

## SKOROWIDZ

### OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA OD NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW „NNW DLA LOJALNYCH KLIENTÓW”

Rodzaj informacji/ postanowienia wzorca umownego	Nr zapisu
1. przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 8 § 9
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 10
3. koszty oraz inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	nie dotyczy
4. wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	nie dotyczy

# OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA OD NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW „NNW DLA LOJALNYCH KLIENTÓW”

z dnia 25.11.2016 r.

## POSTANOWIENIA OGÓLNE

### § 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków „NNW dla Lojalnych Klientów”, przyjęte w dniu 25 listopada 2016 r. przez Zarząd Red Sands Insurance Company (Europe) Limited, zwane dalej „OWU”, stosuje się do umów zawieranych od tej daty.
2. Zmiany OWU mogą nastąpić tylko w przypadku zmiany prawa lub na skutek wytycznych organów administracji. Wszelkie zmiany OWU wymagają formy pisemnej oraz ich doręczenia drugiej stronie umowy.

## DEFINICJE

### § 2

Określenia użyte w niniejszych OWU oznaczają:

1. **4Life Direct** – 4Life Direct sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, pod adresem ul. Chmielna 132/134, 00-805 Warszawa, będącą agentem ubezpieczeniowym działającym na rzecz *ubezpieczyciela*, wpisanym do rejestru pośredników ubezpieczeniowych pod numerem 11185495/A;
2. **aktywna polisa** – *polisę*, która weszła w życie i z tytułu której *ubezpieczający* opłaca składki;
3. **choroba** – reakcję organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadzącą do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, będącą podstawą diagnozy lekarskiej;
4. **choroba istniejąca** – *chorobę* lub *choroby*, na które zachorował *ubezpieczony*, lub *uszkodzenie ciała* będące *następstwem nieszczęśliwego wypadku*, którego *ubezpieczony* doznał przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności *ubezpieczyciela*, wymagające opieki *lekarza*, leczenia lub *hospitalizacji*;
5. **hospitalizacja** – spowodowany *nieszczęśliwym wypadkiem* całodobowy pobyt w *szpitalu* włącznie z dniem przyjęcia, będący wynikiem *uszkodzenia ciała* zgodnie z Tabelą Świadczeń § 8 punkt 11. *Hospitalizacja* powinna mieć miejsce w terminie 30 dni od daty *nieszczęśliwego wypadku* i służyć przywracaniu lub poprawie zdrowia chorego na zlecenie *lekarza*. *Hospitalizacja* w rozumieniu niniejszych OWU nie obejmuje dnia, w którym *ubezpieczony* został wypisany ze *szpitala*;
6. **lekarz** – osobę posiadającą właściwe kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych, potwierdzone wymaganymi przez prawo Rzeczypospolitej Polskiej dokumentami;
7. **nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli i stanu zdrowia *ubezpieczonego* gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, prowadzące do *uszkodzenia ciała ubezpieczonego*;
8. **oparzenie** – drugi i trzeci stopień oparzenia: uszkodzenie tkanki skórnej i tkanek głębszych w wyniku oparzenia obejmujących co najmniej 30% powierzchni ciała;
9. **paraplegia** – całkowite, trwałe i nieodwracalne porażenie dwukończynowe obejmujące nogi;
10. **pasażer** – osoba podróżująca z ważnym biletem uprawniającym do korzystania z publicznego środka transportu u licencjonowanego przewoźnika;
11. **polisa** – dokument wystawiony w imieniu *ubezpieczyciela* przez 4Life Direct potwierdzający zawarcie *umowy ubezpieczenia*;
12. **składka** – kwotę należną z tytułu *umowy*, określoną w *polisie*, wyrażoną w walucie będącej prawnym środkiem płatniczym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, ustaloną w oparciu o taryfę składek obowiązującą w dniu złożenia *wniosku*;
13. **suma ubezpieczenia** – kwotę wskazaną w aktualnej *polisie* wypłacaną według zasad określonych w *umowie*;
14. **świadczenie** – kwotę należną *ubezpieczonemu* wypłacaną zgodnie z ogólnymi warunkami *umowy ubezpieczenia* w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
15. **świadczenie dzienne** – kwotę wskazaną w aktualnej *polisie*, należną *ubezpieczonemu* za każdy dzień *hospitalizacji*, wypłacaną zgodnie z warunkami określonymi *umowie*;
