

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

z dnia 25.01.2014 r.

familydirect

z myślą o rodzinie

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu „Ochrona Szpitalna”, przyjęte w dniu 25 stycznia 2014 r. przez Zarząd Red Sands Insurance Company (Europe) Limited, zwane dalej OWU, stosuje się do umów zawieranych od tej daty.

§ 2

Określenia użyte w niniejszych OWU oznaczają:

- 4Life Direct** – 4Life Direct sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, pod adresem ul. Puławska 405, 02-801 Warszawa, będącą agentem ubezpieczeniowym działającym na rzecz ubezpieczyciela, wpisanym do rejestru pośredników ubezpieczeniowych pod numerem 11185495/A;
- 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;
- 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;
- dziecko/ dzieci** – dzieci naturalne lub przysposobione, od 6. miesiąca do 18. roku życia, pozostające na utrzymaniu ubezpieczonego, wymienione w polisie;
- hospitalizacja** – całonocny pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorego na zlecenie lekarza, włącznie z dniem przyjęcia. Hospitalizacja w rozumieniu niniejszych OWU nie obejmuje dnia, w którym ubezpieczony został wypisany ze szpitala;
- lekarz** – osobę posiadającą właściwe kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych, potwierdzone wymaganymi przez prawo Rzeczypospolitej Polskiej dokumentami;
- nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego gwałtowne i nagłe zdarzenie które ma miejsce w okresie trwania umowy ubezpieczenia, wywołane przyczyną zewnętrzną, prowadzące do uszkodzenia ciała ubezpieczonego i hospitalizacji;
- podwójne świadczenie szpitalne** – świadczenie dodatkowe podważające kwotę wypłaty świadczenia, jeżeli hospitalizacja jest bezpośrednio wynikiem nieszczęśliwego wypadku;
- polisa** – dokument wystawiony w imieniu ubezpieczyciela przez 4Life Direct potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 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;
- 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, placówek leczenia odwykowego, domów opieki dla rekonwalescentów i osób starszych, klinik i placówek leczenia schorzeń psychiatrycznych, nawet jeśli formalnie są według prawa polskiego „szpitalami”;
- świadczenie** – kwotę należną ubezpieczonemu w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, wypłacaną według zasad określonych w umowie;
- świadczenie dodatkowe** – wskazane w polisie świadczenie dodatkowe (jeżeli takie świadczenie wybrano), które za opłatą dodatkowej składki dołączono do umowy ubezpieczenia „Ochrona Szpitalna”;
- świadczenie dzienne** – kwotę wskazaną w aktualnej polisie, należną ubezpieczonemu za każdy dzień hospitalizacji, wypłacaną według zasad określonych w umowie;

- ubezpieczający** – osobę fizyczną zawierającą z ubezpieczycielem umowę; osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą zawierają umowę poza zakresem tej działalności;
- ubezpieczony** – osobę fizyczną wymienioną w polisie, na rzecz której zawarto umowę;
- ubezpieczyciel** – Red Sands Insurance Company (Europe) Limited z siedzibą przy Level 3, Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltar;
- umowa** – umowę ubezpieczenia „Ochrona Szpitalna” zawartą na podstawie wniosku oraz OWU;
- uszkodzenie ciała** – fizyczne uszkodzenie ciała doznane przez ubezpieczonego w wyniku działania siły mechanicznej, środków chemicznych lub temperatury, wymagające porady lekarskiej, leczenia, opieki lub hospitalizacji;
- wniosek** – wniosek ubezpieczeniowy o zawarcie umowy złożony na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela;
- 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;
- premia finansowa** – kwotę wypłacaną po upływie 5 rocznicy umowy i po upływie każdego następnego 5 lat obowiązywania umowy, pod warunkiem, że na dzień wypłaty premii finansowej umowa nadal obowiązuje i nie została wypowiedziana przez ubezpieczającego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY

§ 3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest hospitalizacja ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt ubezpieczonego w szpitalu w okresie obowiązywania umowy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku wymagających hospitalizacji, jeśli przyjęcie do szpitala w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpi nie później niż 30 dni od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku oraz w zgodzie z zapisami OWU.
- Umowa może być zawarta w jednym z trzech wariantów:
 - indywidualnym, z jednym ubezpieczonym;
 - ze współmałżonkiem ubezpieczonego, jako dodatkowo ubezpieczonym;
 - 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

