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia.
10. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Wystąpienia Boreliozy, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 10% sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony.

Postanowienia końcowe

§ 8

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

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 17 maja 2018 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

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

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1.Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 6), 22), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia, § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 3) - 50) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia. § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 2), 51) i 52) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 3), 6), 25), 26), 28) i 33) Warunków Ubezpieczenia, § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 51) i 52) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26) i 28) Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 12), 25) i 37) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26), 28), 29) i 37) Warunków Ubezpieczenia,
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 51) i 52) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 7), 8), 11), 19), 24), 26), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 4), 7), 8), 9), 10), 11), 14), 19), 21), 24), 27) i 36) Warunków Ubezpieczenia;

	§ 10 Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 7), 8), 11), 12), 22), 25), 26), 28), 29), 30), 33) i 37) Warunków Ubezpieczenia
--	---

Warunki Dodatkowe Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego (Kod warunków: UG_CHM/12/15)

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Postanowienia ogólne

§ 1

1. **Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego**, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o Ciężką chorobę Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego.
2. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia na podstawie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia może obejmować jeden z następujących wariantów:
 - 3) wariantu standardowego,
 - 4) wariantu plus,Katalog Ciężkich chorób wchodzących w zakres danego wariantu jest określony w § 3.
3. Warianty, o których mowa w ust. 2 powyżej, wynikają z Wariantu ochrony wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody.

Definicje

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 4) **Ciężka choroba** – jedna z wymienionych w pkt 3 - 50 Chorób Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, która po raz pierwszy Wystąpiła w Okresie ubezpieczenia.
 - 3) **Wystąpienie Ciężkiej choroby** –
 - c) data diagnozy lub data postawienia wstępnej diagnozy przez lekarza – w przypadku Ciężkich chorób wymienionych w ust. 1 pkt 3)-18), pkt 24)-39), pkt 42)-50);
 - d) data przeprowadzenia procedury medycznej – w przypadku Ciężkich chorób wymienionych w ust. 1 pkt 19) – 23), pkt 40)-41);
 - 3) **Nowotwór złośliwy (rak)** – obecność guza składającego się z komórek złośliwych, charakteryzującego się ich niekontrolowanym namnażaniem się w organizmie, z naciekaniem i niszczeniem sąsiadującej tkanki lub powstaniem przerzutów odległych. Nowotwór obejmuje również białaczkę, chłoniaki i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina) oraz czerniaki złośliwe w stopniu zaawansowania wg klasyfikacji TNM wyższym niż IB. Podstawą rozpoznania musi być wynik badania histopatologicznego i być potwierdzone przez lekarza odpowiedniej specjalności. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za nowotwór złośliwy (raka) nie uważa się:
 - a) guzów łagodnych lub stanów przednowotworowych,
 - b) guzów przedinwazyjnych i guzów „in situ” („tumours in situ”, Tis*),
 - c) dysplazji szyjki macicy CIN I-III,
 - d) raka pęcherza moczowego stadium Ta*,
 - e) raka tarczycy brodawkowatego i pęcherzykowatego zdiagnozowanego histologicznie jako T1a* (guz, którego średnica nie przekracza 1 cm), chyba że istnieją przerzuty do węzłów chłonnych lub narządów odległych,
 - f) przewlekłej białaczki limfatycznej (Chronic lymphatic leukaemia, CLL),
 - g) wszelkich guzów skóry niewspomnianych w części wstępnej definicji,
 - h) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV bądź AIDS,
 - i) raka gruczołu krokowego, zdiagnozowanego histopatologicznie jako T1N0M0;* Według międzynarodowej klasyfikacji TNM.
 - 4) **Zawał serca (zawał mięśnia sercowego)** – obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia. Diagnoza musi być oparta na trzech lub więcej z niżej podanych pięciu kryteriów, które są podstawą rozpoznania świeżego zawału mięśnia sercowego:
 - a) stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - b) świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
 - c) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu frakcji mięśniowej enzymu – kinazy kreatyninowej,
 - d) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu Troponiny (T lub I),
 - e) świeże zaburzenie kurczliwości mięśnia sercowego (hipokineza);Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stabilną i niestabilną chorobę wieńcową.
 - 5) **Udar mózgu** – nagle, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmoźgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych i utrzymujące się przez okres co najmniej 6 tygodni od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone: obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii

komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR). W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Udar mózgu nie uważa się:

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

- 18) **Paraliż (Porażenie, Plegia)** - całkowita, stała i nieodwracalna utrata funkcji w dwóch lub więcej kończynach, spowodowana urazem lub chorobą. Niedowład musi mieć charakter nie rokujący poprawy i występować przez okres minimum 3 miesięcy. Rozpoznanie i zakres zmian musi być potwierdzone przez Lekarza neurologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje wszystkich przypadków niedowładów częściowych, niedowładów przejściowych (w tym będących następstwem infekcji wirusowych), niedowładów spowodowanych zaburzeniami psychicznymi lub psychiatrycznymi.
- 19) **Choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego (by-pass)** – operacja kardiochirurgiczna wymagająca torakotomii, mająca na celu korektę zwężenia lub niedrożności w jednej lub kilku tętnicach wieńcowych poprzez wszczepienie pomostów naczyniowych. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za chorobę wieńcową wymagającą leczenia operacyjnego (by-pass) nie uważa się zabiegów wewnątrznaczyniowych;
- 20) **Przeszczep narządów** – przebycie przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, w charakterze biorcy, operacji przeszczepu głównego organu (serca, wątroby, płuca, szpiku kostnego bądź całej trzustki). Ochroną ubezpieczeniową objęte jest także potwierdzenie przyjęcia Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego na oficjalną krajową listę oczekujących na jeden z przeszczepów objętych niniejszą definicją. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za przeszczep narządów nie uważa się: przeszczepu wymaganego z tytułu uczestnictwa Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego jako dawcy w dowolnym programie dawcy żywych organów (nerka, wątroba, szpik kostny itp.), wybiórczej transplantacji komórek trzustkowych Langerhansa, przeszczepu części narządów, tkanek lub komórek.
- 21) **Przełknięta interwencja wieńcowa (PCI)** - procedura terapeutyczna choroby niedokrwiennej serca (choroby wieńcowej), polegająca na likwidacji (lub próbie likwidacji) zwężenia lub niedrożności w jednej lub w kilku tętnicach wieńcowych za pomocą zabiegu, polegającego na przełknięciu poszerzenia tętnicy wieńcowej przy użyciu balonu, cewnika, lasera lub innych przyrządów, wprowadzonych do naczynia;
- 22) **Operacja zastawek serca** -przeprowadzona na otwartym sercu z otwarciem klatki piersiowej, wymiana lub naprawa chorobowo zmienionej jednej lub więcej zastawek serca. Konieczność operacji musi zostać potwierdzona przez lekarza kardiologa i znajdować potwierdzenie w wynikach badań medycznych. Operacje wykonane przy użyciu technik śródnaczyniowych są wykluczone z zakresu ubezpieczenia;
- 23) **Operacja aorty** - operacja chirurgiczna tętniaka, koarktacji lub rozwarstwienia aorty wykonana drogą laparotomii lub torakotomii, polegająca na usunięciu patologicznie zmienionej części aorty i zastąpieniu jej grafem. W rozumieniu niniejszej definicji za aortę uważa się aortę piersiową i brzuszną, z wykluczeniem jej odgałęzień. Metody chirurgiczne stosujące mikrochirurgię i techniki śródnaczyniowe, w tym przełknięte operacje naprawcze nie są objęte zakresem ubezpieczenia;
- 24) **Utrata kończyn** - amputacja co najmniej dwóch kończyn będąca skutkiem choroby lub wypadku, na poziomie stawu skokowego lub powyżej w przypadku kończyny dolnej lub na poziomie nadgarstków lub powyżej w przypadku kończyny górnej;
- 25) **Sepsa** – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej spowodowany zakażeniem bakteryjnym, wirusowym lub grzybiczym rozprzestrzeniającym się drogą krwionośną i charakteryzującym się obecnością drobnoustrojów we krwi, prowadzący do niewydolności przynajmniej jednego narządu, wymagająca leczenia na OIOM. Przez Sepsę należy również rozumieć:
 - c) przypadki wstrząsu septycznego w przebiegu ciężkiej sepsy.
 - d) sepsę wtórną do powikłań po operacjach chirurgicznych lub urazach.
 Rozpoznanie sepsy musi być potwierdzone dodatnim wynikiem posiewu krwi w dokumentacji medycznej szpitala prowadzącego leczenie.
- 26) **Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu** – choroba wirusowa przenoszona przez kleszcze, przebiegająca z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi koniecznością leczenia szpitalnego, potwierdzona badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego; rozpoznanie choroby powinno być potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 84) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 i podane w karcie wypisu ze szpitala;
- 27) **Tężec** - ostra choroba zakaźna wywołana przez laseczki tężca, występująca w postaci uogólnionej o ciężkim przebiegu i wymagająca leczenia w warunkach OIOM. Rozpoznanie powinno być potwierdzone w

- dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. Zakres ochrony nie obejmuje tęcza w postaci lekkiej, miejscowej, mózgowej.
- 28) **Dystrofia mięśniowa** – choroba charakteryzująca się zmianami we włóknach mięśniowych i tkance łącznej mięśni. Rozpoznanie musi być potwierdzone specjalistę neurologa w oparciu o stwierdzenie wszystkich następujących kryteriów:
- d) osłabienie i zaniki mięśni z osłabieniem odruchów ścięgowych bez zaburzeń czucia z prawidłowym obrazem płynu mózgowo-rdzeniowego,
 - e) typowy obraz elektromiograficzny,
 - f) rozpoznanie kliniczne potwierdzone wynikiem biopsji mięśni.
- 29) **Schyłkowa niewydolność wątroby** – schyłkowa postać przewlekłej choroby (marskości) wątroby powodująca co najmniej jeden z poniższych objawów:
- e) wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
 - f) trwała żółtaczką,
 - g) żylaki przełyku,
 - h) encefalopatia wrotna.
- 30) **Wścieklizna** – ostra choroba zakaźna wywołana przez wirus Lyssa przebiegająca pod postacią ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, w którym wg opinii lekarza specjalisty spełnione są co najmniej dwa z następujących kryteriów:
- a) zmiany czuciowe w miejscu pokąsania przez zwierzę,
 - b) niedowład lub porażenie,
 - c) skurcze mięśni przełyku,
 - d) wodowstręt,
 - e) majaczenie,
 - f) drgawki.
- Rozpoznanie kliniczne musi zostać potwierdzone jedną z następujących metod laboratoryjnych:
- a) izolacja wirusa Lyssa z materiału klinicznego, wykrycie materiału genetycznego wirusa Lyssa w materiale klinicznym,
 - b) wykrycie antygeny wirusa Lyssa metodą immunofluorescencji bezpośredniej w materiale klinicznym,
 - c) potwierdzenie obecności swoistych przeciwciał przeciwko wirusowi Lyssa w surowicy krwi lub płynie mózgowo-rdzeniowym.
- 31) **Pierwotne nadciśnienie płucne** - choroba przebiegająca ze skurczem naczyń w krążeniu płucnym, prowadzącym do podwyższenia ciśnienia krwi w krążeniu płucnym oraz skłonnością do nadmiernego wykrzepiania krwi, objawiająca się klinicznie niewydolnością serca i skutkująca trwałą utratą zdolności do wysiłku co najmniej III stopnia wg WHO. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza specjalistę kardiologa. Zakres ochrony nie obejmuje nadciśnienia płucnego wtórnego od jakiegokolwiek innej przyczyny.
- 32) **Utrata mowy** - całkowita i nieodwracalna, niemożliwa do skorygowania leczeniem, utrata zdolności mowy trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Dokumentacja medyczna musi być potwierdzona właściwą konsultacją specjalisty (laryngolog) i potwierdzać uraz lub chorobę strun głosowych. Wykluczone są przypadki, gdzie powodem utraty mowy są przyczyny psychiczne. Utrata mowy oznacza niemożność artykułowania zrozumiałych słów lub zrozumiale mówionego języka.
- 33) **Utrata możliwości samodzielnej egzystencji** - Rozpoznanie niezdolności do samodzielnej egzystencji wymaga stwierdzenia przez lekarza trwałej i bezpowrotnej utraty zdolności do wykonywania co najmniej trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:
- a) samodzielnego poruszania się w domu rozumianego jako poruszanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu bez konieczności pomocy osoby drugiej. Poruszanie traktuje się jako samodzielne, jeśli może odbywać się wyłącznie przy pomocy wózka, balkoniku lub innych urządzeń;
 - b) kontrolowania oddawania moczu lub kału;
 - c) samodzielnego dbania o higienę osobistą;
 - d) samodzielnego ubierania i rozbierania się;
 - e) samodzielnego spożywania posiłków rozumianego jako wykonywanie wszystkich czynności związanych z samodzielnym spożywaniem przygotowanych posiłków (jedzenie i picie).
- 34) **Choroba Parkinsona** - oznacza przewlekłe schorzenie układu pozapiramidowego, spowodowane pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zmniejszenia liczby neuronów produkujących dopaminę, którego następstwem jest wystąpienie co najmniej dwóch z trzech klasycznych objawów osiowych choroby, tj. drżenia spoczynkowego, spowolnienia ruchowego, plastycznego wzmożenia napięcia mięśniowego (sztywności mięśniowej), zmniejszających się po zastosowaniu leków stymulujących układ dopaminergiczny, zwłaszcza lewodopy. Wykluczony z odpowiedzialności jest parkinsonizm objawowy oraz zespoły parkinsonowskie. Zespoły parkinsonowskie są to stany objawowe charakterystyczne dla choroby parkinsona, różniące się od niej odmienną etiologią. Przez parkinsonizm objawowy (wtórny) należy rozumieć zespół objawów charakterystycznych dla choroby Parkinsona, towarzyszący innym chorobom. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Chorobę Parkinsona uważa się tylko taką Chorobę, która wymaga stwierdzenia przez lekarza trwałej i