16. **szpital** – zakład opieki zdrowotnej będący w rozumieniu obowiązujących przepisów zakładem lecznictwa zamkniętego lub zakładem udzielającym całodobowo świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, zatrudniający w pełnym wymiarze godzin profesjonalny i wykwalifikowany personel medyczny, zlokalizowany na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, z wyłączeniem zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, sanatoriów, prewentoriów, hospicjów, ośrodków leczniczych i uzdrowiskowych, spa, wodolecznictwa, placówek leczenia odwykowego, domów opieki dla rekonwalescentów i osób starszych, klinik i placówek leczenia schorzeń psychiatrycznych, nawet jeśli formalnie są według prawa polskiego „szpitalami”;
17. **tetraplegia** – całkowity, trwały i nieodwracalny niedowład czterokończynowy uniemożliwiający korzystanie z funkcji wszystkich kończyn;
18. **trwałe kalectwo** – stan zdrowia będący następstwem nieszczęśliwego wypadku zgodnie z odpowiednią definicją określoną przez właściwe przepisy prawa dotyczące świadczeń z ubezpieczeń społecznych („osoba całkowicie niezdolna do pracy”), całkowite i trwałe utracenie zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy stwierdzone przed osiągnięciem wieku emerytalnego, które z medycznego punktu widzenia potrwa do końca życia człowieka. Trwałe kalectwo musi trwać ciągle przez okres co najmniej 180 dni od daty pierwszego rozpoznania i być poświadczone przez lekarza orzecznika ZUS, KRUS lub inny podmiot uprawniony do orzekania w tym zakresie;
19. **trwałe uszkodzenie mózgu** – śmierć tkanki mózgowej której skutkiem jest stały i nieodwracalny deficyt neurologiczny;
20. **trwałe okaleczenie twarzy** – trwałą, widoczną tkankę bliznowatą o powierzchni co najmniej dwóch centymetrów kwadratowych lub trwałą bliznę o długości co najmniej 2 centymetrów, na obszarze od linii włosów do żuchwy i uszu włącznie, która powstała w wyniku wypadku w okresie trwania *umowy*;
21. **ubezpieczający** – osobę fizyczną zawierającą z *ubezpieczycielem umowę*; osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą zawierają *umowę* poza zakresem tej działalności;
22. **ubezpieczony** – osobę fizyczną wymienioną w *polisie*, na rzecz której zawarto *umowę*;
23. **ubezpieczyciel** – Red Sands Insurance Company (Europe) Limited z siedzibą przy Level 3, Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltar;
24. **umowa** – *umowę ubezpieczenia* zawartą na podstawie wniosku oraz OWU;
25. **uszkodzenie ciała** – fizyczne uszkodzenie ciała doznane przez *ubezpieczonego* wymienione w Tabeli Świadczeń (niepełnosprawność, oparzenia, złamania kości i trwałe okaleczenie twarzy) w wyniku wypadku, wymagające porady lekarskiej, leczenia, opieki lub *hospitalizacji*;
26. **utrata funkcji kończyn(y)** – całkowita, stała i nieodwracalna fizyczna utrata kończyn(y) lub jej funkcji powyżej nadgarstka lub stawu skokowego.
27. **utrata mowy** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata zdolności mówienia;
28. **utrata słuchu** – trwała i nieodwracalna utrata słuchu w stopniu większym niż 95 decybeli we wszystkich częstotliwościach mierzona w uchu o lepszej słyszalności za pomocą audiogramu;
29. **utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w stopniu, w którym nawet przy użyciu pomocy wizualnych, badanie wzroku wynosi 3/60 lub gorzej w skali ostrości wzroku przy użyciu tablic Snellena;
30. **wniosek** – wniosek ubezpieczeniowy o zawarcie *umowy* złożony na formularzu przygotowanym przez *ubezpieczyciela*;
31. **wnioskodawca** – osoba występująca z roszczeniem.
32. **współmałżonek** – osobę wskazaną w *polisie*, z którą w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w *umowie*, *ubezpieczony* pozostaje w związku małżeńskim albo w partnerskim związku nieformalnym (konkubinacie) i prowadzi wspólne gospodarstwo domowe z *ubezpieczonym*, przy czym obie osoby w tym związku są stanu wolnego;
33. **złamanie kości** – przerwanie ciągłości kości w wyniku *nieszczęśliwego wypadku*, wyłącznie w odniesieniu do następujących obszarów:
  - a) **czaszka** – kości głowy z wyłączeniem kości twarzy i nosa;
  - b) **kość miedniczna** – wszystkie kości wchodzące w skład kości miednicznej w tym kość guziczna ale z wyłączeniem kości krzyżowej;

