OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA „DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE”

POSTANOWIENIA OGÓLNE
§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Dzienne Świadczenie Szpitalne”, zwanego dalej „DSS”, przyjęte w dniu 25 lipca 2012 r. przez Zarząd Red Sands Insurance Company (Europe) Limited, zwane dalej OWU, stosuje się do umów zawieranych po tej dacie.
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.

§ 2

Określenia użyte w niniejszych OWU oznaczają:

1. ***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;
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, która rozpoczęła się i trwa w okresie obowiązywania *umowy*; chorobą w rozumieniu niniejszych OWU nie jest ciąża ani choroby powstałe w związku z ciążą ubezpieczonego;
3. ***choroba istniejąca*** – *chorobę* lub *choroby*, na które zachorował *ubezpieczony* lub uszkodzenie ciała, którego doznał przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności *ubezpieczyciela*, wymagające opieki *lekarza*, leczenia lub *hospitalizacji*;
4. ***dziecko/ dzieci*** – dzieci naturalne lub przysposobione, od 6. miesiąca do 18. roku życia, pozostające na utrzymaniu *ubezpieczonego*, wymienione w *polisie*;
5. ***hospitalizacja*** – 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*;
6. ***lekarz*** – osobę posiadającą właściwe kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych, potwierdzone wymaganymi przez prawo Rzeczypospolitej Polskiej dokumentami;
7. ***nieszczęśliwy wypadek*** – niezależne od woli i stanu zdrowia *ubezpieczonego* gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, prowadzące do uszkodzenia ciała *ubezpieczonego* i *hospitalizacji*;
8. ***podwójne świadczenie szpitalne*** – *umowę dodatkową* podwajającą wypłatę *świadczenia*, jeżeli hospitalizacja jest wynikiem *nieszczęśliwego wypadku*;
9. ***polisa*** – dokument wystawiony w imieniu ubezpieczyciela przez *4Life Direct* na dowód zawarcia *umowy*;
10. ***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;
11. ***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, 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”;
12. ***świadczenie*** – kwotę należną *ubezpieczonemu* w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, wypłacaną według zasad określonych w *umowie*;
13. ***świadczenie dodatkowe*** – wskazane w *polisie* świadczenie dodatkowe (jeżeli takie świadczenie wybrano), które za opłatą dodatkowej *składki* dołączono do *umowy* ubezpieczenia „DSS”;
14. ***świadczenie dzienne*** – kwotę wskazaną w aktualnej *polisie*, należną *ubezpieczonemu* za każdy dzień *hospitalizacji*, wypłacaną według zasad określonych w umowie;
15. ***ubezpieczający*** – osobę fizyczną zawierającą z *ubezpieczycielem umowę*; osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą zawierają *umowę* poza zakresem tej działalności;
16. ***ubezpieczony*** – osobę fizyczną wymienioną w *polisie*, na rzecz której zawarto *umowę*;
17. ***ubezpieczyciel*** – Red Sands Insurance Company (Europe) Limited z siedzibą przy Level 3, Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltar;
18. ***umowa*** – umowę ubezpieczenia „DSS” zawartą na podstawie *wniosku* oraz OWU;
19. ***uszkodzenie ciała*** – fizyczne uszkodzenie ciała doznane przez *ubezpieczonego* w wyniku działania siły mechanicznej, środków chemicznych lub temperatury, wymagające porady lekarskiej, leczenia, opieki lub *hospitalizacji*;
20. ***wniosek*** – wniosek ubezpieczeniowy o zawarcie *umowy* przygotowany przez *ubezpieczyciela* i podpisany przez *ubezpieczającego* i *ubezpieczonego*;
21. ***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;
22. ***premia finansowa*** – kwotę wypłacaną po upływie 5 rocznicy *umowy* i po upływie każdych następnych 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

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest *hospitalizacja ubezpieczonego*.
2. 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.
3. *Umowa* może być zawarta w jednym z trzech wariantów:

a) indywidualnym, z jednym *ubezpieczonym*;
b) ze *współmałżonkiem*, jako dodatkowo *ubezpieczonym*;
c) 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

