

# OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA „DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE”

z dnia 25.07.2013 r.

## POSTANOWIENIA OGÓLNE

### § 1

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Dzienne Świadczenie Szpitalne”, zwanego dalej „DSS”, przyjęte w dniu 25 lipca 2013 r. przez Zarząd Red Sands Insurance Company (Europe) Limited, zwane dalej OWU, stosuje się do umów zawieranych po tej dacie.

### § 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; chorobą w rozumieniu niniejszych OWU nie jest ciąża ani choroby powstałe w związku z ciążą ubezpieczonego;
- 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;
- dziecko/ dzieci** – dzieci naturalne lub przysposobione, od 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, 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, prowadzące do uszkodzenia ciała ubezpieczonego i hospitalizacji;
- podwójne świadczenie szpitalne** – umowę dodatkową podwajającą wypłatę świadczenia, jeżeli hospitalizacja jest 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 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”;
- 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 „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 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, 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 ubezpieczony posiada numer PESEL;
  - 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.

## OBOWIAZYWANIE 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 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.
- Ubezpieczyciel ma prawo 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.
- 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 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 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.
- W przypadku zaległości w opłacaniu składek, przekazywane kwoty przeznaczone są w pierwszej kolejności na pokrycie zaległości.

## 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.

2. Na dowód, że *ubezpieczyciel* pozytywnie zweryfikował *wniosek* o zmianę *umowy*, dostarczyć *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 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, niezbędne 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 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* cierpił 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. *Hospitalizacja* 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 *wniosek* 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 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 wnoszącej 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 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/v6/25.07.2013



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