

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA „DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE” z dnia 11.04.2011 r.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

- Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Dzienne Świadczenie Szpitalne”, zwanego dalej „DSS”, przyjęte w dniu 15 kwietnia 2011 r. przez Zarząd Red Sands Insurance Company (Europe) Limited, zwane dalej OWU, stosuje się do umów zawieranych po tej dacie.
- Wszelkie zmiany OWU wymagają formy pisemnej oraz ich doręczenia drugiej stronie umowy.

§ 2

Określenia użyte w niniejszych OWU oznaczają:

- 4Life Direct** – 4Life Direct sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie pod adresem ul. Puławska 405A, 02-801 Warszawa, będącą agentem ubezpieczeniowym działającym na rzecz ubezpieczyciela, wpisanym do rejestru pośredników ubezpieczeniowych pod numerem 11185495A/;
- 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 lub uszkodzenie ciała, którego doznał ubezpieczony przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela, wymagające opieki lekarza, leczenia lub hospitalizacji;
- dziecko/dzieci** – dzieci naturalne lub przysposobione, powyżej 6. miesiąca do 18. roku życia, pozostające na utrzymaniu ubezpieczonego, wymienione w polisie;
- hospitalizacja** – pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorego na zlecenie lekarza, łącznie z dniem przyjęcia. Hospitalizacja w rozumieniu niniejszych OWU nie obejmuje dnia, w którym ubezpieczony został wypisany ze szpitala;
- lekarz** – osobę posiadającą kwalifikacje, potwierdzone wymaganiami przez prawo Rzeczypospolitej Polskiej dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, niespokrewnioną i niespowinowacaną z ubezpieczonym lub/i ubezpieczającym, ani też niepozostającą z żadną z tych osób w stosunku służbowym lub osobistym;
- nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, prowadzące do uszkodzenia ciała ubezpieczonego i hospitalizacji;
- podwójne świadczenie szpitalne** – umowę dodatkową podlegającą wypłacie świadczenia, jeżeli hospitalizacja jest wynikiem nieszczęśliwego wypadku;
- polisa** – dokument wystawiony w imieniu ubezpieczyciela przez 4Life Direct na dowód zawarcia umowy;
- rezydent** – osobę zamieszkujejącą określone w OWU terytorium przez co najmniej 40 tygodni, w ciągu każdego 52 tygodni;
- 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 całodziennych 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, preventoriów, 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”;
- świadczenia** – kwotę należną ubezpieczonemu w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, wypłacaną według zasad określonych w umowie;
- świadczenie dodatkowe** – wskazane w polisie świadczenie dodatkowe (jeżeli wybrano), które za opłatą dodatkowej składki dołączono do umowy ubezpieczenia „DSS”;
- 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 „DSS” 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 przygotowany przez ubezpieczyciela i podpisany przez ubezpieczającego i ubezpieczonego;
- 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, przy czym obie osoby są stanu wolnego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY

§ 3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest hospitalizacja ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt ubezpieczonego w szpitalu w okresie obowiązywania umowy, w wyniku choroby, ciąży i porodu 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, jako dodatkowo ubezpieczonym;
 - rodzinnym, ze współmałżonkiem i dziećmi (do 3) wskazanymi w polisie jako dodatkowi ubezpieczeni. Umową ubezpieczenia w wariancie 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 ubezpieczony jest rezydentem Rzeczypospolitej Polskiej i posiada numer PESEL;
 - ubezpieczający przedstawi ubezpieczycielowi adres na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który będzie używany do komunikacji między stronami umowy;
 - w dniu jej zawarcia zarówno ubezpieczający jak i ubezpieczony mają ukończone 18 lat (chyba, że jest wymieniony w polisie jako dziecko), a ubezpieczony nie ma ukończonych 76 lat;
 - ubezpieczyciel otrzymał podpisany wniosek;
 - ubezpieczający opłacił składkę;

f) ubezpieczyciel pozytywnie zweryfikował wniosek i na dowód zawarcia umowy wystawił polisę.

- W przypadku zapłacenia przez ubezpieczającego składki przed odesłaniem przez ubezpieczającego dokumentów niezbędnych do zawarcia umowy ubezpieczenia, fakt zapłacenia składki oznacza akceptację przez ubezpieczającego warunków umowy.
- Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy lub zaproponowania jej zmienionych warunków.