bezpowrotnej utraty zdolności do wykonywania co najmniej trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:

- a) samodzielnego poruszania się w domu rozumianego jako poruszanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu bez konieczności pomocy osoby drugiej. Poruszanie traktuje się jako samodzielne, jeśli może odbywać się wyłącznie przy pomocy wózka, balkoniku lub innych urządzeń;
 - b) kontrolowania oddawania moczu lub kału;
 - c) samodzielnego dbania o higienę osobistą;
 - d) samodzielnego ubierania i rozbierania się;
 - e) samodzielnego spożywania posiłków rozumianego jako wykonywanie wszystkich czynności związanych z samodzielnym spożywaniem przygotowanych posiłków (jedzenie i picie).
- 35) **Choroba neuronu ruchowego** - postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego spowodowaną wybiórczym uszkodzeniem neuronów ruchowych – obwodowego i ośrodkowego. Podstawą rozpoznania postawionego przez specjalistę w zakresie neurologii jest obraz kliniczny i wynik badania elektromiografii (EMG). W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Chorobę neuronu ruchowego uważa się tylko taką Chorobę, która wymaga stwierdzenia przez lekarza trwałej i bezpowrotnej utraty zdolności do wykonywania co najmniej trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:
- a) samodzielnego poruszania się w domu rozumianego jako poruszanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu bez konieczności pomocy osoby drugiej. Poruszanie traktuje się jako samodzielne, jeśli może odbywać się wyłącznie przy pomocy wózka, balkoniku lub innych urządzeń;
 - b) kontrolowania oddawania moczu lub kału;
 - c) samodzielnego dbania o higienę osobistą;
 - d) samodzielnego ubierania i rozbierania się;
 - e) samodzielnego spożywania posiłków rozumianego jako wykonywanie wszystkich czynności związanych z samodzielnym spożywaniem przygotowanych posiłków (jedzenie i picie).
- 36) **Bąblowiec mózgu** - oznacza usuniętą chirurgicznie zmianę w mózgu, składającą się z pojedynczych lub mnogich larw typu echinococcus (pęcherz bąblowcowy), potwierdzoną w rozpoznaniu histopatologicznym.
- 37) **Choroba Huntingtona** - oznacza postępującą chorobę ośrodkowego układu nerwowego, rozpoznaną przez specjalistę w zakresie neurologii, w oparciu o dostępne w tym zakresie metody diagnostyczne.
- 38) **Utrata słuchu** - całkowita i nieodwracalna obuuszna utrata słuchu. Rozpoznanie musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez specjalistę laryngologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków Utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- 39) **Choroba Creutzfeldta-Jakoba** - klinicznie rozpoznana za życia Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego przez specjalistę neurologa, choroba powodująca utratę zdolności do wykonywania co najmniej trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:
- a) samodzielnego poruszania się w domu rozumianego jako poruszanie się pomiędzy pomieszczeniami w domu bez konieczności pomocy osoby drugiej. Poruszanie traktuje się jako samodzielne, jeśli może odbywać się wyłącznie przy pomocy wózka, balkoniku lub innych urządzeń;
 - b) kontrolowania oddawania moczu lub kału;
 - c) samodzielnego dbania o higienę osobistą;
 - d) samodzielnego ubierania i rozbierania się;
 - e) samodzielnego spożywania posiłków rozumianego jako wykonywanie wszystkich czynności związanych z samodzielnym spożywaniem przygotowanych posiłków (jedzenie i picie).
- 40) **Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie** - usunięcie świeżej skrzepliny z pnia tętnicy płucnej poprzez jego nacięcie (tzw. embolektomia chirurgiczna) w trakcie zabiegu operacyjnego wykonanego w trybie pilnym z powodu ostrego zatoru tętnicy płucnej;
- 41) **Zakażona martwica trzustki** - pierwszorazowe wykonanie operacji chirurgicznej, polegającej na laparotomii inekrektomii, czyli otwarciu jamy brzusznej i usunięciu martwiczych tkanek okołotrzustkowych lub trzustki u osoby, u której rozpoznano zakażenie tych tkanek w przebiegu ostrego zapalenia trzustki;
- 42) **Ropień mózgu** - usunięta chirurgicznie zmiana w mózgu opisana w rozpoznaniu histopatologicznym jako ropień mózgu;
- 43) **Zgorzel gazowa** - zastosowanie leczenia w warunkach szpitalnych, z powodu rozpoznanego w dokumentacji medycznej ciężkiego zakażenia przyranego, przebiegającego z rozległym obrzękiem, martwicą mięśni, wytwarzaniem gazu w tkankach oraz towarzyszącymi ogólnymi objawami toksemii, spowodowanego przez bakterie: Clostridium perfringens, Clostridium Novyi (oedematiens) lub Clostridium septicum;
- 44) **Choroba aorty brzusznej** - tętniakowate poszerzenie lub rozwarstwienie aorty brzusznej – z wyłączeniem odgałęzień na poziomie aorty, które wymagało przeprowadzenia operacji chirurgicznej polegającej na wymianie chorobowo zmienionego odcinka aorty z zastosowaniem protezy naczyniowej; rozpoznanie musi być oparte na dokumentacji potwierdzającej przebytą w trakcie odpowiedzialności operację wszczęcia protezy naczyniowej;
- 45) **Choroba aorty piersiowej** - tętniakowate poszerzenie lub rozwarstwienie aorty piersiowej – z wyłączeniem odgałęzień na poziomie aorty, które wymagało przeprowadzenia operacji chirurgicznej polegającej na wymianie chorobowo zmienionego odcinka aorty z zastosowaniem protezy naczyniowej; rozpoznanie musi być oparte na dokumentacji potwierdzającej przebytą w trakcie odpowiedzialności operację wszczęcia protezy naczyniowej;
- 46) **Gruźlica** - choroba zakaźna spowodowaną prątkiem gruźlicy (Mycobacterium tuberculosis) z zajęciem miąższu płucnego lub drzewa tchawiczo-oskrzelowego bądź też opłucnej, węzłów chłonnych klatki piersiowej,

- układu moczowo-płciowego, kości i stawów, opon mózgowych. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem badania bakteriologicznego bądź histologicznego i decyzją o wdrożeniu leczenia przeciwpłatkowego;
- 47) **Wada serca** - zastawkowa wada serca wymagająca wymiany chorobowo zmienionej naturalnej zastawki bądź zastawek serca z wszczepieniem protezy zastawkowej; rozpoznanie musi być oparte na dokumentacji potwierdzającej przebytą w trakcie odpowiedzialności operację wszczepienia jednej lub więcej protez zastawkowych; odpowiedzialność nie obejmuje zabiegów rekonstrukcji nieprawidłowo pracujących elementów zastawek naturalnych;
- 48) **Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych** – ostra choroba zakaźna rozpoznana na podstawie badania ogólnego płynu mózgowo-rdzeniowego i dodatniego posiewu płynu mózgowo-rdzeniowego, leczona w warunkach szpitalnych;
- 49) **Bakteryjne zapalenie wsierdza** - pozaszpitalne infekcyjne zapalenie wsierdza (IZW) u osoby z własnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym, rozpoznane w oparciu o obowiązujące kryteria medyczne przez specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych lub kardiologii. Z odpowiedzialności wyłączone są przypadki tej choroby zdiagnozowane u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca
- 50) **Borelioza** - krętkowica przenoszona przez kleszcze przebiegająca z różnorodnymi objawami narządowymi, między innymi ze zmianami skórными objawiającymi się rumieniem, zapaleniem stawów, zapaleniem mięśnia sercowego oraz różnorodnymi objawami neurologicznymi i skutkującą koniecznością leczenia szpitalnego. Zdiagnozowanie choroby skutkujące hospitalizacją powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych wraz ze wskazaniem właściwego kodu choroby (A 69.2) według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego.
- 51) **Małżonek** – osoba fizyczna z którą Ubezpieczony w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
- 52) **Partner** - niespokrewniona z Ubezpieczonym osoba fizyczna pozostająca w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w związku nieformalnym z Ubezpieczonym, z którą Ubezpieczony prowadzi wspólne gospodarstwo domowe, o ile dana osoba została wskazana jako Partner w Deklaracji zgody Ubezpieczonego. Wskazanie może być w każdym czasie odwołane, a zmienione jedynie ze skutkiem na Rocznicę Umowy ubezpieczenia. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Partnera nie uważa się:
- a) osoby, która pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
 - b) każdej innej osoby – w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Zakres ubezpieczenia w wariantcie standardowym obejmuje Wystąpienie w Okresie ubezpieczenia, w życiu Ubezpieczonego, Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w postaci:
- 23) Nowotwór złośliwy (rak);
 - 24) Zawał serca (zawał mięśnia sercowego);
 - 25) Udar mózgu;
 - 26) Niewydolność nerek;
 - 27) Choroby tropikalne;
 - 28) Przewlekłe zapalenie wątroby;
 - 29) Zaawansowany stan otępienny (w tym choroba Alzheimera);
 - 30) Anemia aplastyczna;
 - 31) Stwardnienie rozsiane;
 - 32) Utrata wzroku;
 - 33) Oparzenie trzeciego stopnia;
 - 34) Transfuzyjne zakażenie wirusem HIV;
 - 35) Zawodowe zakażenie wirusem HIV;
 - 36) Ostra niewydolność wątroby;
 - 37) Śpiączka;
 - 38) Paraliż;
 - 39) Choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego (by-pass);
 - 40) Przeszczep narządów;
 - 41) Przeszkórna interwencja wieńcowa (PCI);
 - 42) Operacja zastawek serca;
 - 43) Operacja aorty;
 - 44) Utrata kończyn;
2. Zakres ubezpieczenia w wariantcie plus obejmuje Wystąpienie w Okresie ubezpieczenia, w życiu Ubezpieczonego, Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego w postaci:
- 49) Nowotwór złośliwy (rak);

