

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

z dnia 25 lipca 2014 r.

## POSTANOWIENIA OGÓLNE § 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu „Ochrona Szpitalna”, przyjęte w dniu 25 lipca 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. Chmielna 132/134, 00-805 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** – 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 wymaganymi przez prawo Rzeczypospolitej Polskiej dokumentami;
- nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, prowadzące do uszkodzenia ciała ubezpieczonego i hospitalizacji;
- 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 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:
  - 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 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.
- 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 Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia umowy w każdym czasie ze skutkiem na koniec okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka.
- 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

- Umowa kończy się w dniu śmierci ubezpieczonego lub z dniem ukończenia przez ubezpieczonego 80 lat, z zastrzeżeniem punktu 2. poniżej.
- 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 zmieniający 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.
- 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.
- W przypadku śmierci ubezpieczającego, który nie jest ubezpieczonym, wszelkie jego prawa i obowiązki wynikające z umowy przechodzą na jego następców prawnych.

## SKŁADKI § 7

- Składki są płatne miesięcznie w wysokości wskazanej w polisie oraz zgodnie z wyborem ubezpieczającego.
- 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.
- Składki obliczane są w oparciu o wiek ubezpieczonego i uwzględniają rodzaj, poziom należnych świadczeń oraz prawdopodobieństwo wypłaty świadczeń w tym przedziale wieku, jak również opłaty oraz koszty związane z zawarciem i obsługą umowy.

4. W przypadku zaległości w opłaceniu *składek*, przekazywane kwoty przeznaczone są w pierwszej kolejności na pokrycie zaległości.

### ZMIANA UMOWY § 8

1. *Ubezpieczyciel*, na wniosek *ubezpieczającego*, za zgodą *ubezpieczonego* przedstawia warunki dodania kolejnych dzieci, zmiany wariantu *umowy* oraz wysokości dziennego *świadczenia* wskazanego w *polisie*.
2. Na dowód, że *ubezpieczyciel* pozytywnie zweryfikował *wniosek* o zmianę *umowy*, dostarczy *ubezpieczającemu* nową *polisę* na potwierdzenie dokonania zmiany.
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* dzienne dotyczące dzieci, które nie ukończyły 5. roku życia, wynosi 50% *świadczenia* dziennego określonego w *polisie*.
3. Wypłacone *świadczenie* będzie równe sumie *świadczeń* dziennych za każdy dzień hospitalizacji, z tym zastrzeżeniem, iż *świadczenie* będzie płacone za maksymalnie 90 dni hospitalizacji w przypadku pobytu w *szpitalu* będącego przyczyną jednego *nieszczęśliwego wypadku*, *choroby* czy *uszkodzenia ciała* lub hospitalizacji powiązanej z danym *nieszczęśliwym wypadkiem*, *chorobą* czy *uszkodzeniem 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 *premię finansową* 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 *premię finansową* 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*.
2. *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.
3. W celu rozpoczęcia procedury wypłaty *świadczenia*, należy skontaktować się z *ubezpieczycielem* za pośrednictwem *4Life Direct*.
4. *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.
5. 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.
6. 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) ciężki *ubezpieczonego*;
  - b) chorób lub nieprawidłowości wrodzonych, na które *ubezpieczony* cierpiał przed rozpoczęciem odpowiedzialności *ubezpieczyciela* wynikającej z *umowy*;
  - c) działania wroga (w sensie militarnym), wojny (wypowiedzianej lub nie), wojny domowej, strajku, lokautu, zamieszek o charakterze rebelii lub rewolucyjnym, uzurpacji władzy, aktywnego udziału w działaniach militarnych, paramilitarnych lub policyjnych;
  - d) epidemii ogłaszanych oficjalnie przez odpowiednie organy administracji samorządowej lub Ministerstwa Zdrowia;
  - e) *hospitalizacji* wynikającej z *choroby istniejącej*;
  - f) *hospitalizacji* spowodowanej rutynowymi lub innymi badaniami, które nie są bezpośrednio wynikiem *choroby* lub *nieszczęśliwego wypadku*;
  - 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 z zastrzeżeniem § 9 punkt 4;
  - k) pozostawianiem 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) używania narkotyków, uzależnienia, psychoterapii, leczenia zaburzeń natury psychicznej;
  - s) wypadków lotniczych z wyłączeniem lotów o charakterze pasażerskim, samolotem dopuszczonym do eksploatacji i z pilotem posiadającym odpowiednie kwalifikacje do jego prowadzenia oraz lotów pomiędzy zarejestrowanymi komercyjnymi portami lotniczymi organizowanymi przez uprawnione linie lotnicze;
  - t) zabiegów chirurgii plastycznej, kosmetycznej, niepłodności, otyłości, zabiegów sztucznego zapłodnienia lub zabiegów wynikających z wyboru *ubezpieczonego*, chyba że są wynikiem obrażeń doznanych w *nieszczęśliwym wypadku*;
2. *Hospitalizacją* nie jest, w rozumieniu niniejszych OWU, pobyt w *szpitalu* w celach rehabilitacyjnych.

### SKARGI I ZAŻALENIA § 12

1. Wszelkie 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 *polis*y.
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 utwalone 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

- Opodatkowanie *świadczeń* wypłacanych z tytułu *umowy* regulują przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.
- W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie właściwe przepisy prawa polskiego.
- 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/v5/25.07.2014



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