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 pod warunkiem, iż odstąpienie to nastąpi na piśmie.
- 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 wygasa w dniu śmierci ubezpieczonego lub z datą wygaśnięcia ubezpieczenia, z zastrzeżeniem punktu 2 poniżej.
- Jeżeli umowa została zawarta w wariancie 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.
- Jeżeli umowa została zawarta w wariancie ze współmałżonkiem, po ustaniu związku małżeńskiego lub nieformalnego, o których mowa w § 2 punkt 22, na wniosek ubezpieczającego, po akceptacji ubezpieczonych, umowa może być kontynuowana w wariancie ze współmałżonkiem na dotychczasowych warunkach lub w wariancie 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 z góry w wysokości i z częstotliwością wskazaną w polisie oraz zgodnie z wyborem ubezpieczającego.
- Jeżeli, pomimo uprzedniego wezwania wystosowanego przez ubezpieczyciela, ubezpieczający nie dokonał wpłaty zaległej składki, odpowiedzialność ubezpieczyciela ustanie, 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, koszty zawarcia i obsługi umowy.
- W przypadku zaległości w opłaceniu składek, przekazywane kwoty przeznaczone są w pierwszej kolejności na pokrycie zaległości.
- Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do korekty wysokości składki, informując o tym fakcie ubezpieczającego z co najmniej 45-dniowym wyprzedzeniem. Proponowana zmiana wysokości składki będzie dokonywana wyłączenie w przypadku zmiany wieku ubezpieczonego lub zmiany rodzaju i wysokości należnych świadczeń. Opłacenie przez ubezpieczającego składki w zmienionej wysokości będzie traktowane jako akceptacja kontynuacji umowy przez ubezpieczającego. W przeciwnym wypadku uznaje się, iż ubezpieczający nie zaakceptował proponowanej składki z tytułu umowy i w takim przypadku umowa nie będzie kontynuowana, a tym samym wygasa z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka.

ZMIANA UMOWY

§ 8

- Ubezpieczyciel, na wniosek ubezpieczającego, za zgodą ubezpieczonego przedstawia warunki dodania kolejnych dzieci, zmiany wariantu umowy oraz wysokości dziennego świadczenia wskazanego w polisie.
- Na dowód, że ubezpieczyciel pozytywnie zweryfikował wniosek o zmianę umowy, dostarczy ubezpieczającemu nową polisę na potwierdzenie dokonania zmiany.
- 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.

ŚWIADCZENIA

§ 9

- Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie za okres hospitalizacji dłuższy niż 2 dni w wyniku choroby, ciąży i porodu lub uszkodzenia ciała.
- Świadczenie dzienne dotyczące dzieci, które nie ukończyły 5. roku życia, wynosi 50% świadczenia dziennego określonego w polisie.
- Wypłacone świadczenie będzie równe sumie świadczeń dziennych za każdy dzień hospitalizacji, maksymalnie do 90 dni w przypadku danej choroby lub uszkodzenia ciała.
- Obowiązują następujące „okresy karencji”:
 - hospitalizacja w następstwie nieszczęśliwego wypadku – odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem oznaczonym na polisie (tj. nie ma okresu karencji);
 - hospitalizacja w następstwie choroby – podlega ubezpieczeniu po 12 miesiącach, licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności;
 - hospitalizacja związana z ciążą lub porodem – podlega ubezpieczeniu po 12 miesiącach, licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności. Hospitalizacja związana z ciążą lub porodem jest objęta ubezpieczeniem przez maksymalnie 5 dni podczas jednej ciąży i jest ograniczona do dwóch ciąż na ubezpieczonego w okresie obowiązywania ubezpieczenia;
 - hospitalizacja w następstwie choroby istniejącej podlega ubezpieczeniu po 24 miesiącach od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności;
 - 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.

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 10

- 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.
- Celem rozpoczęcia procedury wypłaty świadczenia, należy skontaktować się z 4Life Direct.
- Obowiązek dostarczenia kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, o którym mowa w § 10, niezbędnego do rozpatrzenia roszczenia, spoczywa na osobie występującej z roszczeniem.
- Zgłaszający roszczenie jest zobowiązany do powiadomienia 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.

