

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU „DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE” z dnia 25 lipca 2014 r.

POSTANOWIENIA OGÓLNE § 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Dzienne Świadczenie Szpitalne” zwanego dalej „DSS”, 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** – całonocny pobyt w szpitalu służący zachowaniu, przywróceniu 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, które wystąpiło po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wywołane przyczyną zewnętrzną, prowadzące do uszkodzenia ciała ubezpieczonego i hospitalizacji;
- podwójne świadczenie szpitalne** – świadczenie dodatkowe podwajające 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 całonocnego świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, zatrudniającego w pełnym wymiarze godzin profesjonalny i wykwalifikowany personel medyczny, szpitalizowany na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, z wyłączeniem zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, sanatoriów, prewencyjnych, 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 „Dzienne Świadczenie Szpitalne”;
- 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 „Dzienne Świadczenie Szpitalne” 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 (konkubincja) 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 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

- 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 dodatkowym 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 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 wnioski 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 odpowiadająca 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 w polisie. 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 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. Umowa zawarta w wariancie ze współmałżonkiem lub rodzinnym wygasa w dniu śmierci drugiego współmałżonka lub z dniem ukończenia przez niego 80 lat.
- 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.
- 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 wypłaty 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 opłaceniu 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.
- 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.
- 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

- Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie za okres hospitalizacji dłuższy niż 2 dni w wyniku choroby lub uszkodzenia ciała.
- Świadczenie dzienne dotyczące dzieci, które nie ukończyły 5. roku życia, wynosi 50% świadczenia dziennego określonego w polisie.
- Wpłacone 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.
- Obowiązują następujące „okresy karencji”:
 - hospitalizacja w następstwie nieszczęśliwego wypadku – odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem oznaczonym w polisie (tj. nie ma „okresu karencji”);
 - hospitalizacja w następstwie choroby – podlega ubezpieczeniu po 6 miesiącach, licząc 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.
- 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.
- Ubezpieczyciel przejmuje obowiązek opłacania składek ubezpieczeniowych z tytułu umowy „Dzienne Świadczenie Szpitalne” za każdy miesiąc, w którym powstaje obowiązek wypłaty świadczenia zgodnie z § 10 punkt 1.
- W przypadku opłacenia składki za miesiąc, w którym powstał obowiązek wypłaty świadczenia ubezpieczyciel wypłaci należne świadczenie powiększone o wpłaconą składkę.

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. Termin wypłaty świadczeń nie przekroczy terminów do wypłaty określonych przepisami prawa.

- W celu rozpoczęcia procedury wypłaty świadczenia, należy skontaktować się z ubezpieczycielem za pośrednictwem 4Life Direct.
- 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.
- Zgłaszając 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.
- Występujący z roszczeniem jest zobowiązany do podania wszystkich informacji zgodnie ze stanem faktycznym.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA § 11

- Obowiązek wypłaty świadczenia nie zachodzi, jeśli hospitalizacja ubezpieczonego nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń:
 - cięża ubezpieczonego;
 - chorób lub nieprawidłowości wrodzonych, na które ubezpieczony cierpił przed rozpoczęciem odpowiedzialności ubezpieczyciela wynikającej z umowy;
 - 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;
 - epidemii ogłaszanych oficjalnie przez odpowiednie organy administracji samorządowej lub Ministerstwa Zdrowia;
 - hospitalizacji wynikającej z choroby istniejącej;
 - hospitalizacji spowodowanej rutynowymi lub innymi badaniami, które nie są bezpośrednio wynikiem choroby lub nieszczęśliwego wypadku;
 - jakichkolwiek aktów łamania przez ubezpieczonego obowiązującego prawa;
 - kosmetycznych zabiegów stomatologicznych;
 - pobytów w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, sanatoriach, prewencyjnych, hospicjach, ośrodkach leczniczych i uzdrowiskowych, spa, wodolecznictwa lub w miejscach odbywania kwarantanny;
 - ponownego przyjęcia do szpitala z tej samej lub powiązanej przyczyny w okresie 12 miesięcy z zastrzeżeniem § 9 punkt 4c;
 - pozostawianiem przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub leków, upośledzających rozumowanie i wyjątkiem leków przepisanych przez uprawnionego lekarza;
 - 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);
 - przypadków hospitalizacji, gdy ubezpieczony nie zostanie skierowany na nią przez uprawnionego lekarza;
 - schorzeń wynikających z promieniowania, skażenia promieniotwórczego, reakcji jądrowej, skażenia chemicznego, w tym z zatrucia substancjami stałymi, ciekącymi, oparami lub gazami trującymi.
 - 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;
 - uszkodzenia ciała powstałego w wyniku aktywnych służby lub szkolenia w formacji wojskowej, obrony cywilnej, policji, agencji ochrony osób i mienia lub każdej innej formacji o charakterze militarnym lub paramilitarnym;
 - uszkodzenia ciała powstałego w wyniku samookaleczenia lub próby samobójczej;
 - używania narkotyków, uzależnienia, psychoterapii, leczenia zaburzeń natury psychicznej;
 - 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;
 - zabiegów chirurgii plastycznej, kosmetycznej, nieplodności, otyłości, zabiegów sztucznego zapłodnienia lub zabiegów wynikających z wyboru ubezpieczonego, chyba że są z wynikiem obrażeń doznanych w nieszczęśliwym wypadku;
- 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 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.
- 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

- Wszelkie 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.
- Wszelkie 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, dokonane przez tłumacza przysięgłego, spoczywa na osobie wnioskującej o wypłatę świadczenia.
- Ubezpieczający 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.

DSS/OWU/8/25.07.2014



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