- 50) Zawał serca (zawał mięśnia sercowego);
- 51) Udar mózgu;
- 52) Niewydolność nerek;
- 53) Choroby tropikalne;
- 54) Przewlekłe zapalenie wątroby;
- 55) Zaawansowany stan otępienny (w tym choroba Alzheimera);
- 56) Anemia aplastyczna;
- 57) Stwardnienie rozsiane;
- 58) Utrata wzroku;
- 59) Oparzenie trzeciego stopnia;
- 60) Transfuzyjne zakażenie wirusem HIV;
- 61) Zawodowe zakażenie wirusem HIV;
- 62) Ostra niewydolność wątroby;
- 63) Śpiączka;
- 64) Paraliż;
- 65) Choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego (by-pass);
- 66) Przeszczep narządów;
- 67) Przewłokowa interwencja wieńcowa (PCI);
- 68) Operacja zastawek serca;
- 69) Operacja aorty;
- 70) Utrata kończyn;
- 71) Sepsa;
- 72) Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu;
- 73) Tężec;
- 74) Dystrofia mięśniowa;
- 75) Schyłkowa niewydolność wątroby;
- 76) Wścieklizna;
- 77) Pierwotne nadciśnienie płucne;
- 78) Utrata mowy;
- 79) Utrata możliwości samodzielnej egzystencji
- 80) Choroba Parkinsona
- 81) Choroba neuronu ruchowego;
- 82) Bąblowiec mózgu;
- 83) Choroba Huntingtona;
- 84) Utrata słuchu;
- 85) Choroba Creutzfeldta-Jakoba;
- 86) Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie;
- 87) Ropień mózgu;
- 88) Zgorzel gazowa;
- 89) Zakażona martwica trzustki;
- 90) Choroba aorty brzusznej;
- 91) Choroba aorty piersiowej;
- 92) Gruźlica;
- 93) Wada serca;
- 94) Bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych;
- 95) Bakteryjne zapalenie wsierdzia;
- 96) Borelioza.

Okres ochrony ubezpieczeniowej

§ 4

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

Suma ubezpieczenia i wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego

§ 5

4. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Wystąpienia Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie także potwierdzona w Certyfikacie.
5. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach i na zasadach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.

6. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

Dokumenty do zgłoszenia roszczenia

§ 6

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

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

§ 7

1. W zakresie ryzyka Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
 - 1¹. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Postanowienie ma wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie Karencja.
 - 1². Postanowienia ust. 1¹ mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.
2. <uchylony>
3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 3 miesiące. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 2 powyżej.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie Wystąpienia danej Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia ubezpieczeniowego. W przypadku Wystąpienia ponownie tej samej Ciężkiej choroby, Towarzystwo ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.
5. W przypadku Wystąpienia drugiej lub kolejnej Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera w Okresie ubezpieczenia, kolejne Świadczenie ubezpieczeniowe nie zostanie wypłacone, chyba że Ciężka choroba z medycznego punktu widzenia nie pozostaje w adekwatnym związku przyczynowo-skutkowym z Ciężką chorobą, z tytułu Wystąpienia której Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaciło Świadczenie ubezpieczeniowe.
6. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Ciężkiej choroby Małżonka albo Partnera, która Wystąpiła w wyniku:
 - 1) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 2) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 3) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,

- 4) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 5) Pozostawiania przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 6) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - 7) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 8) wypadku spowodowanego przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 9) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 10) wypadku lotniczego, jeżeli Małżonek albo Partner Ubezpieczonego nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 11) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99),
 - 12) odmowy poddania się leczeniu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 13) Choroby pośrednio lub bezpośrednio wywołanej przez wirus HIV – nie dotyczy Ciężkiej choroby w postaci Zakażenia wirusem HIV.
7. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Wystąpienia Choroby tropikalnej, jeżeli:
- 1) do jej Wystąpienia doszło w związku z pobytem Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego za granicą oraz
 - 2) Małżonek albo Partner Ubezpieczonego nie posiadał przy wjeździe wszystkich szczepień wymaganych przez władze tego kraju na podstawie Międzynarodowych Przepisów Zdrowotnych lub nie potwierdził ich posiadania, o ile miało to wpływ na wystąpienie Choroby tropikalnej.
8. Towarzystwo Ubezpieczeń w okresie pierwszych 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli:
- 1) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego prowadzono diagnostykę lub leczenie w kierunku Choroby, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej lub
 - 2) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Małżonka albo Partnera Ubezpieczonego została zdiagnozowana Choroba, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej – dotyczy osób nie objętych ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia.
9. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Wystąpienie Ciężkiej choroby nastąpiło wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed pierwszym dniem Okresu ubezpieczenia – dotyczy osób nie objętych ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia.
10. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Wystąpienia Boreliozy, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 10% sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony.

Postanowienia końcowe

§ 8

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

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 17 maja 2018 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

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

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1.Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 11) i 28) Warunków Ubezpieczenia, § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia. § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 6), 25), 26), 28) i 33) Warunków Ubezpieczenia, § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 11), 25), 26) i 28) Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 12), 25) i 37) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26), 28), 29) i 37) Warunków Ubezpieczenia,
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 4), 7), 8), 11), 12), 19), 24), 25), 26), 28), 33) i 37) Warunków Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 4), 7), 8), 9), 10), 11), 14), 19), 21), 24), 27) i 36) Warunków Ubezpieczenia;

	§ 10 Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 7), 8), 11), 12), 22), 25), 26), 28), 29), 30), 33) i 37) Warunków Ubezpieczenia
--	---

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (kod warunków: UG_PWSNW/12/15)

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

Zakres i przedmiot ubezpieczenia

§ 3

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

Okres ochrony ubezpieczeniowej

§ 4

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

Suma ubezpieczenia i wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, równe sumie ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku należne jest od pierwszego dnia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem, że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku trwał co najmniej 2 dni, z zastrzeżeniem ust. 3,

- 2) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4,
- 3) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się w ciągu 14 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
- 4) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem a Pobymem w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, także w przypadku, gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, jednakże Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe wyłącznie za te dni, które miały miejsce w Okresie ubezpieczenia.
4. W przypadku gdy Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku miał miejsce przed początkiem Okresu ubezpieczenia, w okresie obejmowania ochroną danej osoby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
5. W przypadku gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku rozpoczął się po 15 dniach od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
6. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia,
7. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

Dokumenty do zgłoszenia roszczenia

§ 6

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

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

§ 7

1. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń, w każdym roku Okresu ubezpieczenia, jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych za łącznie nie więcej niż 180 dni Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, niezależnie od przyczyny Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie wysokości sumy ubezpieczenia za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego za pierwsze 14 dni tego Pobytu. Po upływie okresu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Świadczenie ubezpieczeniowe za kolejne dni Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku zostanie wypłacone w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce:
 - 1) w szpitalu uzdrowiskowym (sanatoryjnym),
 - 2) w szpitalu rehabilitacyjnym,
 - 3) w szpitalu psychiatrycznym,
 - 4) w sanatorium,
 - 5) w uzdrowisku,
 - 6) ośrodku opieki społecznej,
 - 7) ośrodku dla psychicznie chorych,
 - 8) hospicjum,
 - 9) ośrodku leczenia uzależnień
 - 10) na oddziale rehabilitacyjnym.

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

Postanowienia końcowe

§ 8

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

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 17 maja 2018 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

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

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1.Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 11) i 28) Warunków Ubezpieczenia, § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia. § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 6), 25), 26), 28) i 33) Warunków Ubezpieczenia, § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 11), 25), 26) i 28) Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 12), 25) i 37) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26), 28), 29) i 37) Warunków Ubezpieczenia,
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 4), 7), 8), 11), 12), 19), 24), 25), 26), 28), 33) i 37) Warunków Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 4), 7), 8), 9), 10), 11), 14), 19), 21), 24), 27) i 36) Warunków Ubezpieczenia;

	§ 10 Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 7), 8), 11), 12), 22), 25), 26), 28), 29), 30), 33) i 37) Warunków Ubezpieczenia
--	---

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15)

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

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

Zakres i przedmiot ubezpieczenia

§ 3

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

Okres ochrony ubezpieczeniowej

§ 4

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

Suma ubezpieczenia i wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego

§ 5

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

Dokumenty do zgłoszenia roszczenia

§ 6

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

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

§ 7

1. W zakresie ryzyka Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
 - 1¹. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Postanowienie ma wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie Karencja.
 - 1². Postanowienia ust. 1¹ mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.
2. <uchylony>
3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 3 miesiące. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń, w każdym roku Okresu ubezpieczenia, jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych za łącznie nie więcej niż 180 dni Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, niezależnie od przyczyny Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w Szpitalu, który miał miejsce:
 - 1) w szpitalu uzdrowiskowym (sanatoryjnym),
 - 2) w szpitalu rehabilitacyjnym,
 - 3) w szpitalu psychiatrycznym,
 - 4) w sanatorium,
 - 5) w uzdrowisku,
 - 6) ośrodku opieki społecznej,
 - 7) ośrodku dla psychicznie chorych,
 - 8) hospicjum,
 - 9) ośrodku leczenia uzależnień
 - 10) na oddziale rehabilitacyjnym.
6. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, który nastąpił:
 - 1) w wyniku Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) w wyniku Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) w wyniku próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) w wyniku zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;

- 5) w wyniku Pozostawania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii a także aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 6) w wyniku Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - 7) w wyniku udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile powyższy udział miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 8) w wyniku wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 9) w związku z leczeniem niepłodności,
 - 10) w wyniku zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 11) w wyniku choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg. Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00-F99) oraz uzależnień od leków, narkotyków lub środków odurzających, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 12) w wyniku Choroby wywołanej przez wirus HIV, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 13) w związku z przeprowadzeniem rutynowych lub profilaktycznych badań kontrolnych, w tym badania lekarskiego, a także badań diagnostycznych,
 - 14) w związku z leczeniem wad wrodzonych lub skutków tych wad, zmiany płci,
 - 15) w związku z wykonaniem operacji plastycznych (w tym powiększenie lub pomniejszenie piersi), kosmetycznych lub chirurgii szczękowej lub stomatologicznej, chyba, że są one niezbędne w celu usunięcia następstw Nieszczęśliwego wypadku,
 - 16) w wyniku wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 17) odmowy poddania się leczeniu, w tym wypisanie się ze Szpitala na własne żądanie.
7. Towarzystwo Ubezpieczeń w okresie pierwszych 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli:
- 1) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego prowadzono diagnostykę lub leczenie w kierunku Choroby, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej lub
 - 2) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego została zdiagnozowana Choroba, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej.
8. Towarzystwo Ubezpieczeń uznaje swoją odpowiedzialność również w sytuacji, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w wyniku Choroby leczonej lub zdiagnozowanej w okresie obejmowania ochroną danej osoby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia zdania poprzedniego mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ochrony ubezpieczenia, tj. od dnia objęcia jej ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.