- Umowa może zostać zawarta, jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:
 - ubezpieczający przedstawi ubezpieczycielowi adres na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który będzie używany do prowadzenia korespondencji między stronami umowy;
 - 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;
 - ubezpieczyciel otrzymał podpisany przez ubezpieczającego i ubezpieczonego wniosek;
 - ubezpieczający opłacił składkę;
 - ubezpieczyciel pozytywnie zweryfikował wniosek i na dowód zawarcia umowy wystawił polisę.
- Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy lub zaproponowania zmiany jej warunków zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

OBOWIĄZYWANIE UMOWY

§ 5

- Umowa zaczyna obowiązywać w dniu wskazanym w polisie.
- 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 21, 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 w wysokości i z częstotliwością wskazaną 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 opłacaniu *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.
3. W przypadku dodania do *umowy* kolejnej osoby *ubezpieczonej*, terminy, o których mowa w § 9, będą liczone od daty dodania osoby *ubezpieczonej*, ale tylko dla osoby, która zostaje dodana do ubezpieczenia.

4. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia, terminy, o których mowa w § 9 punkt 4 będą liczone od daty podwyższenia sumy ubezpieczenia wskazanej w *polisie*, ale tylko dla kwoty, o którą podwyższona została suma ubezpieczenia.

ŚWIADCZENIA

§ 9

1. *Ubezpieczyciel* wypłaci *świadczenie* za okres *hospitalizacji* dłuższy niż 2 dni w wyniku *choroby* lub uszkodzenia ciała.
2. *Świadczenie* *dziennie* 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*, maksymalnie do 90 dni w przypadku danego *nieszczęśliwego wypadku*, *choroby* lub uszkodzenia ciała.
4. Obowiązują następujące „okresy karencji”:
 - a) *hospitalizacja* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* – odpowiedzialność *ubezpieczyciela* rozpoczyna się z dniem oznaczonym w *polisie* (tj. nie ma „okresu karencji”);
 - b) *hospitalizacja* w następstwie *choroby* – podlega ubezpieczeniu po 6 miesiącach, licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności;
 - c) kolejna *hospitalizacja* w następstwie tego samego *nieszczęśliwego wypadku* lub *choroby*, gdy łączny czas *hospitalizacji* przekroczył 90 dni chyba, że od ostatniego dnia *hospitalizacji*, za który wypłacono *świadczenie*, upłynął okres dłuższy niż 12 miesięcy.
5. Obowiązek wypłaty *premii finansowej* w wysokości 10% wszystkich *składek* zapłaconych w poprzednich 5 latach obowiązywania *umowy* powstaje w przypadku, gdy *umowa* pozostaje w mocy na koniec każdego 5 roku obowiązywania *umowy* i nie została wypowiedziana. Wypłata *premii finansowej* jest należna, jeżeli w poprzednich 5 latach nie zostało wypłacone żadne *świadczenie* wynikające z obowiązywania *umowy*.
6. *Ubezpieczyciel* przejmie obowiązek opłacania *składek* ubezpieczeniowych z tytułu *umowy* „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 ŚWIADCZEŃ

§ 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.
2. W celu rozpoczęcia procedury wypłaty *świadczenia*, należy skontaktować się z *ubezpieczycielem* za pośrednictwem 4Life Direct.
3. Obowiązek dostarczenia kompletnego wniosku o wypłatę *świadczenia*, o którym mowa w § 10, niezbędny do rozpatrzenia roszczenia, spoczywa na osobie występującej z roszczeniem.
4. Zgłaszający roszczenie jest zobowiązany do powiadomienia 4Life Direct o zdarzeniu stanowiącym podstawę wypłaty *świadczenia* w terminie 7 dni od dnia, w którym zdarzenie nastąpiło 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.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 11

1. Obowiązek wypłaty *świadczenia* nie zachodzi, jeśli *hospitalizacja* *ubezpieczonego* nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń:
 - a) ponownego przyjęcia do szpitala z tej samej przyczyny w okresie 12 miesięcy z zastrzeżeniem § 9 punkt 4c;
 - b) 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;
 - 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;

