



SKOROWIDZ

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA „UBEZPIECZENIE OD NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW”

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, przyjęte w dniu 4 grudnia 2017 r. przez Zarząd Red Sands Insurance Company (Europe) Limited, zwane dalej „*OWU*”, stosuje się do umów zawieranych od 2 stycznia 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. **choroba** – reakcję organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadzącą do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, będącą podstawą diagnozy lekarskiej;
3. **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*;
4. **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*;
5. **lekarz** – osobę posiadającą właściwe kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych, potwierdzone wymaganymi przez prawo Rzeczypospolitej Polskiej dokumentami;
6. **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*;
7. **oparzenie** – drugi i trzeci stopień oparzenia: uszkodzenie tkanki skórnej i tkanek głębszych w wyniku oparzenia obejmujących co najmniej 30% powierzchni ciała;
8. **paraplegia** – całkowite, trwałe i nieodwracalne porażenie dwukończynowe obejmujące nogi;
9. **pasażer** – osoba podróżująca z ważnym biletem uprawniającym do korzystania z publicznego środka transportu u licencjonowanego przewoźnika;
10. **polisa** – dokument wystawiony w imieniu *ubezpieczyciela* przez *4Life Direct* potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
11. **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;
12. **suma ubezpieczenia** – kwotę wskazaną w aktualnej *polisie* wypłacaną według zasad określonych w umowie;
13. **świadczenie** – kwotę należną *ubezpieczonemu* wypłacaną zgodnie z ogólnymi warunkami umowy ubezpieczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
14. **świadczenie dzienne** – kwotę wskazaną w aktualnej *polisie*, należną *ubezpieczonemu* za każdy dzień *hospitalizacji*, wypłacaną zgodnie z warunkami określonymi w umowie;
15. **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”;
16. **tetraplegia** – całkowity, trwały i nieodwracalny niedowład cztero kończynowy uniemożliwiający korzystanie z funkcji wszystkich kończyn;
17. **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;
18. **trwałe uszkodzenie mózgu** – śmierć tkanki mózgowej której skutkiem jest stały i nieodwracalny deficyt neurologiczny;
19. **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;
20. **ubezpieczający** – osobę fizyczną zawierającą z *ubezpieczycielem* umowę; osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą zawierają umowę poza zakresem tej działalności;

21. **ubezpieczony** – osobę fizyczną wymienioną w *polisie*, na rzecz której zawarto *umowę*;
22. **ubezpieczyciel** – Red Sands Insurance Company (Europe) Limited z siedzibą przy Level 3, Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltar;
23. **umowa** – umowę ubezpieczenia zawartą na podstawie wniosku oraz OWU;
24. **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*;
25. **utrata funkcji kończyn(y)** – całkowita, stała i nieodwracalna fizyczna utrata kończyn(y) lub jej funkcji powyżej nadgarstka lub stawu skokowego;
26. **utrata mowy** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata zdolności mówienia;
27. **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;
28. **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;
29. **wniosek** – wniosek ubezpieczeniowy o zawarcie *umowy* złożony na formularzu przygotowanym przez *ubezpiezyciela*;
30. **wnioskodawca** – osobę występującą z roszczeniem.
31. **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;
32. **złamanie kości** – przerwanie ciągłości kości w wyniku *nieszczęśliwego wypadku*, 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 szczykowa – parzyste kości twarzoczaszki;
 - d) kręgi – kości kręgosłupa, w tym kość krzyżowa;
 - e) łopatką – 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.

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*.
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 2, § 5 punkt 6 oraz 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 31, 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 *ubezpiezyciela*.

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. 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.
3. *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 trwałą 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 9.

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. 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 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* *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 i terroryzmu;
 - 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, cieciami, 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

OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

§ 12

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, udziela zgody ubezpieczycielowi i 4Life Direct wraz z powiązаныmi z nimi kapitałowo spółkom grupy (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, 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, 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 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 przekaże 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

§ 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.

NW/OWU/v8/02.01.2018



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