Postanowienia końcowe

§ 8

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

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 17 maja 2018 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

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

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1.Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 11) i 28) Warunków Ubezpieczenia, § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia. § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 6), 25), 26), 28) i 33) Warunków Ubezpieczenia, § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26) i 28) Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 12), 25) i 37) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26), 28), 29) i 37) Warunków Ubezpieczenia,

2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 7), 8), 12), 25), 26), 28), 33) i 37) i § 10 Warunków Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 7), 8), i 21) Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 7), 8), 11), 12), 22), 25), 26), 28), 29), 30), 33) i 37) Warunków Ubezpieczenia
---	--

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego na OIOM (kod warunków: UG_OIOM/12/15)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. **Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego na OIOM**, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu na OIOM.
2. Rozszerzenie zakresu o ryzyko, o którym mowa w ust. 1, może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło również rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, zgodnie z postanowieniami Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15).

Definicje

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Pobyt na OIOM** – trwający nieprzerwanie pobyt na OIOM w trakcie Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, w celu leczenia obrażeń doznanych wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub wskutek Choroby.
 - 2) **OIOM** - Oddział Intensywnej Opieki Medycznej/ Oddział Intensywnej Terapii (OIOM/OIT) – wydzielony, specjalistyczny oddział Szpitala przeznaczony dla chorych w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, wymagających intensywnego leczenia, opieki i stałego nadzoru.
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia, a także w zakresie nieuregulowanym – znaczenie przyjęte w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15).

Zakres i przedmiot ubezpieczenia

§ 3

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

Okres ochrony ubezpieczeniowej

§ 4

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

Suma ubezpieczenia i wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień niniejszych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Pobytu Ubezpieczonego na OIOM, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego na OIOM, w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie potwierdzona również w Certyfikacie. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu Ubezpieczonego na OIOM należne jest od pierwszego dnia Pobytu na OIOM.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Pobyt Ubezpieczonego na OIOM trwał co najmniej 2 dni (każdy rozpoczęty dzień uznaje się za pełny),
 - 2) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (w trakcie którego miał miejsce Pobyt na OIOM) trwał co najmniej 4 dni, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, także w przypadku, gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (w trakcie którego miał miejsce Pobyt na OIOM) lub Pobyt na OIOM rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, jednakże Towarzystwo

Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe wyłącznie za te dni Pobytu na OIOM, które miały miejsce w Okresie ubezpieczenia.

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

Dokumenty do zgłoszenia roszczenia

§ 6

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

Ograniczenia odpowiedzialności

§ 7

1. W zakresie ryzyka Pobytu na OIOM w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
 - 1¹. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Postanowienie ma wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie Karencja.
 - 1². Postanowienia ust. 1¹ mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.
2. <uchylony>
3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 3 miesiące. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (w trakcie którego miał miejsce Pobyt na OIOM) miał miejsce w związku z okolicznościami, o których mowa w § 7 ust. 5-8 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15).
5. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń, w każdym roku Okresu ubezpieczenia, jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych za łącznie nie więcej niż 14 dni Pobytu Ubezpieczonego na OIOM.

Postanowienia końcowe

§ 8

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

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 1 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

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

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1.Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15). § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia. § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 6), 7), 25), 26), 28) i 33) Warunków Ubezpieczenia, § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 11), 25), 26) i 28) Warunków Ubezpieczenia;

	§ 1 ust. 1 pkt 12), 25) i 37) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26), 28), 29) i 37) Warunków Ubezpieczenia,
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26) i 28) Warunków Ubezpieczenia, § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia w związku z § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15), w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 4), 7), 8), 11), 12), 19), 24), 25), 26), 28), 33) i 37) Warunków Ubezpieczenia § 10 Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 7), 8), 11), 12), 22), 25), 26), 28), 29), 30), 33) i 37) Warunków Ubezpieczenia

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu (kod warunków: UG_PWSZSU/12/15)

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Postanowienia ogólne

§ 1

1. **Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu**, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu.
2. Rozszerzenie zakresu o ryzyko, o którym mowa w ust. 1, może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło również rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, zgodnie z postanowieniami Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15).

Definicje

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 6) **Udar mózgu** – nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmoźgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych i utrzymujące się przez okres co najmniej 24 godzin od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone: obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR).
W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Udar mózgu nie uważa się:
 - c) epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - d) uszkodzeń mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem;
 - 2) **Zawał serca (zawał mięśnia sercowego)** – obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia. Diagnoza musi być oparta na trzech lub więcej z niżej podanych pięciu kryteriów, które są podstawą rozpoznania świeżego zawału mięśnia sercowego:
 - k) stwierdzony w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej,
 - l) świeże zmiany w EKG potwierdzające zawał mięśnia sercowego,
 - m) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu frakcji mięśniowej enzymu – kinazy kreatyninowej,
 - n) diagnostycznie istotne podwyższenie poziomu Troponiny (T lub I),
 - o) świeże zaburzenie kurczliwości mięśnia sercowego (hipokineza);Z zakresu ubezpieczenia wyłącza się stabilną i niestabilną chorobę wieńcową.
2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia a także w zakresie nieuregulowanym – znaczenie przyjęte w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15).

Zakres i przedmiot ubezpieczenia

§ 3

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

Okres ochrony ubezpieczeniowej

§ 4

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

Suma ubezpieczenia i wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie

ubezpieczeniowe za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu, równe sumie ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu należne jest od pierwszego dnia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu.

2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 5) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu trwał co najmniej 3 dni, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej,
 - 6) Zawał serca lub Udar mózgu, będący przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - 7) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w ciągu 14 dni od dnia zajścia Zawału serca lub Udaru mózgu,
 - 8) z medycznego punktu widzenia między Zawałem serca lub Udarem mózgu a Pobytem w Szpitalu istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, także w przypadku, gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, jednakże Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe wyłącznie za te dni, które miały miejsce w Okresie ubezpieczenia.
4. W przypadku gdy Zawał serca lub Udar mózgu będący przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Niezszczęśliwego wypadku miał miejsce przed początkiem Okresu ubezpieczenia, w okresie obejmowania ochroną danej osoby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu.
5. W przypadku gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu rozpoczął się po 15 dniach od dnia w którym miał miejsce Zawał serca lub Udar mózgu, Towarzystwo wypłaci świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu.
6. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.
7. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony.

Dokumenty do zgłoszenia roszczenia

§ 6

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

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu miał miejsce w związku z okolicznościami, o których mowa w § 7 ust. 5-8 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15).
2. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie wysokości sumy ubezpieczenia za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału serca lub Udaru mózgu jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego za pierwsze 14 dni tego Pobytu. Po upływie okresu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Świadczenie ubezpieczeniowe za kolejne dni Pobytu w Szpitalu wskutek Zawału Serca lub Udaru mózgu zostanie wypłacone w wysokości 50% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Zawału Serca lub Udaru mózgu.

Postanowienia końcowe

§ 8

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

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 1 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

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

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1.Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 11) i 28) Warunków Ubezpieczenia, § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia. § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 6), 7), 12), 25), 26), 28) i 33) Warunków Ubezpieczenia, § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26) i 28) Warunków Ubezpieczenia;

	§ 1 ust. 1 pkt 12), 25) i 37) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26), 28), 29) i 37) Warunków Ubezpieczenia,
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26) i 28) Warunków Ubezpieczenia, § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15), w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 4), 7), 8), 11), 12), 19), 24), 25), 26), 28), 33) i 37) Warunków Ubezpieczenia § 10 Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 7), 8), 11), 12), 22), 25), 26), 28), 29), 30), 33) i 37) Warunków Ubezpieczenia

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego (kod warunków: UG_PWSNWK/12/15)

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Postanowienia ogólne

§ 1

1. **Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego**, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.
2. Rozszerzenie zakresu o ryzyko, o którym mowa w ust. 1, może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło również rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, zgodnie z postanowieniami Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15).

Definicje

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny** – Nieszczęśliwy wypadek, który miał miejsce w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu Ubezpieczony uległ jako:
 - a) pasażer lub kierujący pojazdem silnikowym, motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem wodnym lub pasażerskim statkiem powietrznym,
 - b) rowerzysta,
 - c) pieszy.
2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia a także w zakresie nieuregulowanym – znaczenie przyjęte w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15).

Zakres i przedmiot ubezpieczenia

§ 3

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

Okres ochrony ubezpieczeniowej

§ 4

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

Suma ubezpieczenia i wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień niniejszych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, równe sumie ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu należne jest od pierwszego dnia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 9) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu trwał co najmniej 2 dni, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej,

- 10) Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny, będący przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4,
 - 11) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w ciągu 14 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego,
 - 12) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym a Pobylem w Szpitalu istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, także w przypadku, gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, jednakże Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe wyłącznie za te dni, które miały miejsce w Okresie ubezpieczenia.
 4. W przypadku gdy Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny będący przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego miał miejsce przed początkiem Okresu ubezpieczenia, w okresie obejmowania ochroną danej osoby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości 25% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.
 5. W przypadku gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego rozpoczął się po 15 dniach od zajścia Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, Towarzystwo wypłaci świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości 25% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.
 6. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia,
 7. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

Dokumenty do zgłoszenia roszczenia

§ 6

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

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego miał miejsce w związku z okolicznościami, o których mowa w § 7 ust. 5-6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15).
2. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie wysokości sumy ubezpieczenia za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego za pierwsze 14 dni tego Pobytu. Po upływie okresu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Świadczenie ubezpieczeniowe za kolejne dni Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego zostanie wypłacone w wysokości 25% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.

Postanowienia końcowe

§ 8

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

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 1 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

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

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1.Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 11) i 28) Warunków Ubezpieczenia, § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia. § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 6), 7), 12), 25), 26), 28) i 33) Warunków Ubezpieczenia, § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków:

	UG_PWS/12/15) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26) i 28) Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 12), 25) i 37) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26), 28), 29) i 37) Warunków Ubezpieczenia,
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26) i 28) Warunków Ubezpieczenia, § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15), w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 4), 7), 8), 11), 12), 19), 24), 25), 26), 28), 33) i 37) Warunków Ubezpieczenia § 10 Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 7), 8), 11), 12), 22), 25), 26), 28), 29), 30), 33) i 37) Warunków Ubezpieczenia

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy (kod warunków: UG_PWSNWP/12/15);

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Postanowienia ogólne

§ 1

1. **Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy**, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.
2. Rozszerzenie zakresu o ryzyko, o którym mowa w ust. 1, może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło również rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, zgodnie z postanowieniami Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15).

Definicje

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Nieszczęśliwy wypadek przy pracy** – Nieszczęśliwy wypadek będący wyłączną i bezpośrednią przyczyną Pobytu w Szpitalu, który miał miejsce:
 - a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego zwykłych czynności albo poleceń przełożonych w ramach istniejącego stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego,
 - b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego czynności na rzecz przełożonego nawet bez polecenia w ramach istniejącego stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego,
 - c) w czasie pozostawania Ubezpieczonego w dyspozycji przełożonego w drodze między siedzibą przełożonego a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego.Przez stosunki cywilnoprawne należy rozumieć wyłącznie takie stosunki prawne, których zawarcie powoduje konieczność odprowadzania składek na poczet ubezpieczenia społecznego.
2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia a także w zakresie nieuregulowanym – znaczenie przyjęte w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15).