- c) **kość szczękowa** – parzyste kości twarzoczaszki;
  - d) **kręgi** – kości kręgosłupa, w tym kość krzyżowa;
  - e) **łopatka** – kość łącząca kość ramienną z obojczykiem;
  - f) **noga** – kość udowa, piszczelowa, strzałkowa i pięta;
  - g) **obojczyk** – kość łącząca łopatkę i mostek;
  - h) **ramię** – kość ramienna, łokciowa oraz promieniowa z wyłączeniem kości nadgarstka i śródreżca;
  - i) **staw biodrowy** – kość biodra i stawu biodrowego;
  - j) **żuchwa** – nieparzysta ruchoma część czaszki.
34. **polisa uprawniająca do rabatu lojalnościowego** – jedną z niżej wymienionych umów ubezpieczenia zawartą z ubezpieczającym przez zakład ubezpieczeń, który wchodzi w skład grupy Red Sands, która pozostaje aktywna na moment zawarcia umowy „NNW dla Lojalnych Klientów”. Do umów tych należą: „Moi Bliscy”, „Moi Bliscy Pro”, „Moi Bliscy Profit”, „Bezterminowe Ubezpieczenie na Życie z Premią Finansową”, „Bezterminowe Ubezpieczenie na Życie”, „Bezterminowe Ubezpieczenie na Życie Plus”.
35. **rabat lojalnościowy** – rabat w składce za ubezpieczenie „NNW dla Lojalnych Klientów” wskazany w polisie ubezpieczeniowej, należny ubezpieczającemu jeśli posiada co najmniej jedną aktywną polisę uprawniającą do rabatu lojalnościowego.

## PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY

### § 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest uszkodzenie ciała ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje uszkodzenie ciała ubezpieczonego powstałe w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie obowiązywania umowy.
3. Umowa może być zawierana w dwóch wariantach:
  - a) indywidualnym: z jednym ubezpieczonym lub
  - b) ze współmałżonkiem ubezpieczonego: jako drugim ubezpieczonym.

## ZAWARCIE UMOWY

### § 4

1. Umowa może zostać zawarta, jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:
  - a) w dniu jej zawarcia zarówno ubezpieczający jak i ubezpieczony mają ukończone 18 lat a ubezpieczony nie ma ukończonych 71 lat;
  - b) ubezpieczyciel otrzymał podpisany przez ubezpieczającego i ubezpieczonego wniosek;
  - c) ubezpieczyciel zaakceptował wniosek i na dowód zawarcia umowy wystawił polisę.
2. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy lub zaproponowania zmiany jej warunków zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

## OBOWIĄZYWANIE UMOWY

### § 5

1. Umowa zaczyna obowiązywać w dniu wskazanym w polisie.
2. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy w terminie 30 dni od daty rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela. W przypadku odstąpienia od umowy przez ubezpieczającego, ubezpieczyciel zwraca ubezpieczającemu wpłacone w tym terminie składki. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczyciel nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. W przypadku odstąpienia od umowy przez ubezpieczającego, ubezpieczyciel zwraca ubezpieczającemu wpłacone składki.
3. Umowa zostaje zawarta na okres 5 lat od daty rozpoczęcia odpowiedzialności wskazanej w polisie. Ubezpieczający ma możliwość przedłużenia umowy na kolejne pięcioletnie okresy, z zastrzeżeniem, § 5 i § 6 poniżej. Ubezpieczyciel powiadomi ubezpieczającego o warunkach przedłużenia umowy co najmniej 45 dni przed upływem okresu, na jaki umowa została zawarta. Ubezpieczający poprzez zapłatę składki potwierdza przedłużenie umowy na kolejny okres.
4. Ubezpieczyciel na 45 dni przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa może zaproponować jej przedłużenie na zmienionych warunkach. Jeżeli ubezpieczający ich nie zaakceptuje, umowa zostaje rozwiązana z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka.
5. Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia umowy w każdym czasie ze skutkiem na koniec okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka.

