



SKOROWIDZ

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU „WYPADKOWA OCHRONA SZPITALNA”

Rodzaj informacji/ postanowienia wzorca umownego	Nr zapisu
1. przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 9 § 10
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 11
3. koszty oraz inne obciążenia potrącane 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

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na wypadek pobytu w *szpitalu* „Wypadkowa Ochrona Szpitalna”, przyjęte w dniu 25 marca 2017 r. przez Zarząd Red Sands Insurance Company (Europe), 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 *ubezpiezyciela*, wpisanym do rejestru pośredników ubezpieczeniowych pod numerem 11185495/A;
2. **choroba** – reakcję organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadzącą do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, będącą podstawą diagnozy lekarskiej, która rozpoczęła się i trwa w okresie obowiązywania *umowy*;
3. **choroba istniejąca** – *chorobę* lub *choroby*, na które zachorował *ubezpieczony* lub *uszkodzenie ciała*, którego *ubezpieczony* doznał przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności *ubezpiezyciela*, wymagające opieki *lekarza*, leczenia lub *hospitalizacji*;
4. **dziecko/ dzieci** – dzieci naturalne lub przysposobione, od 6. miesiąca do 18. roku życia, pozostające na utrzymaniu *ubezpieczonego*, wymienione w *polisie*;
5. **hospitalizacja** – całonocny pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorego na zlecenie *lekarza*, włącznie z dniem przyjęcia;
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* i *hospitalizacji*;
8. **podwójne świadczenie szpitalne** – *umowę* dodatkową, która:
 - a) podwaja wysokość *świadczenia dziennego* za każdy dzień *hospitalizacji* na oddziale intensywnej terapii w wyniku *nieszczęśliwego wypadku*; lub
 - b) podwaja wysokość *świadczenia dziennego* jeśli do wypadku doszło podczas korzystania przez *ubezpieczonego* z publicznego środka transportu takiego jak samolot, pociąg, autobus, taksówka lub prom u licencjonowanego przewoźnika podróżując z ważnym biletem na przejazd.
9. **polisa** – dokument wystawiony w imieniu *ubezpiezyciela* przez 4Life Direct potwierdzający zawarcie *umowy* ubezpieczenia;
10. **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*;
11. **szpital** – zakład opieki zdrowotnej będący w rozumieniu obowiązujących przepisów zakładem lecznictwa zamkniętego lub zakładem udzielającym całonocowo 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, szpitali uzdrowiskowych i sanatoryjnych, placówek leczenia odwykowego, domów opieki dla rekonwalescentów i osób starszych, klinik i placówek leczenia schorzeń psychiatrycznych, nawet jeśli formalnie są według prawa polskiego „szpitalami”;
12. **oddział intensywnej terapii (OIT)** – wyspecjalizowaną część oddziału w strukturach *szpitala*, która zapewnia intensywną opiekę pielęgniarską i specjalistyczną opiekę lekarską dla pacjentów znajdujących się w stanie zagrożenia życia, którzy wymagają natychmiastowej i ciągłej obserwacji. Za OIT nie uważa się wydzielonych sal intensywnego nadzoru istniejących w ramach innych oddziałów specjalistycznych;
13. **świadczenie** – kwotę należną *ubezpieczonemu* w przypadku zajścia zdarzenia *ubezpieczeniowego*, wypłacaną według zasad określonych w *umowie*;
14. **świadczenie dodatkowe** – wskazane w *polisie* świadczenie dodatkowe (jeżeli takie świadczenie wybrano), które za opłatą dodatkowej *składki* dołączono do *umowy* ubezpieczenia „Wypadkowa Ochrona Szpitalna”;
15. **świadczenieienne** – kwotę wskazaną w aktualnej *polisie*, należną *ubezpieczonemu* za każdy dzień *hospitalizacji*, wypłacaną według zasad określonych w *umowie*;
16. **ubezpieczający** – osobę fizyczną zawierającą z *ubezpiezycielem* *umowę*;
17. **ubezpieczony** – osobę fizyczną wymienioną w *polisie*, na rzecz której zawarto *umowę*;
18. **ubezpiezyciel** – Red Sands Insurance Company (Europe) Limited z siedzibą przy Level 3, Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltar;
19. **umowa** – *umowę* ubezpieczenia „Wypadkowa Ochrona Szpitalna” zawartą na podstawie *wniosku* oraz *OWU*;
20. **uszkodzenie ciała** – fizyczne uszkodzenie ciała doznane przez *ubezpieczonego* w wyniku działania siły mechanicznej, środków chemicznych lub temperatury, wymagające porady lekarskiej, leczenia, opieki lub *hospitalizacji*;
21. **wniosek** – wniosek ubezpieczeniowy o zawarcie *umowy* złożony na formularzu przygotowanym przez *ubezpiezyciela*;
22. **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.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest *hospitalizacja ubezpieczonego*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje spowodowany *nieszczęśliwym wypadkiem* pobyt *ubezpieczonego* w *szpitalu* w okresie trwania *umowy* ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że przyjęcie do *szpitala* w wyniku tego wypadku nastąpi nie później niż 30 dni od dnia jego wystąpienia oraz w zgodzie z zapisami OWU.
3. *Umowa* może być zawarta w jednym z trzech wariantów:
 - a) indywidualnym, z jednym *ubezpieczonym*;
 - b) ze *współmałżonkiem ubezpieczonego* jako dodatkowo *ubezpieczonym*;
 - c) rodzinnym, ze *współmałżonkiem* i *dziećmi* (do 3) wskazanymi w *polisie* jako dodatkowi ubezpieczeni. *Umową* ubezpieczenia w wariantcie rodzinnym objętych może zostać więcej niż 3 dzieci, po opłaceniu dodatkowej *składki* za każde kolejne *dziecko*.