Zakres i przedmiot ubezpieczenia

§ 3

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

Okres ochrony ubezpieczeniowej

§ 4

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

Suma ubezpieczenia i wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy, równe sumie ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy należyne jest od pierwszego dnia Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

- 1) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy trwał co najmniej 2 dni, z zastrzeżeniem ust. 3,
- 2) Nieszczęśliwy wypadek przy pracy, będący przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4,
- 3) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w ciągu 14 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku przy pracy,
- 4) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem przy pracy a Pobytem w Szpitalu istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, j także w przypadku, gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia, jednakże Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe wyłącznie za te dni, które miały miejsce w Okresie ubezpieczenia.
4. W przypadku gdy Nieszczęśliwy wypadek przy pracy będący przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy miał miejsce przed początkiem Okresu ubezpieczenia, w okresie obejmowania ochroną danej osoby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości 25% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.
5. W przypadku gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy rozpoczął się po 15 dniach od zajścia Nieszczęśliwego wypadku przy pracy, Towarzystwo wypłaci świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości 25% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.
6. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych w Warunkach Ubezpieczenia,
7. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

Dokumenty do zgłoszenia roszczenia

§ 6

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

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

§ 7

1. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu miał miejsce w związku z okolicznościami, o których mowa w § 7 ust. 5-6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15).
2. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w zakresie wysokości sumy ubezpieczenia za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego za pierwsze 14 dni tego Pobytu. Po upływie okresu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Świadczenie ubezpieczeniowe za kolejne dni Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy zostanie wypłacone w wysokości 25% sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku przy pracy.

Postanowienia końcowe

§ 8

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

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 1 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

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

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1.Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 11) i 25) Warunków Ubezpieczenia, § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia. § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 3) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 4), 6), 11), 25), 26), 28) i 33) Warunków Ubezpieczenia, § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26) i 28) Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 12), 25) i 37) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26), 28), 29) i 37) Warunków Ubezpieczenia,
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 4), 7), 8), 11), 12), 19), 24), 25), 26), 28), 33) i 37) Warunków Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 4), 7), 8), 9), 10), 11), 14), 19), 21), 24), 27) i 36) Warunków Ubezpieczenia;

	§ 10 Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 7), 8), 11), 12), 22), 25), 26), 28), 29), 30), 33) i 37) Warunków Ubezpieczenia
--	---

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Operacji chirurgicznej Ubezpieczonego (kod warunków: UG_OC/12/15)

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Postanowienia ogólne

§ 1

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

Definicje

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Operacja chirurgiczna (Operacja)** – zabieg chirurgiczny polegający na naruszeniu ciągłości tkanek, przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym w Szpitalu przez lekarza uprawnionego do jego wykonania. Z medycznego punktu widzenia Operacja musi być konieczna w celu wyleczenia lub zmniejszenia objawów Choroby lub obrażeń doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. Przez Operację należy rozumieć tylko taką Operację, która jest wymieniona w Tabeli.
 - 2) **Szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalnego, uprawniony do oferowania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z prawem na terytorium Europy, Ameryki Północnej, Indii, Egiptu, Izraela, Australii, Nowej Zelandii, Singapuru oraz Japonii, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej.
 - 3) **Tabela (Tabela operacji chirurgicznych)** - katalog Operacji, stanowiący załącznik do Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, klasyfikujący Operacje na grupy: A, B, C, D, E, a także określający wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego przysługującego z tytułu wykonania danego rodzaju Operacji chirurgicznej. Wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego została określona jako procent sumy ubezpieczenia, ustalany z zgodnie z poniższymi zasadami:
 - a) Operacje chirurgiczne z grupy A – 100 % sumy ubezpieczenia;
 - b) Operacje chirurgiczne z grupy B – 75 % sumy ubezpieczenia;
 - c) Operacje chirurgiczne z grupy C – 50 % sumy ubezpieczenia;
 - d) Operacje chirurgiczne z grupy D – 25 % sumy ubezpieczenia;
 - e) Operacje chirurgiczne z grupy E – 12,5 % sumy ubezpieczenia;
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

Zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętym zakresem ubezpieczenia na podstawie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia jest przeprowadzenie w Okresie ubezpieczenia na Ubezpieczonym Operacji chirurgicznej.

Okres ochrony ubezpieczeniowej

§ 4

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

Suma ubezpieczenia i Świadczenie ubezpieczeniowe

§ 5

1. Wysokość sumy ubezpieczenia wynika z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony.
2. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku wykonania Operacji chirurgicznej, będącej następstwem Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci

- Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości odpowiedniego procentu sumy ubezpieczenia określonego w Tabeli, należnego za wykonanie danej Operacji chirurgicznej.
3. W przypadku Operacji chirurgicznej będącej następstwem Nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną Operacji chirurgicznej, miał miejsce w Okresie ubezpieczenia,
 - 2) z medycznego punktu widzenia między Nieszczęśliwym wypadkiem a Operacją chirurgiczną istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy.
 4. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.
 5. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach i na zasadach określonych w Warunkach Ubezpieczenia.

Dokumenty do zgłoszenia roszczenia

§ 6

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

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

§ 7

1. W zakresie ryzyka Operacji chirurgicznej w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
 - 1¹. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Postanowienie ma wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie Karencja.
 - 1². Postanowienia ust. 1¹ mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.
2. <uchylony>
3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 3 miesiące. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń w każdym roku Okresu ubezpieczenia jest ograniczona do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych o łącznej wysokości nie wyższej niż 100 % sumy ubezpieczenia.
5. Jeżeli podczas jednego zabiegu zostanie przeprowadzana więcej niż jedna Operacja, wówczas odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Operacji chirurgicznej, za którą jest przewidziane Świadczenie ubezpieczeniowe w najwyższej wysokości. W zakresie pozostałych przeprowadzonych Operacji Towarzystwo Ubezpieczeń jest wolne od odpowiedzialności.

6. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń jest ograniczona do wypłaty jednorazowego Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu danej Operacji chirurgicznej. Kolejne wykonanie takiej samej Operacji chirurgicznej w Okresie ubezpieczenia nie skutkuje powstaniem odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.
7. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności również w sytuacji, gdy druga lub kolejna Operacja chirurgiczna pozostaje z medycznego punktu widzenia w adekwatnym związku przyczynowo- skutkowym z Operacją chirurgiczną, z tytułu której Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaciło już Świadczenie ubezpieczeniowe w Okresie ubezpieczenia.
8. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Operacji chirurgicznej:
 - 1) przeprowadzonej jedynie w celach diagnostycznych,
 - 2) przeprowadzonej w trybie ambulatoryjnym,
 - 3) będącej operacją plastyczno-kosmetyczną, chyba że została przeprowadzona w celu leczenia obrażeń doznanych wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
9. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Operacji chirurgicznej, która nastąpiła w wyniku:
 - 1) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) leczenia Ubezpieczonego następującymi niekonwencjonalnymi metodami: homeopatia, akupunktura, akupresura, ziołolecznictwo, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 5) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 6) Pozostawiania pod wpływem spożytego alkoholu, a także użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 7) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii.
 - 8) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 9) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 10) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 11) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg. Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00-F99) oraz uzależnień od leków, narkotyków lub środków odurzających, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 12) Choroby wywołanej pośrednio lub bezpośrednio przez wirus HIV, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 13) leczenia wad wrodzonych lub skutków tych wad, zmiany płci, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 14) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 15) odmowy poddania się leczeniu, w tym wypisu na własne żądanie ze Szpitala, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.
10. Towarzystwo Ubezpieczeń w okresie pierwszych 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli:
 - 1) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego prowadzono diagnostykę lub leczenie w kierunku Choroby, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej lub
 - 2) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego została zdiagnozowana Choroba, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej.

11. Towarzystwo Ubezpieczeń uzna swoją odpowiedzialność również w sytuacji, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w wyniku Choroby leczonej lub zdiagnozowanej w okresie obejmowania ochroną danej osoby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia zdania poprzedniego mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ochrony ubezpieczenia, tj. od dnia objęcia jej ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.

Postanowienia końcowe

§ 8

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

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 1 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

TABELA OPERACJI OPEN LIFE	
L.p.	Układ nerwowy
1	Rozległa resekcja tkanki mózgowej A
2	Wycięcie zmiany tkanki mózgowej A
3	Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej A
4	Drenaż okolicy zmiany tkanki mózgowej B
5	Wszczepienie stymulatora mózgu B
6	Wentrykulostomia C
7	Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu B
8	Przeszczep nerwu czaszkowego A
9	Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego A
10	Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego B
11	Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego B
12	Wycięcie zmiany nerwu czaszkowego A
13	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego A
14	Wewnątrzczaszkowa stereotaktyczna dekompresja nerwu czaszkowego A
15	Usunięcie zmiany opony mózgu A
16	Rekonstrukcja opony twardej A
17	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej A
18	Drenaż przestrzeni podoponowej A
19	Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego A
20	Operacja korzenia nerwu rdzeniowego A
21	Wycięcie nerwu obwodowego D
22	Zniszczenie nerwu obwodowego D
23	Wycięcie zmiany nerwu obwodowego D
24	Rekonstrukcja nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną C
25	Sympatektomia szyjna C
	Układ wydzielania wewnętrzznego
1	Wycięcie przysadki mózgowej A
2	Zniszczenie przysadki mózgowej B
3	Operacja szyszynki A
4	Wycięcie tarczycy C
5	Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy B
6	Wycięcie tarczycy językowej B
7	Wycięcie przytarczyc B
8	Wycięcie grasicy C
9	Wycięcie nadnercza C
10	Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy C
	Gruzoł sutkowy
1	Całkowite wycięcie sutka B
2	Całkowita rekonstrukcja sutka B
3	Nacięcie sutka E
4	Operacja dotycząca brodawki gruczołu sutkowego D
	Narząd wzroku

1	Wycięcie gałki ocznej C
2	Usunięcie zmiany oczodołu C
3	Protezowanie gałki ocznej D
4	Rewizja protezy gałki ocznej D
5	Operacyjna plastyka oczodołu C
6	Nacięcie oczodołu D
7	Rozcięcie kąta szpary powiekowej D
8	Usunięcie zmiany powieki E
9	Wycięcie nadmiaru powieki E
10	Rekonstrukcja powieki D
11	Korekcja deformacji powieki E
12	Korekcja opadania powieki C
13	Nacięcie powieki E
14	Ochronne zeszytie szpary powiekowej E
15	Wycięcie ciała rzęskowego E
16	Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową C
17	Operacja kanału łzowego E
18	Złożona operacja na mięśniach okoruchowych C
19	Repozycja mięśnia okoruchowego D
20	Usunięcie mięśnia okoruchowego D
21	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego D
22	Usunięcie zmiany spojówki E
23	Operacja naprawcza spojówki E
24	Nacięcie spojówki E
25	Wycięcie zmiany rogówki D
26	Plastyka rogówki D
27	Operacja naprawcza rogówki D
28	Nacięcie rogówki D
29	Usunięcie zmiany twardówki D
30	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem (z wyłączeniem koagulacji laserowej lub fotokoagulacji) A
31	Nacięcie twardówki D
32	Wycięcie tęczówki D
33	Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki D
34	Nacięcie tęczówki D
35	Usunięcie ciała rzęskowego D
36	Katarakta-usunięcie jednostronne C
37	Katarakta – usunięcie obustronne B
38	Nacięcie torebki soczewki oka E
39	Operacja ciała szklistego C
40	Zniszczenie zmiany siatkówki D
	Narząd słuchu
1	Wycięcie ucha zewnętrznego D
2	Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego E
3	Plastyka ucha zewnętrznego D