1. *Umowa* może zostać zawarta, jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:

a) w dniu jej zawarcia *ubezpieczony* posiada numer PESEL;
b) *ubezpieczający* przedstawi *ubezpieczycielowi* adres na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który będzie używany do prowadzenia korespondencji między stronami *umowy*;
c) 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;
d) *ubezpieczyciel* otrzymał podpisany przez *ubezpieczającego* i *ubezpieczonego wniosek*;
e) *ubezpieczający* opłacił *składkę*;
f) *ubezpieczyciel* pozytywnie zweryfikował *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*.
3. *Umowa* zostaje zawarta na okres 5 lat od daty wskazanej w *polisie*, z zastrzeżeniem § 6 i § 7 poniżej. Po upływie 5 lat *umowa* może być przedłużona na okres kolejnych 5 lat na takich samych warunkach. *Ubezpieczyciel* poinformuje *ubezpieczającego* o możliwości przedłużenia *umowy* w terminie 45 dni przed upływem okresu na jaki została zawarta. *Ubezpieczający* poprzez zapłatę *składki* potwierdzi przedłużenie *umowy* na okres następny.
4. *Ubezpieczyciel* w terminie 45 dni przed upływem okresu na jaki została zawarta *umowa* może przedstawić możliwość jej kontynuowania na zmienionych warunkach. Jeżeli *ubezpieczający* ich nie zaakceptuje, *umowa* zostaje rozwiązana z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia *składka*.
5. W przypadku odstąpienia od *umowy* przez *ubezpieczającego*, *ubezpieczyciel* zwraca *ubezpieczającemu* wpłacone *składki* pod warunkiem, iż odstąpienie to nastąpi na piśmie.
6. *Ubezpieczający* ma prawo do wypowiedzenia *umowy* w każdym czasie ze skutkiem na koniec okresu, za jaki została opłacona ostatnia *składka*.
7. *Dzieci* objęte ubezpieczeniem, po osiągnieciu 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* wygasa w dniu śmierci *ubezpieczonego* lub z dniem ukończenia przez *ubezpieczonego* 80 lat, z zastrzeżeniem punktu 2. poniżej.
2. 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 zmieniany jest na wariant indywidualny z dotychczasową wysokością *świadczenia* dziennego, zaś wariant rodzinny pozostaje bez zmian. *Umowa* zawarta w wariancie ze *współmałżonkiem* lub rodzinnym wygasa w dniu śmierci drugiego *współmałżonka* lub z dniem ukończenia przez niego 80 lat.
3. Jeżeli *umowa* została zawarta w wariancie 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 wariancie ze *współmałżonkiem* na dotychczasowych warunkach lub w wariancie 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 zgoda *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.

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*, maksymalnie do 90 dni w przypadku danej *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 12 miesiącach, licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności;
c) *hospitalizacja* w następstwie *choroby istniejącej* podlega ubezpieczeniu po 24 miesiącach od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności;
d) 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*.

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 *4Life Direct*.
3. Obowiązek dostarczenia kompletnego *wniosku* o wypłatę *świadczenia*, o którym mowa w § 10, niezbędnego 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 lub 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. 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.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA
§ 11

1. Obowiązek wypłaty *świadczenia* nie zachodzi, jeśli *hospitalizacja ubezpieczonego* nastąpi w bezpośredniej lub pośredniej konsekwencji następujących zdarzeń:

a) ponownego przyjęcia do *szpitala* z tej samej przyczyny w okresie 12 miesięcy z zastrzeżeniem § 9 punkt 4d;
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, oraz każdego sportu uprawianego zawodowo;
f) 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;
g) jakichkolwiek aktów łamania obowiązującego prawa;
h) *nieszczęśliwych wypadków*, *choroby* lub *hospitalizacji* spowodowanych pozostawaniem pod wpływem alkoholu, narkotyków lub leków, z wyjątkiem leków przepisanych przez uprawnionego *lekarza*;
i) *hospitalizacji* spowodowanej rutynowymi lub innymi badaniami, które nie są bezpośrednio wynikiem *choroby* lub *nieszczęśliwego wypadku*;
j) *hospitalizacji* wynikającej z *choroby* istniejącej przez pierwsze 24 miesiące obowiązywania *umowy*;
k) używania narkotyków, uzależnienia, psychoterapii, leczenia zaburzeń natury psychiatrycznej;
l) kosmetycznych zabiegów stomatologicznych;
m) zabiegów chirurgii plastycznej, kosmetycznej, niepłodności, otyłości, zabiegów sztucznego zapłodnienia lub zabiegów wynikających z wyboru ubezpieczonego, chyba że są wynikiem obrażeń doznanych w *nieszczęśliwym wypadku*;
n) pobytów w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, sanatoriach, prewentoriach, hospicjach, ośrodkach leczniczych i uzdrowiskowych, spa, wodolecznictwa lub w miejscach odbywania kwarantanny;
o) przypadków *hospitalizacji*, gdy *ubezpieczony* nie zostanie skierowany na nią przez uprawnionego *lekarza*;
p) *chorób* lub nieprawidłowości wrodzonych, na które *ubezpieczony* cierpiał przed rozpoczęciem odpowiedzialności *ubezpieczyciela* wynikającej z umowy;
q) epidemii ogłaszanych oficjalnie przez odpowiednie organy administracji samorządowej lub Ministerstwa Zdrowia;
r) 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 *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 miedzy 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/v4/25.07.2012

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