6. Gdy ubezpieczony lub współmałżonek ukończą 80 lat, ubezpieczenie przestaje obowiązywać dla tej osoby.
7. Umowa kończy się w dniu śmierci ubezpieczonego, z datą wypowiedzenia umowy zgodnie z § 5 punkt 4, 5 i § 6 punkt 4, § 5 punkt 6 oraz § 5 punkt 11 w zależności które z tych zdarzeń będzie pierwsze.
8. Jeżeli umowa została zawarta w wariantcie ze współmałżonkiem, po śmierci jednego ze współmałżonków lub ukończeniu przez jedno ze współmałżonków 80 lat umowa nie wygasa, a drugi ze współmałżonków może kontynuować umowę, pod warunkiem terminowego opłacania składek. W takim przypadku wariant małżeński zmieniany jest na wariant indywidualny z dotychczasową wysokością sumy ubezpieczenia i składką odpowiadającą wariantowi indywidualnemu.
9. Jeżeli umowa została zawarta w wariantcie ze współmałżonkiem, po ustaniu związku małżeńskiego lub nieformalnego, o których mowa w § 2 punkt 32, na wniosek ubezpieczającego po akceptacji ubezpieczonych, umowa może być kontynuowana w wariantcie ze współmałżonkiem na dotychczasowych warunkach lub w wariantcie indywidualnym dla każdego z ubezpieczonych na warunkach przedstawionych przez ubezpieczyciela.
10. W przypadku śmierci ubezpieczającego, który nie jest ubezpieczonym, wszelkie jego prawa i obowiązki wynikające z umowy przechodzą na jego następców prawnych.
11. Umowa kończy się z datą kiedy ubezpieczyciel wypłaci świadczenie które wraz z kwotą wypłaconych wcześniej świadczeń będzie równe sumie ubezpieczenia zgodnie z § 8.

## SKŁADKI

### § 6

1. Składki są płatne miesięcznie w wysokości wskazanej w polisie, zgodnie z wyborem ubezpieczającego.
2. Rabat lojalnościowy będzie miał zastosowanie przy ustaleniu wysokości składki jeżeli ubezpieczający posiada co najmniej jedną aktywną polisę uprawniającą do rabatu lojalnościowego. W przypadku gdy polisa uprawniająca do rabatu lojalnościowego przestanie być aktywna ubezpieczający utraci prawo do rabatu lojalnościowego w polisie „NNW dla Lojalnych Klientów” i będzie zobowiązany płacić składkę za tę polisę w pełnej wysokości od miesiąca następującego bezpośrednio po rozwiązaniu polisy uprawniającej do rabatu lojalnościowego.
3. W celu skorzystania z rabatu lojalnościowego ubezpieczający wyrazi we wniosku pisemną zgodę na przekazywanie Red Sands Insurance Company (Europe) Limited informacji od Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited niezbędnych do ustalenia czy powyższy rabat lojalnościowy przysługuje ubezpieczającemu.
4. Jeżeli pomimo uprzedniego wezwania wystosowanego przez ubezpieczyciela, ubezpieczający nie dokonał wpłaty zaległej składki, w ciągu dodatkowego terminu 30 dni od terminu jej wymagalności umowę uważa się za wypowiedzianą przez ubezpieczającego, a odpowiedzialność ubezpieczyciela ustaje.
5. Składki zostały obliczone z uwzględnieniem rodzaju i wysokości sumy ubezpieczenia oraz prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń uprawniających do wypłaty należnych świadczeń w okresie trwania umowy, jak również opłat kosztów zawarcia i obsługi umowy.

## ZMIANA UMOWY

### § 7

1. Ubezpieczyciel, na wniosek ubezpieczającego, za zgodą ubezpieczonego, w przypadku gdy ubezpieczający i ubezpieczony to różne osoby, przedstawia warunki zmiany wariantu umowy oraz wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie.
2. Na dowód, że ubezpieczyciel pozytywnie zweryfikował wniosek o zmianę umowy dostarczy ubezpieczającemu nową polisę na potwierdzenie dokonania zmiany.