4	Drenaż ucha zewnętrznego E
5	Otwarcie wyrostka sutkowatego C
6	Operacja naprawcza błony bębenkowej C
7	Drenaż ucha środkowego E
8	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych C
9	Usunięcie zmiany ucha środkowego C
10	Operacja trąbki Eustachiusza C
11	Operacja ślimaka A
12	Operacja aparatu przedsionkowego C
Układ oddechowy	
1	Amputacja nosa C
2	Plastyka nosa D
3	Operacja przegrody nosa E
4	Operacja małżowiny wewnętrznej nosa E
5	Operacyjna tamponada krwawienia z nosa wewnętrznego E
6	Operacja nosa zewnętrznego E
7	Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej z dostępu podwargowego E
8	Operacja zatoki czołowej E
9	Operacja zatoki klinowej E
10	Operacja niewyszczególnionej zatoki przynosowej E
11	Wycięcie gardła A
12	Operacja naprawcza gardła C
13	Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia) C
14	Wycięcie krtani A
15	Wycięcie zmiany krtani metodą otwartą B
16	Rekonstrukcja krtani A
17	Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu E
18	Częściowe wycięcie tchawicy A
19	Plastyka tchawicy B
20	Protezowanie tchawicy metodą otwartą C
21	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej) D
22	Otwarta operacja ostrogi tchawicy C
23	Częściowe usunięcie oskrzela C
24	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą fiberoskopową (nie obejmuje fiberoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia) D
25	Operacja za pomocą endoskopu dolnego odcinka układu oddechowego metodą bronchoskopową (nie obejmuje bronchoskopii diagnostycznej, nie obejmuje usunięcia ciała obcego bez nacięcia) D
26	Przeszczep płuca A
27	Wycięcie płuca A
28	Usunięcie zmiany tkanki płucnej metodą otwartą B
29	Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznych) C
30	Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu C
Układ pokarmowy	
1	Częściowe wycięcie wargi E
2	Usunięcie zmiany wargi E
3	Korekcja deformacji wargi D

4	Wycięcie języka C
5	Usunięcie zmiany języka E
6	Nacięcie języka E
7	Usunięcie zmiany podniebienia E
8	Korekcja deformacji podniebienia C
9	Wycięcie migdałków podniebiennych E
10	Usunięcie zmiany z innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów) E
11	Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł) C
12	Wycięcie ślinianki D
13	Usunięcie zmiany ślinianki E
14	Nacięcie gruczołu ślinowego E
15	Przeszczepienie przewodu ślinowego E
16	Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą D
17	Podwiązanie przewodu ślinowego E
18	Poszerzenie przewodu ślinowego E
19	Wycięcie przełyku i żołądka A
20	Całkowite wycięcie przełyku A
21	Częściowe wycięcie przełyku C
22	Usunięcie zmiany przełyku metodą otwartą C
23	Zespolecie omijające przełyku A
24	Rewizja zespolenia przełyku C
25	Operacja naprawcza przełyku A
26	Wytworzenie przetoki przełykowej C
27	Nacięcie przełyku C
28	Operacja żylaków przełyku metodą otwartą C
29	Wprowadzenie endoprotezy przełyku metodą otwartą C
30	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku metodą fiberoskopową E
31	Endoskopowe usunięcie zmiany przełyku z zastosowaniem sztywnego ezofagoskopu E
32	Operacja naprawcza przepukliny przeponowej D
33	Operacja antyrefluksowa D
34	Rewizja po zabiegu antyrefluksowym D
35	Całkowite wycięcie żołądka A
36	Częściowe wycięcie żołądka B
37	Endoskopowe usunięcie zmiany w obrębie górnego odcinka przewodu pokarmowego E
38	Gastrostomia C
39	Usunięcie zmiany górnego odcinka przewodu pokarmowego metodą endoskopową E
40	Wycięcie dwunastnicy B
41	Usunięcie zmiany dwunastnicy metodą otwartą C
42	Zespolecie omijające dwunastnicy C
43	Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy C
44	Terapeutyczna operacja dwunastnicy przy użyciu endoskopu E
45	Wycięcie jelita czczego A
46	Usunięcie zmiany jelita czczego metodą otwartą B
47	Jejunostomia C
48	Zespolecie omijające jelita czczego C

49	Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu C
50	Wycięcie jelita krętego A
51	Usunięcie zmiany jelita krętego metodą otwartą C
52	Zespoleńie omijające jelita krętego C
53	Rewizja zespolenia jelita krętego C
54	Wytworzenie ileostomii C
55	Rewizja ileostomii D
56	Śródbrzuszne manipulacje na jelicie krętym C
57	Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu C
58	Wycięcie wyrostka robaczkowego ze wskazań nagłych D
59	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy A
60	Całkowite wycięcie okrężnicy A
61	Rozszerzona prawostronna hemikolektomia B
62	Resekcja poprzecznicy B
63	Lewostronna hemikolektomia B
64	Wycięcie esicy A
65	Usunięcie zmiany okrężnicy metodą otwartą C
66	Zespoleńie omijające okrężnicy C
67	Wyłonienie jelita ślepego C
68	Nacięcie okrężnicy C
69	Śródbrzuszne manipulacje na okrężnicy C
70	Operacja okrężnicy metodą otwartą z użyciem endoskopu C
71	Usunięcie zmiany okrężnicy przy użyciu endoskopu E
72	Endoskopowe usunięcie zmiany esicy z zastosowaniem sztywnego sigmoidoskopu E
73	Wycięcie odbytnicy A
74	Usunięcie zmiany odbytnicy metodą otwartą C
75	Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą C
76	Operacja ufiksowania odbytnicy poprzez zwieracz odbytu C
77	Operacja ufiksowania odbytnicy z dojścia przez krocze C
78	Wycięcie odbytu B
79	Wycięcie zmiany odbytu D
80	Operacja naprawcza odbytu C
81	Wycięcie hemoroidów D
82	Drenaż przez okolicę krocza E
83	Przeszczep wątroby A
84	Częściowe wycięcie wątroby C
85	Usunięcie zmiany wątroby C
86	Nacięcie wątroby D
87	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparoskopu C
88	Zniszczenie zmiany w wątrobie przeznaczyniowo E
89	Wycięcie pęcherzyka żółciowego C
90	Zespoleńie pęcherzyka żółciowego C
91	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego C
92	Nacięcie pęcherzyka żółciowego D
93	Przezskórna terapeutyczna operacja pęcherzyka żółciowego D

94	Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego C
95	Usunięcie zmiany dróg żółciowych C
96	Zespoleń przewodu wątrobowego D
97	Zespoleń przewodu żółciowego wspólnego (nie dotyczy zabiegu przezskórnego) C
98	Operacja naprawcza przewodu żółciowego (nie dotyczy zabiegu przezskórnego) C
99	Nacięcie przewodu żółciowego C
100	Przezdwnastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera metodą otwartą C
101	Endoskopowe nacięcie zwieracza Oddiego D
102	Endoskopowe wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego D
103	Endoskopowa operacja przewodu trzustkowego D
104	Przezskórna rewizja połączenia przewodu żółciowego D
105	Przezskórna implantacja protezy przewodu żółciowego E
106	Operacja w zakresie przewodu żółciowego poprzez dren T (Kehra) E
107	Przeszczep trzustki A
108	Całkowite wycięcie trzustki A
109	Wycięcie głowy trzustki A
110	Zespoleń przewodu trzustkowego D
	Serce
1	Przeszczep płuc i serca A
2	Korekcja całkowita tetralogii Fallota A
3	Wewnątrżprzedsionkowe przełożenie spływu żylnego (op. Mustarda) A
4	Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego A
5	Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo-komorowej A
6	Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej (operacja na otwartym sercu) A
7	Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej (operacja na otwartym sercu) A
8	Zabiegi w zakresie przegród serca na zamkniętym sercu B
9	Terapeutyczna przeznaczeniowa operacja przegrody serca B
10	Wytworzenie wewnątrżsercowego kanału zastawkowego B
11	Wytworzenie wewnątrżsercowego kanału innego rodzaju B
12	Plastyka przedsionka serca A
13	Walwuloplastyka mitralna A
14	Walwuloplastyka aortalna A
15	Plastyka zastawki trójdzielnej A
16	Plastyka zastawki tętnicy płucnej A
17	Plastyka niesprecyzowanej zastawki serca A
18	Rewizja plastyki zastawki serca A
19	Otwarta walwulotomia A
20	Zamknięta walwulotomia C
21	Przezskórna operacja dotycząca zastawki serca C
22	Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca B
23	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą żyły odpiszczelowej B
24	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą allograftu B
25	Pomostowanie tętnicy wieńcowej za pomocą protezy B
26	Pomostowanie tętnicy wieńcowej tętnicą piersiową wewnętrzną B
27	Otwarta koronaroplastyka B

28	Przeżyłowa balonowa angioplastyka tętnicy wieńcowej D
29	Otwarta operacja układu bodźcowodowodzącego serca B
30	Wszczepienie systemu wspomagania serca C
31	Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły D
32	Inny stały sposób stymulacji serca D
33	Wycięcie osierdzia A
34	Drenaż osierdzia D
35	Nacięcie osierdzia D
	Układ naczyniowy
1	Przeżyłowa operacja tętnicy płucnej C
2	Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego A
3	Wycięcie tętniaka aorty ze wskazań nagłych A
4	Wymiana aortalnej protezy naczyniowej A
5	Plastyka aorty A
6	Przeżyłowa operacja aorty C
7	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej A
8	Przeżyłowa operacja tętnicy szyjnej C
9	Operacja tętniaka tętnicy mózgu (nie dotyczy zabiegu wewnątrznaczyniowego) A
10	Przeżyłowa operacja tętnicy mózgowej C
11	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej A
12	Przeżyłowa operacja tętnicy podobojczykowej D
13	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej A
14	Przeżyłowa operacja tętnicy nerkowej D
15	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej A
16	Przeżyłowa operacja gałęzi trzewnych aorty brzusznej D
17	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej ze wskazań nagłych A
18	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej A
19	Przeżyłowa operacja tętnicy biodrowej D
20	Operacja tętniaka tętnicy udowej ze wskazań nagłych A
21	Rekonstrukcja tętnicy udowej A
22	Przeżyłowa operacja tętnicy udowej C
23	Rewizja po rekonstrukcji innej tętnicy C
24	Wycięcie innej tętnicy C
25	Operacja naprawcza innej tętnicy C
26	Przeżyłowa operacja terapeutyczna innych tętnic C
27	Zespolenie tętniczo-żylnie D
28	Zespolenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej D
29	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej E
30	Operacja żyłaków kończyny dolnej z usunięciem żyły odpiszczelowej D
31	Usunięcie skrzepiny z żyły metodą otwartą D
32	Przeżyłowa operacja terapeutyczna naczyń żylnych E
	Układ moczowy
1	Przeszczep nerki B
2	Całkowite wycięcie nerki B
3	Częściowe wycięcie nerki C