- Występujący z roszczeniem jest zobowiązany do podania wszystkich informacji zgodnie ze stanem faktycznym. W przypadku wystąpienia z roszczeniem niezgodnie z prawem i na podstawie nieprawdziwych informacji, ubezpieczyciel ma prawo podjąć wszelkie kroki mające na celu zapobieżenie takiemu działaniu. Wyłudzenie lub próba wyłudzenia świadczenia poprzez złożenie wniosku o wypłatę świadczenia zawierającego jakiegokolwiek fałszywe informacje, jest podstawą do niewypłacenia świadczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 11

- Obowiązek wypłaty świadczenia nie zachodzi, jeśli hospitalizacja ubezpieczonego nastąpi w bezpośredniej lub pośredniej konsekwencji następujących zdarzeń:
 - ponownego przyjęcia do szpitala z tej samej przyczyny w okresie 12 miesięcy z zastrzeżeniem § 9 punkt 4e);
 - 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;
 - działania wroga (w sensie militarnym), wojny (wypowiedzianej lub nie), wojny domowej, strajku, lockoutu, zamieszek o charakterze rebelii lub rewolucyjnym, uzurpacji władzy, aktywnego udziału w działaniach militarnych, paramilitarnych lub policyjnych;
 - uszkodzenia ciała powstałego w wyniku samookaleczenia lub próby samobójczej (niezależnie czy podjętej w pełni władz umysłowych, czy przy ograniczonej poczytalności);
 - uprawiania wspinaczki górskiej i jaskiniowej, nurkowania, skoków spadochronowych, skoków na bungee, lotniarstwa, sportów zimowych, wodnych lub motorowych, oraz każdego sportu uprawianego zawodowo;
 - 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;
 - jakichkolwiek aktów łamania obowiązującego prawa;
 - nieszczęśliwych wypadków, choroby lub hospitalizacji spowodowanych pozostawaniem pod wpływem alkoholu, narkotyków lub leków, z wyjątkiem leków przepisanych przez uprawnionego lekarza;
 - hospitalizacji spowodowanej rutynowymi lub innymi badaniami, które nie są bezpośrednio wynikiem choroby lub nieszczęśliwego wypadku;
 - hospitalizacji wynikającej z choroby istniejącej przez pierwsze 24 miesiące obowiązywania umowy;
 - używania narkotyków, uzależnienia, psychoterapii, leczenia zaburzeń natury psychiatrycznej;
 - kosmetycznych zabiegów stomatologicznych;
 - zabiegów chirurgii plastycznej, kosmetycznej, niepłodności, tyfityś, zabiegów sztucznego zapłodnienia lub zabiegów wynikających z wyboru ubezpieczonego, chyba że są wynikiem obrażeń doznanych w nieszczęśliwym wypadku;
 - pobytów w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, sanatoriach, preventoriach, hospicjach, ośrodkach leczniczych i uzdrowiskowych, spa, wodolecznictwa lub okresy kwarentansy;
 - przypadków hospitalizacji, gdy ubezpieczony nie zostanie skierowany na nią przez uprawnionego lekarza;
 - chorób lub nieprawidłowości wrodzonych, na które ubezpieczony cierpiął przed rozpoczęciem odpowiedzialności ubezpieczyciela wynikającej z umowy;
 - epidemii ogłoszanych oficjalnie przez odpowiednie organy administracji samorządowej lub Ministerstwa Zdrowia;
 - schorzeń wynikających z promieniowania, skażenia promieniotwórczego, reakcji jądrowej, skażenia chemicznego, w tym z zatrucia substancjami stałymi, cieczami, oparami lub gazami trującymi.
- Hospitalizacja nie jest, w rozumieniu niniejszych OWU, pobyt w szpitalu w celach rehabilitacyjnych.

SKARGI I ZAŻALENIA

§ 12

- 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 lub sposób rozstrzygnięcia skargi lub zażalenia za niewystarczający lub nieprawidłowy, może zgłosić skargę lub zażalenie bezpośrednio do ubezpieczyciela na adres wskazany w § 2 punkt 18. Korespondencja w sprawie skarg i wniosków powinna być przesyłana pisemnie oraz zawierać numer polisy.
- 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

- 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.
- 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.
- Ubezpieczony i ubezpieczający mają obowiązek informowania 4Life Direct o każdej zmianie danych kontaktowych zawartych we wniosku. W przeciwnym wypadku zawiadomienia i oświadczenia skierowane pod ich ostatni znany adres lub numer telefonu wywierają skutki od chwili, w której byłyby doręczone, gdyby adres lub numer telefonu nie został zmieniony.

§ 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.

DSS/OWU/v2/15.04.2011

Chris Lathey
Dyrektor Zarządzający
Red Sands Insurance Company (Europe) Limited