## ŚWIADCZENIA

### § 8

1. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w przypadku gdy ubezpieczony przeżyje okres co najmniej 14 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
2. Wysokość świadczenia należnego ubezpieczonemu uzależniona jest od wysokości wybranej sumy ubezpieczenia. Wysokość świadczenia jest uzależniona od stopnia uszkodzenia ciała ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku według Tabeli Świadczeń.
3. Świadczenie jest wypłacane za okres hospitalizacji dłuższy niż 2 dni.
4. Wypłacone świadczenie za okres hospitalizacji będzie równe sumie świadczeń dziennych za każdy dzień hospitalizacji, z tym zastrzeże-

niem, iż świadczenie będzie płacone za maksymalnie 120 dni hospitalizacji w przypadku pobytu w szpitalu będącego przyczyną danego nieszczęśliwego wypadku czy uszkodzenia ciała lub hospitalizacji powiązanej z danym nieszczęśliwym wypadkiem czy uszkodzeniem ciała pod warunkiem, że hospitalizacja rozpocznie się w ciągu 30 dni od daty nieszczęśliwego wypadku. Dodatkowo, za hospitalizację spowodowaną każdym jednym nieszczęśliwym wypadkiem, która będzie trwała nieprzerwanie co najmniej 14 dni zostanie wypłacone dodatkowe świadczenie w postaci wypłaty jednorazowej zgodnie z Tabelą Świadczeń.

5. Wysokość świadczenia zgodnie z punktami 2 i 3 powyżej ulega podwojeniu w przypadku wystąpienia u ubezpieczonego uszkodzenia ciała w trakcie podróży pod warunkiem że ubezpieczony spełnia definicję pasażera zgodnie z § 2 punkt 10.
6. W przypadku trwałego kalectwa, tetraplegii, paraplegii czy trwałego uszkodzenia mózgu jeżeli istnieją wątpliwości co do stopnia uszkodzenia ciała ubezpieczonego, który jest niezbędny do kalkulacji wartości wysokości świadczenia, wysokość świadczenia ustala się, nie później niż w ciągu 12 miesięcy od dnia nieszczęśliwego wypadku. W przypadku braku wątpliwości wypłata świadczenia odbywa się zgodnie z § 9 punkt 4.
7. Świadczenie za uszkodzenia ciała ubezpieczonego jest nienależne jeżeli upłynęło więcej niż 12 miesięcy od dnia nieszczęśliwego wypadku za wyjątkiem trwałego kalectwa, tetraplegii, paraplegii czy trwałego uszkodzenia mózgu.
8. W ciągu trwania umowy wypłata świadczenia za złamanie kości jest ograniczona do jednej hospitalizacji i jednej wypłaty procentu sumy ubezpieczenia jeśli dotyczy tej samej kości.
9. Świadczenie należne z tytułu trwałego okaleczenia twarzy jest ograniczone do wypłaty jednego świadczenia w ciągu trwania umowy.
10. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do każdego ubezpieczonego za wyjątkiem § 8 punkt 5.
11. Tabela Świadczeń:

Uszkodzenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku:		Wysokość świadczenia wyrażona jako % sumy ubezpieczenia
A. Niepełnosprawność	1. Trwałe kalectwo	100%
	2. Utrata wzroku w obu oczach	100%
	3. Utrata możliwości korzystania z dwóch lub więcej kończyn	100%
	4. Tetraplegia	100%
	5. Paraplegia	100%
	6. Trwałe uszkodzenie mózgu	100%
	7. Utrata wzroku w jednym oku	50%
	8. Utrata funkcji jednej z kończyn	50%
	9. Utrata mowy	50%
	10. Utrata słuchu	50%
B. Oparzenia	11. Oparzenia: drugiego lub trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 30% powierzchni ciała	50%
C. Złamania kości	12.1 Biodra lub miednicy	50%
	12.2 Nogi, czaszki, żuchwy, kręgow	25%
	12.3 Łopatki, obojczyka, ramienia, górnej szczęki	10%
D. Trwałe okaleczenie twarzy	13. Trwałą, widoczną tkankę bliznowatą o powierzchni co najmniej dwóch centymetrów kwadratowych lub trwałą bliznę o długości co najmniej 2 centymetry, na obszarze od linii włosów do żuchwy i uszu włącznie	10%
E. Hospitalizacja	14. Hospitalizacja będąca wynikiem uszkodzenia ciała, (dziennie świadczenie) zgodnie z punktami A, B, C i D	0,20%
	15. Świadczenie za 14 dni nieprzerwanego pobytu w szpitalu (jako dodatek do punkt E14 powyżej)	5%

## WYPŁATA ŚWIADCZEŃ § 9

1. Obowiązek wypłaty świadczenia powstaje gdy w okresie obowiązywania umowy ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
2. W celu rozpoczęcia procedury wypłaty świadczenia, wnioskodawca powinien skontaktować się z ubezpieczycielem za pośrednictwem 4Life Direct.

