

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

z dnia 25.06.2014 r.

familydirect  
z myślą o rodzinie

## POSTANOWIENIA OGÓLNE § 1

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu „Ochrona Szpitalna”, przyjęte w dniu 25 czerwca 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/ dziecko** – dzieci naturalne lub przysposobione, od 6. miesiąca do 18. roku życia, pozostające na utrzymaniu ubezpieczonego, wymienione w *polisie*;
- hospitalizacja** – całodobowy 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 wymaganyymi 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 podwajającą 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 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”;
- 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* dołączone 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 każdych następujących 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:
  - 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*.
- Umowa* zostaje zawarta na okres 5 lat od daty rozpoczęcia odpowie-

działności 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 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 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. 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.
3. 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.
4. 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) pozostawianiem przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub leków, upośledzających rozumowanie z wyjątkiem leków przepisanych przez uprawnionego lekarza;
  - h) jakichkolwiek aktów łamania przez ubezpieczonego obowiązującego prawa;
  - i) 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;
  - 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 ogłoszanych 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, cieczami, 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. 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.

## § 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/v4/25.06.2014



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