4	Usunięcie zmiany nerki metodą otwartą C
5	Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą C
6	Nacięcie nerki C
7	Usunięcie kamienia z nerki metodą endoskopową E
8	Operacja nerki przez nefrostomię E
9	Wycięcie moczowodu C
10	Wytworzenie przetoki moczowodowej D
11	Reimplantacja moczowodu C
12	Operacja naprawcza moczowodu C
13	Nacięcie moczowodu C
14	Terapeutyczna operacja moczowodu przez nefroskop D
15	Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop E
16	Operacja w zakresie ujścia moczowodu E
17	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego A
18	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego D
19	Powiększenie pęcherza D
20	Operacyjne wytworzenie przetoki pęcherzowo-skórnej D
21	Usunięcie zmiany pęcherza metodą endoskopową E
22	Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza D
23	Brzuszo-pochwowa plastyka ujścia pęcherza u kobiety D
24	Brzuszna plastyka ujścia pęcherza u kobiety D
25	Przezpochwowa operacja ujścia pęcherza u kobiety D
26	Terapeutyczna endoskopowa operacja ujścia pęcherza u kobiety D
27	Wycięcie prostaty metodą otwartą B
28	Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny D
29	Wycięcie cewki moczowej C
30	Operacja naprawcza cewki moczowej D
31	Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej E
32	Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej E
	Układ rozrodczy męski
1	Usunięcie moszny D
2	Obustronne wycięcie jąder C
3	Usunięcie zmiany jądra D
4	Jednostronne wycięcie jądra D
5	Obustronne sprowadzenie jąder D
6	Protezowanie jądra D
7	Operacja wodniaka jądra D
8	Operacja najądrza D
9	Wycięcie nasieniowodu E
10	Operacja naprawcza powrózka nasiennego C
11	Operacja żyłaków powrózka nasiennego E
12	Operacja pęcherzyków nasiennych D
13	Amputacja prącia B
14	Usunięcie zmiany prącia D
15	Operacja plastyczna prącia E

16	Protezowanie prącia E
17	Operacja napletka E
	Układ rozrodczy żeński
1	Operacja łechtaczki E
2	Operacja gruczołu Bartholina E
3	Wycięcie sromu D
4	Wycięcie zmiany sromu E
5	Operacja naprawcza w obrębie sromu E
6	Nacięcie kanału pochwy E
7	Wycięcie pochwy E
8	Nacięcie zrostów pochwy E
9	Usunięcie zmiany pochwy E
10	Operacja plastyczna pochwy E
11	Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy D
12	Plastyka sklepienia pochwy E
13	Operacja w obrębie zatoki Douglase'a E
14	Wycięcie szyjki macicy D
15	Wycięcie zmiany szyjki macicy E
16	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną B
17	Wycięcie macicy drogą przezpochwową C
18	Terapeutyczna operacja endoskopowa macicy E
19	Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy C
20	Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy D
21	Częściowe wycięcie jajowodu D
22	Wszczepienie protezy jajowodu D
23	Operacyjne obustronne zamknięcie światła jajowodów E
24	Nacięcie jajowodu C
25	Operacja dotycząca strzępków jajowodu E
26	Częściowe wycięcie jajnika E
27	Operacyjne zniszczenie zmiany jajnika D
28	Operacja naprawcza jajnika E
29	Operacja endoskopowa dotycząca jajnika E
30	Operacja więzadła szerokiego macicy E
31	Operacja innego więzadła macicy E
32	Cesarskie cięcie E
	Skóra i tkanki miękkie
1	Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego B
2	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego D
3	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno-mięśniowego D
4	Przeszczep płata skóry owłosionej D
5	Przeszczep płata skórno-mięśniowego z unerwieniem C
6	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno-mięśniowego E
7	Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego D
8	Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego D
9	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną, płata skóry D

10	Przeszczep płata śluzówki D
11	Siatkowy autoprzyszczep skóry D
12	Przeszczep śluzówki D
13	Przeszczepienie innej tkanki do skóry D
14	Wprowadzenie ekspandera pod skórę E
15	Rewizja ekspandera w tkance podskórnej E
16	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej C
17	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej C
18	Wycięcie opłucnej metodą otwartą B
19	Operacja terapeutyczna opłucnej przy użyciu endoskopu D
20	Operacja naprawcza pękniętej przepony A
21	Proste wycięcie worka przepukliny pachwinowej E
22	Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej E
23	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej E
24	Pierwotna plastyka przepukliny udowej E
25	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej E
26	Plastyka przepukliny pępkowej E
27	Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej E
28	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej E
29	Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu E
30	Operacja dotycząca pępka E
31	Usunięcie zmiany otrzewnej metodą otwartą (nie obejmuje uwalniania zrostów otrzewnej) C
32	Drenaż otwarty jamy otrzewnej E
33	Wycięcie zmiany otrzewnej E
34	Operacja dotycząca sieci C
35	Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego C
36	Operacja dotycząca krezki okrężnicy C
37	Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej C
38	Terapeutyczna operacja endoskopowa otrzewnej E
39	Przeszczep powięzi D
40	Wycięcie powięzi brzucha D
41	Usunięcie zmiany powięzi D
42	Wycięcie zmiany w obrębie powięzi E
43	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna D
44	Powtórne wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna D
45	Operacja kaletki maziowej D
46	Przełożenie ścięgna D
47	Wycięcie ścięgna D
48	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna D
49	Wtórna operacja naprawcza ścięgna E
50	Uwolnienie ścięgna D
51	Zmiana długości ścięgna D
52	Wycięcie pochewki ścięgna D
53	Przeszczep mięśnia C
54	Wycięcie mięśnia E

55	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szycia mięśnia) D
56	Uwolnienie przykurczu mięśnia D
57	Doszczętne blokowe wycięcie węzłów chłonnych D
58	Drenaż węzła chłonnego E
59	Operacja przewodu limfatycznego C
60	Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej D
	Układ kostno - stawowy
1	Operacja naprawcza czaszki D
2	Otwarcie czaszki A
3	Wycięcie kości twarzy D
4	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą D
5	Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą D
6	Wycięcie żuchwy C
7	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą D
8	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego C
9	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup szyjny A
10	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego D
11	Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy A
12	Pierwotna operacja odbarczająca kręgosłup lędźwiowy (nie obejmuje operacji wycięcia krążka międzykręgowego) A
13	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa lędźwiowego B
14	Operacja odbarczająca inne części kręgosłupa E
15	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego B
16	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa szyjnego B
17	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego B
18	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa piersiowego B
19	Pierwotne wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego E
20	Korekcja po wycięciu krążka międzykręgowego kręgosłupa lędźwiowego C
21	Wycięcie niesprecyzowanego krążka międzykręgowego E
22	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego A
23	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa E
24	Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa D
25	Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych A
26	Usunięcie zmiany kręgosłupa D
27	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą D
28	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą D
29	Całkowita rekonstrukcja kciuka D
30	Całkowita rekonstrukcja przodostopia D
31	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia D
32	Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości C
33	Wycięcie kości ektopowej E
34	Usunięcie zmiany kości C
35	Otwarte chirurgiczne złamanie kości D
36	Kątowe okołostawowe rozdzielenie kości D
37	Rozdzielenie trzonu kości D
38	Rozdzielenie kości stopy E

39	Drenaż kości E
40	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną D
41	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną D
42	Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości C
43	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości D
44	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną C
45	Zamknięte nastawienie złamania kości z przezskórną stabilizacją zewnętrzną D
46	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości D
47	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego z użyciem cementu B
48	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego bez użycia cementu B
49	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego z użyciem cementu C
50	Całkowita endoprotezoplastyka stawu kolanowego bez użycia cementu C
51	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów z użyciem cementu C
52	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów bez użycia cementu C
53	Protezowanie głowy kości udowej z użyciem cementu B
54	Protezowanie głowy kości udowej bez użycia cementu B
55	Protezowanie głowy kości ramiennej z użyciem cementu C
56	Protezowanie głowy kości ramiennej bez użycia cementu C
57	Protezowanie stawu innej kości z użyciem cementu D
58	Protezowanie stawu innej kości bez użycia cementu D
59	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha E
60	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym zewnątrzstawowym E
61	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z innym przeszczepem kostnym E
62	Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu E
63	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu C
64	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwłknięcia stawu E
65	Wtórne nastawienie urazowego zwłknięcia stawu metodą otwartą D
66	Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą E
67	Protezowanie ścięgna D
68	Wzmocnienie ścięgna protezą E
69	Operacja stabilizująca staw metodą otwartą D
70	Uwolnienie przykurczu stawu E
71	Operacja struktur okołostawowych palucha E
72	Terapeutyczna endoskopia chrząstki półksiężycowatej E
73	Terapeutyczna endoskopia innych chrząstek stawowych E
74	Terapeutyczna endoskopia innych struktur stawowych E
75	Terapeutyczna endoskopia stawu kolanowego E
76	Terapeutyczna endoskopia innego stawu E
77	Reimplantacja kończyny górnej C
78	Reimplantacja kończyny dolnej C
79	Reimplantacja innego narządu C
80	Wszczepienie protezy kończyny A
81	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia C
82	Amputacja ręki na wysokości nadgarstka D
83	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda C

84	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia i stopy D
85	Amputacja palucha E

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

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1.Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15). § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 12), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia. § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 6), 25), 26), 28) i 33) Warunków Ubezpieczenia, § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 2) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15) w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26) i 28) Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 12), 25) i 37) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26), 28), 29) i 37) Warunków Ubezpieczenia,

2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1) i § 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15) oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 7), 8), 11), 12), 25), 26), 28), 33) i 37) Warunków Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 7), 8), i 21) Warunków Ubezpieczenia; § 10 Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 7), 8), 11), 12), 22), 25), 26), 28), 29), 30), 33) i 37) Warunków Ubezpieczenia
---	--

Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Rekonwalescencji Ubezpieczonego po Pobytku Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_RK/12/15)

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Postanowienia ogólne

§ 1

1. **Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Rekonwalescencji po Pobytku Ubezpieczonego w Szpitalu**, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Rekonwalescencji.
2. Rozszerzenie zakresu o ryzyko, o którym mowa w ust. 1, może nastąpić tylko wtedy, gdy nastąpiło również rozszerzenie zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, zgodnie z postanowieniami Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15).

Definicje

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Rekonwalescencja** - okres powrotu do zdrowia po Pobytku Ubezpieczonego w Szpitalu.
2. Pozostałym określeniom użytym w niniejszych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia, a także w zakresie nieuregulowanym – znaczenie przyjęte w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15).

Zakres i przedmiot ubezpieczenia

§ 3

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

Okres ochrony ubezpieczeniowej

§ 4

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

Suma ubezpieczenia i wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w przypadku Rekonwalescencji Ubezpieczonego, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia wynikającej z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony. Wysokość sumy ubezpieczenia zostanie potwierdzona również w Certyfikacie.
2. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, pod warunkiem że Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (po zakończeniu którego rozpoczęła się Rekonwalescencja Ubezpieczonego) trwał co najmniej 14 dni.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, także w przypadku, gdy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (po zakończeniu którego rozpoczęła się Rekonwalescencja Ubezpieczonego) rozpoczął się w Okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie po upływie Okresu ubezpieczenia.
4. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w terminach określonych Warunkach Ubezpieczenia.
5. Uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego jest Ubezpieczony. W przypadku śmierci Ubezpieczonego przed dokonaniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, zostanie ono wypłacane spadkobiercom na zasadach ogólnych.

Dokumenty do zgłoszenia roszczenia

§ 6

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

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

§ 7

1. W zakresie ryzyka Rekonwalescencji w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
 - 1¹. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Postanowienie ma wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie Karencja.
 - 1². Postanowienia ust. 1¹ mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.
2. <uchylony>
3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 3 miesiące. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Niez szczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 1 powyżej.
4. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (po zakończeniu którego zakończeniu rozpoczęła się Rekonwalescencja Ubezpieczonego) miał miejsce w związku z okolicznościami, o których mowa w § 7 ust. 5-8 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (kod warunków: UG_PWS/12/15/).
5. Odpowiedzialność Towarzystwa ubezpieczeń jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia ubezpieczeniowego, w każdym roku Okresu ubezpieczenia.