3. Ubezpieczyciel za pośrednictwem 4Life Direct informuje wnioskodawcę pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
4. Odpowiednie kwoty świadczeń będą wypłacone w terminie 7 dni roboczych od daty dostarczenia do 4Life Direct kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia zgodnie ze wzorem umieszczonym na stronie internetowej 4Life Direct. Termin wypłaty świadczeń nie przekroczy terminów do wypłaty określonych przepisami prawa.
5. Występujący z roszczeniem jest zobowiązany do podania wszystkich informacji zgodnie ze stanem faktycznym.
6. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez ubezpieczyciela. Koszty badań będą pokrywane przez ubezpieczyciela. Wszelkie świadczenia z tytułu umowy zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

## WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA § 10

1. Obowiązek wypłaty świadczenia nie zachodzi, jeśli roszczenie ubezpieczonego nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń:
  - a) stresu pourazowego;
  - b) jakiegokolwiek choroby nie będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku;
  - c) ciąży ubezpieczonego;
  - d) działania wroga (w sensie militarnym), wojny (wypowiedzianej lub nie), wojny domowej, strajku, lokautu, zamieszek o charakterze rebelii lub rewolucyjnym, uzurpacji władzy, aktywnego udziału w działaniach militarnych, paramilitarnych lub policyjnych;
  - e) hospitalizacji spowodowanej rutynowymi lub innymi badaniami, które nie są bezpośrednio wynikiem choroby lub nieszczęśliwego wypadku;
  - f) hospitalizacji wynikającej z choroby istniejącej;
  - g) jakichkolwiek aktów łamania przez ubezpieczonego obowiązującego prawa;
  - h) kosmetycznych zabiegów stomatologicznych;
  - i) pobytów w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, sanatoriach, prewentoriach, hospicjach, ośrodkach leczniczych i uzdrowiskowych, spa, wodolecznictwa lub w miejscach odbywania kwarantanny;
  - j) ponownego przyjęcia do szpitala z tej samej lub powiązanej przyczyny w okresie 12 miesięcy;
  - k) pozostawaniem przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub leków, upośledzających rozumowanie z wyjątkiem leków przepisanych przez uprawnionego lekarza;
  - l) prowadzenia niebezpiecznej działalności zawodowej i gospodarczej polegającej na wykonywaniu pracy i czynności pod wodą i pod ziemią na głębokości poniżej 40 metrów, pracy i czynności z materiałami wybuchowymi, pracy i czynności na wysokości powyżej 20 metrów (inne niż praca biurowa);
  - m) przypadków hospitalizacji, gdy ubezpieczony nie zostanie skierowany na nią przez uprawnionego lekarza;
  - n) schorzeń wynikających z promieniowania, skażenia promieniotwórczego, reakcji jądrowej, skażenia chemicznego, w tym z zatrucia substancjami stałymi, cieczami, oparami lub gazami trującymi;
  - o) uprawiania wspinaczki górskiej i jaskiniowej, nurkowania, skoków spadochronowych, skoków na bungee, lotniarstwa, sportów zimowych, wodnych lub motorowych, rekreacyjnie uprawianych sportów walki oraz każdego sportu uprawianego zawodowo;
  - p) uszkodzenia ciała powstałego w wyniku aktywnego służby lub szkolenia w formacji wojskowej, obrony cywilnej, policji, agencji ochrony osób i mienia lub każdej innej formacji o charakterze militarnym lub paramilitarnym;
  - q) uszkodzenia ciała powstałego w wyniku samookaleczenia lub próby samobójczej;
  - r) wypadków lotniczych z wyłączeniem lotów o charakterze pasażerskim, samolotem dopuszczonym do eksploatacji i z pilotem posiadającym odpowiednie kwalifikacje do jego prowadzenia oraz lotów pomiędzy zarejestrowanymi komercyjnymi portami lotniczymi organizowanymi przez uprawnione linie lotnicze;
  - s) zabiegów chirurgii plastycznej, kosmetycznej, niepłodności, otyłości, zabiegów sztucznego zapłodnienia lub zabiegów wynikających z wyboru ubezpieczonego, chyba że są wynikiem obrażeń doznanych w nieszczęśliwym wypadku.
2. Hospitalizacją nie jest, w rozumieniu niniejszych OWU, pobyt w szpitalu w celach rehabilitacyjnych.