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 (chyba, że *ubezpieczony* wymieniony jest w *polisie* jako *dziecko*), a *ubezpieczony* nie ma ukończonych 76 lat;
 - b) *ubezpieczyciel* otrzymał podpisany przez *ubezpieczającego* i *ubezpieczonego* wniosek;
 - c) *ubezpieczyciel* pozytywnie zweryfikował 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 *składki*.
3. *Umowa* zostaje zawarta na okres 5 lat od daty rozpoczęcia odpowiedzialności wskazanej w *polisie*, z zastrzeżeniem § 6 i § 7 poniżej. *Ubezpieczyciel* poinformuje *ubezpieczającego* o warunkach przedłużenia *umowy* w terminie co najmniej 45 dni przed upływem okresu na jaki została zawarta.
4. W celu akceptacji warunków przedłużenia *umowy* zaproponowanych przez *ubezpieczyciela* zgodnie z punktem 3 powyżej, *ubezpieczający* jest zobowiązany opłacić *składkę* wynikającą z tych warunków. Jeżeli *składka* wynikająca z warunków przedłużenia *umowy* nie zostanie opłacona, *umowa* nie będzie kontynuowana i zostanie rozwiązana z końcem okresu na jaki została zawarta i za jaki została zapłacona odpowiednia *składka*.

5. *Ubezpieczający* ma prawo do wypowiedzenia *umowy* w każdym czasie ze skutkiem na koniec okresu, za jaki została opłacona ostatnia *składka*.
6. *Dzieci* objęte ubezpieczeniem, po osiągnięciu wieku 18 lat, automatycznie przestają być objęte ubezpieczeniem na warunkach określonych *polisą*. Gdy *ubezpieczony* lub *współmałżonek* kończą 80 lat, ubezpieczenie przestaje działać dla tej osoby, która przekracza wspomniany wiek.

§ 6

1. *Umowa* kończy się w dniu śmierci *ubezpieczonego* lub z dniem ukończenia przez *ubezpieczonego* 80 lat, z zastrzeżeniem punktu 2. poniżej.
2. Jeżeli *umowa* została zawarta w wariantcie ze *współmałżonkiem* lub rodzinnym, po śmierci jednego ze *współmałżonków* *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 *świadczenia dziennego*, zaś wariant rodzinny pozostaje bez zmian. *Umowa* zawarta w wariantcie ze *współmałżonkiem* lub rodzinnym wygasa w dniu śmierci drugiego *współmałżonka* lub z dniem ukończenia przez niego 80 lat.
3. Jeżeli *umowa* została zawarta w wariantcie ze *współmałżonkiem*, po ustaniu związku małżeńskiego lub nieformalnego, o których mowa w § 2 punkt 22, na wniosek *ubezpieczającego* i 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*.
4. W przypadku śmierci *ubezpieczającego*, który nie jest *ubezpieczonym*, wszelkie jego prawa i obowiązki wynikające z *umowy* przechodzą na jego następców prawnych.