- d) uszkodzenia ciała powstałego w wyniku samookaleczenia lub próby samobójczej (niezależnie czy podjętej w pełni władz umysłowych, czy przy ograniczonej poczytalności);
 - e) 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;
 - f) 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);
 - g) wypadków lotniczych z wyłączeniem lotów o charakterze pasażerskim, samolotem dopuszczonym do eksploatacji i z pilotem posiadającym odpowiednią kwalifikację do jego prowadzenia oraz lotów pomiędzy zarejestrowanymi komercyjnymi portami lotniczymi organizowanymi przez uprawnione linie lotnicze;
 - h) jakichkolwiek aktów łamania przez *ubezpieczonego* obowiązującego prawa;
 - i) *nieszczęśliwych wypadków, choroby lub hospitalizacji* spowodowanych pozostawaniem przez *ubezpieczonego* pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub leków, z wyjątkiem leków przepisanych przez uprawnionego lekarza;
 - j) hospitalizacji spowodowanej rutynowymi lub innymi badaniami, które nie są bezpośrednio wynikiem *choroby* lub *nieszczęśliwego wypadku*;
 - k) ciąży *ubezpieczonego*;
 - l) hospitalizacji wynikającej z *choroby istniejącej*;
 - m) używania narkotyków, uzależnienia, psychoterapii, leczenia zaburzeń natury psychicznej;
 - n) kosmetycznych zabiegów stomatologicznych;
 - o) zabiegów chirurgii plastycznej, kosmetycznej, niepłodności, otyłości, zabiegów sztucznego zapłodnienia lub zabiegów wynikających z wyboru *ubezpieczonego*, chyba że są wynikiem obrażeń doznanych w *nieszczęśliwym wypadku*;
 - p) pobytów w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, sanatoriach, prewentoriach, hospicjach, ośrodkach leczniczych i uzdrowiskowych, spa, wodolecznictwa lub w miejscach odbywania kwarantanny;
 - q) przypadków *hospitalizacji*, gdy *ubezpieczony* nie zostanie skierowany na nią przez uprawnionego lekarza;
 - r) *chorób* lub nieprawidłowości wrodzonych, na które *ubezpieczony* cierpiał przed rozpoczęciem odpowiedzialności ubezpieczyciela wynikającej z *umowy*;
 - s) epidemii ogłaszanych oficjalnie przez odpowiednie organy administracji samorządowej lub Ministerstwa Zdrowia;
 - t) schorzeń wynikających z promieniowania, skażenia promieniotwórczego, reakcji jądrowej, skażenia chemicznego, w tym z zatrucia substancjami stałymi, cieciami, oparami lub gazami trującymi.
2. *Hospitalizacją* nie jest, w rozumieniu niniejszych OWU, pobyt w *szpitalu* w celach rehabilitacyjnych.

SKARGI I ZAŻALENIA

§ 12

1. Wszelkie skargi i zażalenia związane z *umowami* powinny być zgłaszane do Działu Obsługi Klienta *4Life Direct* na adres wskazany

w § 2 punkt 1 powyżej. Jeżeli osoba zainteresowana uzna wyjaśnienie albo sposób rozstrzygnięcia skargi lub zażalenia za niewystarczający lub nieprawidłowy, może zgłosić skargę lub zażalenie bezpośrednio do *ubezpieczyciela* na adres wskazany w § 2 punkt 17. Korespondencja w sprawie skarg i wniosków powinna być przesyłana pisemnie oraz zawierać numer polisy.

2. Jeżeli osoba zainteresowana uzna wyjaśnienie lub sposób rozstrzygnięcia skargi lub zażalenia za niewystarczający lub nieprawidłowy, może zgłosić skargę lub zażalenie również do Rzecznika Ubezpieczonych, zgodnie z ustawą z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych (Dz.U. Nr 124, poz. 1153, ze zm.).

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 13

1. Wszelkie 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. Wszelkie 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*.

§ 14

1. Opodatkowanie *świadczeń* wypłacanych z tytułu *umowy* regulują przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie właściwe przepisy prawa polskiego.
3. 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.

DF/OWU/v3/25.01.2014



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