3. Wypłata świadczenia nie przysługuje, jeżeli ubezpieczony umrze w ciągu 14 dni od daty niefortunnego wypadku.
4. Świadczenia nie przysługuje osobie która umyślnie przyczyniła się do uszkodzenia ciała lub hospitalizacji w wyniku uszkodzenia ciała ubezpieczonego.

## OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH § 11

1. Ubezpieczający i ubezpieczony (dalej w niniejszym ustępie: „Osoby, których dotyczą dane”) poprzez podpisanie zgody na odpowiednim wniosku lub w jakiegokolwiek innej formie lub w formie ustnej deklaracji wyrażenia zgody podczas nagrywanej rozmowy telefonicznej, udziela zgody ubezpieczycielowi i 4Life Direct (dalej w niniejszym ustępie: „Administratorzy Danych”) na zarządzanie oraz automatyczne i ręczne przetwarzanie danych osobowych przekazanych przez Osoby, których dotyczą dane w formularzu lub w ww. rozmowie telefonicznej, Kontrolerom Danych w związku z zawarciem i wykonaniem umowy, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 poz. 197. Podstawą zarządzania i przetwarzania danych jest zgoda Osób, których dotyczą dane. Kontrolerzy Danych są upoważnieni do zarządzania i przetwarzania tajemnicy ubezpieczeniowej klientów oraz ich danych osobowych.
2. Administratorzy Danych są upoważnieni do zarządzania i przetwarzania podanych danych tak długo, jak istnieje cel zebrania i przetwarzania danych zgodnie z punktem 3 poniżej.
3. Zarządzane i przetwarzane dane są następujące: dane osobowe klienta, suma ubezpieczenia oraz szczegóły płatności, wszelkie inne okoliczności dotyczące zawarcia, wykonania, rejestracji umowy oraz obsługi świadczonej przez Kontrolerów Danych. Dane osobowe oznaczają wszelkie informacje dotyczące osób, których dane dotyczą, w szczególności w odniesieniu do jego/jej nazwiska i imienia, numeru identyfikacyjnego lub jednego lub więcej czynników charakterystycznych dla jego/jej fizycznej, fizjologicznej, psychicznej, ekonomicznej, kulturalnej lub społecznej tożsamości, oraz odniesienia poczynione do tych informacji dotyczące Osób, których dotyczą dane. Tajemnica ubezpieczenia oznacza wszelkie dane – inne niż informacje poufne – będące w posiadaniu kontrolerów danych, dotyczące osobistych okoliczności lub sytuacji finansowej (lub spraw biznesowych) klientów (w tym zgłaszających roszczenia), oraz umów klientów z ubezpieczycielem. Klient, dla celów niniejszego ustępu, oznacza ubezpieczającego i ubezpieczonego, beneficjenta, jakkolwiek inną osobę, która składa ofertę zawarcia umowy ubezpieczycielowi i która jest uprawniona do otrzymania świadczenia od ubezpieczyciela.
4. Administratorzy Danych przekazują dane osób, których dane dotyczą, w zakresie niezbędnym do wydruku i dostarczenia dokumentacji ubezpieczeniowej. Dla celów przetwarzania danych zastosowanie ma obowiązująca polityka prywatności danych kontrolerów danych.
5. Osoby, których dotyczą dane, mogą wnioskować do administratora danych:
  - a) o informację, kiedy przetwarzane są ich dane osobowe,
  - b) poprawienie ich danych osobowych, i
  - c) usunięcie lub blokadę ich danych osobowych, z wyjątkiem sytuacji, gdy przetwarzanie jest obowiązkowe.
6. Na wniosek osób, których dotyczą dane, kontroler danych przekazuje informacje dotyczące danych odnoszących się do danej osoby, w tym te przetwarzane przez wynajętego przez Administratora Danych przetwarzającego dane lub innych na podstawie jego polecenia, źródeł z których zostały uzyskane, celu, podstawy i czasu trwania przetwarzania oraz nazwy i adresu przetwarzającego dane oraz jego działalności związanej z przetwarzaniem danych, okoliczności dotyczących zdarzenia naruszenia prywatności, jego wpływu oraz działań podjętych w celu naprawienia tej sytuacji oraz – jeśli dane osobowe Osób, których dane dotyczą, zostały udostępnione innym – podstawy prawnej i odbiorców.