SKŁADKI

§ 7

1. *Składki* są płatne miesięcznie w wysokości wskazanej w *polisie* oraz zgodnie z wyborem *ubezpieczającego*.
2. Jeżeli pomimo uprzedniego wezwania wystosowanego przez *ubezpieczyciela*, *ubezpieczający* nie dokonał wpłaty zaległej *składki*, odpowiedzialność *ubezpieczyciela* ustaje, a *umowa* wygasa z końcem terminu, za jaki została opłacona ostatnia *składka*.
3. *Składki* obliczane są w oparciu o wiek *ubezpieczonego* i uwzględniają rodzaj, poziom należnych *świadczeń* oraz prawdopodobieństwo wypłaty *świadczeń* w tym przedziale wieku, jak również opłaty oraz koszty związane z zawarciem i obsługą *umowy*.
4. W przypadku zaległości w opłaceniu *składek*, przekazywane kwoty przeznaczone są w pierwszej kolejności na pokrycie zaległości.

ZMIANA UMOWY

§ 8

1. *Ubezpieczyciel*, na wniosek *ubezpieczającego*, za zgodą *ubezpieczonego* przedstawia warunki dodania kolejnych *dzieci*, zmiany wariantu *umowy* oraz wysokości *dziennego świadczenia* wskazanego w *polisie*.
2. Na dowód, że *ubezpieczyciel* pozytywnie zweryfikował wniosek o zmianę *umowy*, dostarczy *ubezpieczającemu* nową *polisę* na potwierdzenie dokonania zmiany.

ŚWIADCZENIA

§ 9

1. *Ubezpieczyciel* wypłaci *świadczenie* za okres *hospitalizacji* dłuższy niż 2 dni będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku. *Hospitalizacja* w rozumieniu niniejszych *OWU* nie obejmuje dnia, w którym *ubezpieczony* został wypisany ze szpitala.
2. *Świadczenie* *dzienne* dotyczące *dzieci*, które nie ukończyły 5. roku życia, wynosi 50% *świadczenia* *dziennego* określonego w *polisie*.
3. Wypłacone *świadczenie* będzie równe sumie *świadczeń* *dziennych* za każdy dzień *hospitalizacji*, z tym zastrzeżeniem, iż *świadczenie* będzie płacone za maksymalnie 90 dni *hospitalizacji* w przypadku pobytu w *szpitalu* będącego przyczyną danego *nieszczęśliwego wypadku* lub *hospitalizacji* powiązanej z danym *nieszczęśliwym wypadkiem* czy uszkodzeniem ciała.
4. *Świadczenie* jest nienależne w przypadku kolejnej *hospitalizacji* w następstwie tego samego *nieszczęśliwego wypadku*, gdy łączny czas *hospitalizacji* przekroczył 90 dni chyba, że od ostatniego dnia *hospitalizacji*, za który wypłacono *świadczenie*, upłynął okres dłuższy niż 12 miesięcy.
5. Jeżeli do *umowy* dodano *podwójne świadczenie szpitalne*, za pierwsze 14 dni *hospitalizacji* będącej następstwem *nieszczęśliwego wypadku* podczas podróży (jako pasażer z ważnym biletom na przejazd zgodnie z § 2 punkt 8b) lub pierwsze 14 dni spędzone na oddziale intensywnej terapii, zostanie wypłacona podwójna wysokość kwoty *świadczenia* *dziennego*. Kolejne *hospitalizacje* dotyczące tego samego *nieszczęśliwego wypadku* będą wypłacone w kwocie podstawowej *świadczenia* *dziennego*.
6. *Ubezpieczyciel* przejmie obowiązek opłacania *składek* ubezpieczeniowych z tytułu *umowy* „Wypadkowa Ochrona Szpitalna” za każdy miesiąc, w którym powstaje obowiązek wypłaty *świadczenia* zgodnie z § 10 punkt 1.
7. W przypadku opłacenia *składki* za miesiąc, w którym powstał obowiązek wypłaty *świadczenia* *ubezpieczyciel* wypłaci należne *świadczenie* powiększone o wpłaconą *składkę*.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 10