Postanowienia końcowe

§ 8

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

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 1 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.

Skorowidz informacji, zawartych w Warunkach Dodatkowego
Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Leczenia Specjalistycznego
(dalej: Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia)

Rodzaj informacji	Numer postanowienia wzorca umownego
1.Przesłanki wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych	§ 2 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 12) i 28) Warunków Ubezpieczenia, § 3 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 2)-9) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 37) Warunków Ubezpieczenia. § 5 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 9) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 3), 6), 25), 26), 28) i 33) Warunków Ubezpieczenia, § 6 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 9) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26) i 28) Warunków Ubezpieczenia; § 1 ust. 1 pkt 12), 25) i 37) Warunków Ubezpieczenia; § 14 Warunków Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 25), 26), 28), 29) i 37) Warunków Ubezpieczenia,
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych lub ich obniżenia	§ 7 Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, w związku z § 2 ust. 1 pkt 3), 6) i 9) Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia oraz w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 7), 8), 11), 19), 24), 26), 28) i 37) Warunków Ubezpieczenia, § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 4), 7), 8), 9), 10), 11), 14), 19), 21), 24), 27) i 36) Warunków Ubezpieczenia;

	§ 10 Warunków Ubezpieczenia w związku z § 2 ust. 1 pkt 1), 2), 7), 8), 11), 12), 22), 25), 26), 28), 29), 30), 33) i 37) Warunków Ubezpieczenia
--	---

Warunki Dodatkowe Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Leczenia specjalistycznego (kod warunków: UG_LS/12/15)

Ze zmianami uzgodnionymi przez Strony umowy ubezpieczenia

Postanowienia ogólne

§ 1

1. **Warunki Dodatkowe Ubezpieczenia Grupowego na wypadek Leczenia specjalistycznego**, zwane dalej „Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia”, mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Warunków Ubezpieczenia, w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia w Umowie ubezpieczenia o ryzyko Leczenie specjalistyczne.
2. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia na podstawie Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia może obejmować jeden z następujących wariantów ochrony ubezpieczeniowej:
 - a) Leczenie specjalistyczne (wariant pierwszy) lub
 - b) Leczenie specjalistyczne (wariant drugi).Wariant ryzyka Leczenia specjalistycznego wynika z wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody Wariantu ochrony.

Definicje

§ 2

1. W Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia, podanym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Leczenie specjalistyczne** (inaczej: Zabiegi specjalistyczne) – procedura medyczna, której poddał się Ubezpieczony, polegająca na przeprowadzeniu jednego z zabiegów lub sposobów leczenia określonych w pkt 2-8 poniżej.
 - 2) **Ablacja** – zabieg medyczny wykonywany z użyciem prądu o częstotliwości radiowej w celu leczenia zaburzeń rytmu serca;
 - 3) **Chemioterapia** – metoda systemowego leczenia choroby nowotworowej z wykorzystaniem jednego leku przeciwnowotworowego z grupy leków d chemioterapeutycznych według klasyfikacji ATC podanego drogą pozajelitową, o ile Chemioterapia została zalecona przez onkologa lub hematologa. W rozumieniu Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia za Chemioterapię nie uważa się leczenia hormonalnego;
 - 4) **Wszczepienie kardiowertera/defibrylatora** - zabieg medyczny wszczepienia układu defibrylującego serce, tj. układu elektronicznego z funkcją rozpoznawania i leczenia groźnych dla życia zaburzeń rytmu serca, po nagłym zatrzymaniu krążenia lub co najmniej jednym epizodzie groźnej arytmii komorowej serca;
 - 5) **Wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora)** - zabieg wszczepienia układu defibrylującego serce - urządzenia elektronicznego służącego do pobudzania rytmu serca, z wyłączeniem zabiegów wykonanych w prewencji pierwotnej, tj. bez wcześniejszych epizodów udokumentowanego nagłego zatrzymania krążenia;
 - 6) **Radioterapia** – leczenie choroby nowotworowej z wykorzystaniem promieniowania jonizującego;
 - 7) **Terapia interferonowa** – podawanie interferonu drogą pozajelitową w celu leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C;
 - 8) **Dializoterapia** - metoda leczenia ostrej i krańcowej przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej;
 - 9) **Wykonanie Leczenia specjalistycznego** –
 - a) podanie Ubezpieczonemu pierwszej dawki leku w Okresie ubezpieczenia - w przypadku Chemioterapii i Terapii interferonowej;
 - b) podanie Ubezpieczonemu pierwszej dawki promieniowania jonizującego w Okresie ubezpieczenia - w przypadku Radioterapii;
 - c) Wszczepienie Ubezpieczonemu w Okresie ubezpieczenia: kardiowertera, defibrylatora lub rozrusznika serca;
 - d) Ablacja Ubezpieczonego wykonana w Okresie ubezpieczenia;
 - e) Dializoterapia wykonana w Okresie ubezpieczenia;
2. Pozostałym określeniom użytym w Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia nadaje się znaczenie przyjęte w Warunkach Ubezpieczenia.

Zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Zakres ubezpieczenia w wariancie pierwszym obejmuje Wykonanie Leczenia specjalistycznego w Okresie ubezpieczenia w postaci:
 - 1) Ablacji,
 - 2) Wszczepienia kardiowertera, defibrylatora lub rozrusznika serca.
2. Zakres ubezpieczenia w wariancie drugim obejmuje Wykonanie Leczenia specjalistycznego w Okresie ubezpieczenia w postaci:
 - 1) Ablacji,
 - 2) Wszczepienia kardiowertera, defibrylatora lub rozrusznika serca,
 - 3) Dializoterapii,
 - 4) Chemioterapii,
 - 5) Radioterapii,
 - 6) Terapii interferonowej.

Okres ochrony ubezpieczeniowej

§ 4

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

Suma ubezpieczenia i wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego

§ 5

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

Dokumenty do zgłoszenia roszczenia

§ 6

1. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Wykonania Leczenia specjalistycznego jest zgłoszenie przez uprawnionego roszczenia oraz przekazanie oryginałów (nie dotyczy dokumentu stwierdzającego tożsamość) lub kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem:
 - a) dokumentacji medycznej, stwierdzającej Wykonanie Leczenia specjalistycznego;
 - b) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do Świadczenia ubezpieczeniowego;
2. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane z uwzględnieniem postanowień Warunków Ubezpieczenia.
3. Towarzystwo Ubezpieczeń przed podjęciem decyzji w sprawie zgłoszonego roszczenia może wnioskować o dostarczenie dodatkowych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń.

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności

§ 7

1. W zakresie ryzyka Leczenia specjalistycznego, w stosunku do każdego Ubezpieczonego ma zastosowanie Karencja. Okres Karencji wynosi 3 miesiące.
 - 1¹. W odniesieniu do osoby, która została objęta ochroną na podstawie Umowy ubezpieczenia, do okresu Karencji wskazanego w ust. 1 powyżej, zalicza się okres obejmowania jej ochroną w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia, a z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które wystąpi w okresie Karencji, Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości przewidzianej w Umowie ubezpieczenia, ale nie wyższej niż określona w Dotychczasowej umowie ubezpieczenia. Postanowienie ma wyłącznie zastosowanie do Zdarzeń ubezpieczeniowych, do których ma zastosowanie Karencja.
 - 1². Postanowienia ust. 1¹ mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ubezpieczeniową, tj. od dnia objęcia jej ochroną z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.
2. <uchylony>

3. W przypadku zmiany Wariantu ochrony (związanego z podwyższeniem sumy ubezpieczenia) w zakresie różnicy między pierwotną sumą ubezpieczenia a sumą podwyższoną, ma zastosowanie Karencja liczona od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego za który została zapłacona składka za zmieniony Wariant ochrony. Okres Karencji wynosi 3 miesiące. W okresie Karencji, o której mowa w niniejszym punkcie, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości pierwotnej sumy ubezpieczenia (tj. sprzed zmiany Wariantu ochrony), chyba że Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Postanowienia określone w niniejszym punkcie nie uchylają postanowień, o których mowa w ust. 2 powyżej.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do jednorazowej wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Wykonania danego Leczenia specjalistycznego. Odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń wygasa w zakresie danego Leczenia specjalistycznego, z tytułu Wykonania którego Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaciło Świadczenie Ubezpieczeniowe, niezależnie od ich liczby Wykonanych Zabiegów specjalistycznych danego rodzaju. W przypadku jednoczesnego Wykonania Chemioterapii i Radioterapii odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń jest ograniczona do wypłaty jednego Świadczenia ubezpieczeniowego.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Wykonania Leczenia specjalistycznego, które miało miejsce w wyniku:
 - 1) Aktów wojennych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 2) Aktów przemocy, rozruchów, zamieszek, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 3) próby samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) zdarzeń powstałych w wyniku przygotowania, usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 5) zdarzenia związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 6) Pozostawiania pod wpływem dobrowolnie spożytego alkoholu, a także dobrowolnego użycia narkotyków lub leków, zażycia środka halucynogennego, odurzającego, pobudzającego, stosowania powyższych środków w dawkach innych niż zalecone przez lekarza w ramach leczenia, a także w wyniku nieprzestrzegania zaleceń lekarskich, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 7) Chorób spowodowanych nadużywaniem alkoholu, użyciem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii
 - 8) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, gdy prowadził on pojazd mechaniczny bez wymaganych prawem uprawnień, lub gdy kierowany przez Ubezpieczonego pojazd mechaniczny nie posiadał aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 9) udziału w Sportach wysokiego ryzyka, o ile udział ten miał wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 10) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 11) choroby psychicznej lub choroby umysłowej wg Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (F00 – F99);
 - 12) Choroby pośrednio lub bezpośrednio wywołanej przez wirus HIV;
 - 13) odmowy poddania się leczeniu, w tym wypis na żądanie ze szpitala, o ile powyższe miało wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.
6. Towarzystwo Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Leczenie specjalistyczne rozpoczęło się przed pierwszym dniem Okresu ubezpieczenia.
7. Towarzystwo Ubezpieczeń w okresie pierwszych 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli:
 - 1) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego prowadzono diagnostykę lub leczenie w kierunku Choroby, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej lub
 - 2) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień początku Okresu ubezpieczenia u Ubezpieczonego została zdiagnozowana Choroba, która doprowadziła do zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że z medycznego punktu widzenia między Chorobą, a Zdarzeniem ubezpieczeniowym istnieje adekwatny związek przyczynowo – skutkowy, co zostało potwierdzone w dokumentacji medycznej.

8. Towarzystwo Ubezpieczeń uzna swoją odpowiedzialność również w sytuacji, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w wyniku Choroby leczonej lub zdiagnozowanej w okresie obejmowania ochroną danej osoby z tytułu Dotychczasowej umowy ubezpieczenia. Postanowienia zdania poprzedniego mają zastosowanie pod warunkiem, że dana osoba ma zachowaną ciągłość ochrony ubezpieczenia, tj. od dnia objęcia jej ochroną na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia do dnia wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego była świadczona wobec niej nieprzerwana ochrona ubezpieczeniowa w zakresie danego ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie Dotychczasowej umowy ubezpieczenia lub Umowy ubezpieczenia.

Postanowienia końcowe

§ 8

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

§ 9

Niniejszy dokument stanowi kompilację Warunków Ubezpieczenia (zatwierdzonych przez Zarząd Open Life Towarzystwa Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna uchwałą nr 1 z dnia 1 grudnia 2017 roku) oraz indywidualnych zmian/odstępstw uzgodnionych przez Strony w Umowie ubezpieczenia.