7. Administratorzy Danych muszą realizować wnioski o udzielenie informacji bez zwłoki i przekazywać informacje, których wniosek dotyczy, w zrozumiałej formie, na pisemny wniosek Osób, które dane dotyczą, w terminie maksymalnie trzydziestu dni.
8. Dane Osób, których dane dotyczą, uważane za tajemnicę ubezpieczenia, mogą być przetwarzane wyłącznie w zakresie, w jakim dotyczą danej umowy, jej zawarcia i rejestracji oraz obsługi. Przetwarzanie tych danych może mieć miejsce wyłącznie w zakresie niezbędnym dla zawarcia, zmiany i obsługi umowy ubezpieczeniowej oraz do oceny roszczeń wynikających z umowy. lub dla innych celów określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 roku poz. 922). Na podstawie odrębnej zgody dane osobowe osób, których dane dotyczą, są przetwarzane również dla celów marketingowych.

## SKARGI I ZAŻALENIA § 12

1. Wszelkie pisma, zapytania, skargi i zażalenia związane z umowami powinny być zgłaszane do ubezpieczyciela na adres Działu Obsługi Klienta 4Life Direct wskazany w § 2 punkt 1. Korespondencja w sprawie skarg i wniosków pomiędzy stronami powinna być składana w formie pisemnej, ustnej lub w formie elektronicznej. W każdym przypadku osoba zgłaszająca powinna podać numer polisy lub inne dane pozwalające ustalić umowę ubezpieczenia, której zgłoszenie dotyczy.
2. W terminie 30 dni od otrzymania pisma, zapytania skargi lub zażalenia, zostanie wysłana do osoby skarżącej odpowiedź w formie pisemnej. W przypadku braku możliwości dotrzymania wspomnianego terminu ubezpieczyciel za pośrednictwem 4Life Direct poinformuje osobę skarżącą o przyczynach opóźnienia i wskaże przewidywany termin udzielenia odpowiedzi nie dłuższy jednak niż 60 dni od otrzymania skargi lub zażalenia.
3. Jeżeli osoba zainteresowana uzna wyjaśnienie lub sposób rozstrzygnięcia skargi lub zażalenia za niewystarczający lub nieprawidłowy, może zgłosić swoją skargę lub zażalenie bezpośrednio do ubezpieczyciela lub może zgłosić swoją skargę lub zażalenie również do miejskich i powiatowych Rzeczników Konsumenta lub Rzecznika Finansowego.

## POSTANOWIENIA KOŃCOWE § 13

1. Wszystkie zawiadomienia lub oświadczenia stron umowy powinny być składane drugiej stronie na piśmie i przesyłane na koszt wysyłającego lub za pomocą elektronicznych kanałów komunikacji, które zostaną przyjęte i utrwalone na elektronicznym nośniku informacji przez ubezpieczyciela.
2. Wszystkie zawiadomienia lub oświadczenia powinny być składane przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego w języku polskim na adres 4Life Direct wskazany w § 2 punkt 1. Jeżeli zachodzi konieczność tłumaczenia dokumentacji związanej z wypłatą świadczenia, obowiązek dostarczenia tłumaczenia, dokonanego przez tłumacza przysięgłego, spoczywa na osobie wnioskującej o wypłatę świadczenia.
3. Ubezpieczony i ubezpieczający mają obowiązek informowania ubezpieczyciela za pośrednictwem 4Life Direct o każdej zmianie danych kontaktowych zawartych we wniosku.
4. Ogólne Warunki Ubezpieczenia, polisa i wniosek ubezpieczeniowy składają się na umowę i stanowią podstawę do ustalenia warunków udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
5. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych z tytułu umowy regulują przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.
6. Polisa nie posiada wartości wykupu.
7. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie właściwe przepisy prawa polskiego.
8. W przypadku sporu między stronami umowy, właściwe są polskie sądy powszechne według właściwości ogólnej albo sądy powszechne właściwe według miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

ND/OWU/v1/25.11.2016

E. O'Regan  
Dyrektor Zarządzający  
Red Sands Insurance Company (Europe) Limited