1. Obowiązek wypłaty *świadczenia* powstaje w przypadku *hospitalizacji* *ubezpieczonego* w okresie obowiązywania *umowy*. *Świadczenie* będzie 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* i jest przekazywane w wysokości określonej w *polisie* oraz wynikającej z § 9. Termin wypłaty *świadczeń* nie przekroczy terminów do wypłaty określonych przepisami prawa.
2. W celu rozpoczęcia procedury wypłaty *świadczenia*, należy skontaktować się z *ubezpieczycielem* za pośrednictwem *4Life Direct*.
3. *Ubezpieczyciel* za pośrednictwem *4Life Direct* informuje osobę występującą z roszczeniem 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. Zgłaszający roszczenie jest zobowiązany do powiadomienia *ubezpieczyciela* za pośrednictwem *4Life Direct* o zdarzeniu stanowiącym podstawę wypłaty *świadczenia* w terminie

- 7 dni od dnia, w którym zdarzenie nastąpiło lub w terminie 7 dni od dnia ustania przyczyny niemożności powiadomienia, wynikłej ze stanu zdrowia osoby zgłaszającej roszczenie.
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

§ 11

1. Obowiązek wypłaty *świadczenia* nie zachodzi, jeśli *hospitalizacja* *ubezpieczonego* nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń:
 - a) ciąży *ubezpieczonego*;
 - b) chorób lub nieprawidłowości wrodzonych, na które *ubezpieczony* cierpiał przed rozpoczęciem odpowiedzialności *ubezpieczyciela* wynikającej z *umowy*;
 - c) 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 i terroryzmu;
 - d) epidemii ogłaszanych oficjalnie przez odpowiednie organy administracji samorządowej lub Ministerstwa Zdrowia;
 - e) *hospitalizacji* wynikającej z *choroby istniejącej*;
 - f) *hospitalizacji* spowodowanej rutynowymi lub innymi badaniami, które nie są bezpośrednio wynikiem *nieszczęśliwego wypadku*;
 - g) jakichkolwiek aktów łamania przez *ubezpieczonego* obowiązującego prawa;
 - h) kosmetycznych zabiegów stomatologicznych, chyba że w wyniku ran odniesionych w wypadku;
 - i) pobytów w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, sanatoriach, prewentoriach, hospicjach, ośrodkach leczniczych i uzdrowiskowych, spa, szpitali uzdrowiskowych i sanatoryjnych, wodolecznictwa lub w miejscach odbywania kwarantanny;
 - j) ponownego przyjęcia do *szpitala* z tej samej lub powiązanej przyczyny w okresie 12 miesięcy;
 - k) pozostawania przez *ubezpieczonego* pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub leków upośledzających możliwość postrzegania, możliwości poznawcze oraz możliwości podejmowania swobodnych decyzji 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 aktywnej 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) używania narkotyków, uzależnienia, psychoterapii, leczenia chorób i zaburzeń natury psychicznej;
 - s) 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;
 - t) 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.

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. Wszelkie spory z umowy ubezpieczenia mogą być rozpatrywane przez Sąd Polubowny przy Rzeczniku Finansowym, zgodnie z jego regulaminem. Wszelkie informacje znajdują się na stronie internetowej www.rf.gov.pl

OCHRONA

DANYCH OSOBOWYCH

§ 13

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 dobrowolnej deklaracji wyrażenia zgody podczas nagrywanej rozmowy telefonicznej, udzielą zgody *ubezpieczycielowi* i *4Life Direct* wraz z powiązanymi z nimi kapitałowo spółkom grupy (dalej w niniejszym ustę-

pie: „*Administratorzy Danych*”) na zarządzanie oraz automatyczne i ręczne przetwarzanie danych osobowych przekazanych przez Osoby, których dotyczą dane w formularzu lub w ww. rozmowie telefonicznej, Administratorom Danych w związku z zawarciem i wykonaniem *umowy*, zgodnie ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 poz. 197.) Podstawą procesowania, w tym zarządzania i przetwarzania danych jest zgoda Osób, których dotyczą dane. Administratorzy 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 Administratorów 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 administratorów 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, jakąkolwiek 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 administratorów 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, administrator 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.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 14

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*.

§ 15

1. Ogólne Warunki Ubezpieczenia, *polisa* i *wniosek* ubezpieczeniowy składają się na *umowę* i stanowią podstawę do ustalenia warunków udzielanej przez *ubezpieczyciela* ochrony ubezpieczeniowej.
2. Opodatkowanie *świadczeń* wypłacanych z tytułu *umowy* regulują przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych *OWU* mają zastosowanie właściwe przepisy prawa polskiego.
4. 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.

DW/OWU/v2/25.03.2017



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