



## **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 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 od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków „NNW dla Lojalnych Klientów”, przyjęte w dniu 25 kwietnia 2018 r. przez Zarząd Red Sands Insurance Company (Europe) Limited, zwane dalej „OWU”, stosuje się do umów zawieranych od 25 maja 2018 r.
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, która rozpoczęła się i trwa w okresie obowiązywania umowy;
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 w 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 cztero kończynowy 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 poświadczony 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 *ubezpiezyciela*;
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 śródreczą;
  - 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 Ubezpie-

czenie 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) *ubezpiezyciel* otrzymał podpisany przez *ubezpieczającego* i *ubezpieczonego* wniosek;
  - c) *ubezpiezyciel* 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*, *ubezpiezyciel* zwraca *ubezpieczającemu* wpłacone w tym terminie *składki*. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia *umowy* *ubezpiezyciel* 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*, *ubezpiezyciel* 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 zastrzeżeniem, 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 należne 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. Trwale 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. Trwale 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. Trwale okaleczenie twarzy	13. 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	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 14 powyżej)	5%

## WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

### § 9

1. Obowiązek wypłaty świadczenia powstaje gdy w okresie obowiązywania umowy ubezpieczonego 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 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) 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 *nieszczęśliwego wypadku*.
4. *Świadczenie* nie przysługuje osobie która umyślnie przyczyniła się do *uszkodzenia ciała* lub *hospitalizacji* w wyniku *uszkodzenia ciała ubezpieczonego*.

## SKARGI I ZAŻALENIA

### § 11

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](http://www.rf.gov.pl)

## OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

### § 12

1. Dane osobowe *ubezpieczającego*, *ubezpieczonego* i *uposażonych* (dalej łącznie jako „Podmioty Danych” lub z osobna jako „Podmiot Danych”) będą przetwarzane przez Red Sands Insurance Company (Europe) Limited z siedzibą przy Level 3 Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltar (dalej jako „Administrator Danych”) w celu zawarcia i wykonania *umowy* ubezpieczenia, w tym wypłaty *świadczeń* wynikających z *umów* ubezpieczenia, dokonywania oceny ryzyka oraz podjęcia decyzji o wypłacie *świadczenia*.
2. Administrator Danych wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować pocztą elektroniczną pod adresem email: [underwriter@redsands.gi](mailto:underwriter@redsands.gi) lub pisząc na adres Red Sands Insurance Company (Europe) Limited z siedzibą przy Level 3 Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltar.
3. Podstawą przetwarzania danych osobowych Podmiotów Danych jest art. 6 ust. 1 lit. b), lit. c) i lit. f) rozporządzenia

Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

4. Przetwarzanie danych osobowych Podmiotów Danych jest dokonywane w celach związanych z zawarciem i wykonywaniem *umowy* ubezpieczenia, w tym w szczególności wypłaty *świadczeń* przysługujących uprawnionym podmiotom na podstawie tej *umowy*, wykonania obowiązków wynikających z obowiązujących przepisów prawa oraz zabezpieczenia przed ewentualnymi roszczeniami.
5. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do realizacji celu przetwarzania.
6. Podmiotowi Danych przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania oraz przenoszenia danych.
7. Podmiotowi Danych przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
8. Odbiorcami danych osobowych Podmiotów Danych będą: *4Life Direct* sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, podmioty realizujące na rzecz Podmiotów Danych świadczenia z tytułu umów dodatkowych, wskazanych w polisie (jeżeli taką opcję wybrał ubezpieczający), a także podmioty świadczące na rzecz Administratora Danych usługi w zakresie obsługi IT oraz związane z weryfikacją praw do *świadczeń*, przysługujących Podmiotom Danych na podstawie umowy ubezpieczenia.
9. Dane osobowe Podmiotów Danych mogą podlegać przekazaniu do państw trzecich (spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego), wśród nich takich, co do których Komisja Europejska nie wydała decyzji o stwierdzeniu lub braku odpowiedniego stopnia ochrony danych osobowych. W takich przypadkach dane będą przekazywane zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa z zapewnieniem odpowiednich zabezpieczeń, na podstawie standardowych klauzul ochrony danych przyjętych przez Komisję Europejską. Podmiot Danych może uzyskać kopię danych osobowych przekazywanych do państwa trzeciego.
10. Dane osobowe Podmiotów Danych będą przetwarzane przez czas niezbędny do realizacji *umowy* ubezpieczenia, a po tym okresie dla celów i przez czas oraz w zakresie wymaganym przez powszechnie obowiązujące przepisy prawa, lub dla zabezpieczenia ewentualnych roszczeń.
11. Dane Podmiotów Danych uważane są za tajemnicę ubezpieczenia. 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*.

## 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/v3/25.05.2018



James Clayton-Wright  
Menedżer ds. Underwritingu Ubezpieczeń  
Red Sands Insurance Company (Europe) Limited