

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA „DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE”

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Dzienne Świadczenie Szpitalne” zwanego dalej „DSS”, przyjęte w dniu 1 września 2010 r. przez Zarząd Red Sands Insurance Company (Europe) Limited, zwane dalej OWU, stosuje się do *umów* zawieranych po tej dacie.
2. 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 405a, 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, będąca podstawą diagnozy lekarskiej, która rozpoczęła się i trwa w okresie obowiązywania *umowy*;
3. *choroba istniejąca* – *chorobę*, na którą zachorował lub *uszkodzenie ciała*, którego doznał *ubezpieczony* przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności *ubezpieczyciela*, wymagające opieki *lekarza*. Termin ten obejmuje zaburzenia psychiczne lub fizyczne, wady, kalectwo, choroby lub uzależnienia, jest pojęciem szerokim i nie ogranicza się tylko do jednej choroby;
4. *dziecko/dzieci* – dzieci naturalne lub przysposobione, powyżej 6 miesiąca do 18 roku życia, pozostające na utrzymaniu *ubezpieczonego*, wymienione w *polisie*;
5. *dzień* – 24 kolejne godziny hospitalizacji, włącznie z dniem przyjęcia, z wyłączeniem dnia wypisu;
6. *hospitalizacja* – *dzień* pobytu w *szpitalu* służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorego na zlecenie *lekarza*;
7. *lekarz* – osobę posiadającą kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi przez prawo Rzeczypospolitej Polskiej dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, niespokrewnioną i niespowinowaconą z *ubezpieczonym*

lub/i *ubezpieczającym*, ani też nie pozostającą z żadną z tych osób w stosunku służbowym lub osobistym;

8. *nieszczęśliwy wypadek* – niezależne od woli i stanu zdrowia *ubezpieczonego* gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, prowadzące do *uszkodzenia ciała ubezpieczonego i hospitalizacji*;
9. *okres wyłączenia* – pierwsze kolejne 48 godzin po przyjęciu do *szpitala* w wyniku *wypadku, choroby* lub porodu;
10. *podwójne świadczenie szpitalne* – umowę dodatkową podwajającą wypłatę świadczenia, jeżeli *hospitalizacja* jest wynikiem *nieszczęśliwego wypadku*;
11. *polisa* – dokument wystawiony w imieniu *ubezpieczyciela* przez *4Life Direct* na dowód zawarcia *umowy*;
12. *zydent* – osobę zamieszkujejącą określone w OWU terytorium przez co najmniej 40 tygodni, w ciągu których 52 tygodni;
13. *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*;
14. *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 placówek opiekuńczo-leczniczych, placówek pielęgniacyjno-opiekuńczych, sanatoriów, prewentiów, 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”;
15. *świadczenie* – kwotę wskazaną w aktualnej *polisie*, należną *ubezpieczającemu* w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, wypłacaną według zasad określonych w *umowie*;
16. *świadczenie dzienne* - kwotę wskazaną w aktualnej *polisie*,

należną *ubezpieczającemu* za każdy *dzień* w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, wypłacaną według zasad określonych w *umowie*.

17. *ubezpieczający* – osobę fizyczną zawierającą z *ubezpieczycielem umowę*, osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą zawierają *umowę* poza zakresem tej działalności;
18. *ubezpieczony* – osobę fizyczną wymienioną w *polisie*, na rzecz której zawarto umowę;
19. *ubezpieczyciel* – Red Sands Insurance Company (Europe) Limited z siedzibą przy Level 3, Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltar;
20. *umowa* – umowę ubezpieczenia „DSS” zawartą na podstawie *wniosku* oraz aktualnych OWU;
21. *umowa dodatkowa* – wskazaną w *polisie* umowę (jeżeli wybrano), którą za opłatą dodatkowej składki dołączono do umowy ubezpieczenia „DSS”;
22. *uszkodzenie ciała* – fizyczne uszkodzenie ciała doznane przez *ubezpieczonego* w wyniku działania siły mechanicznej, środków chemicznych lub temperatury, wymagające porady lekarskiej, leczenia, opieki lub hospitalizacji;
23. *wniosek* – wniosek ubezpieczeniowy o zawarcie *umowy* przygotowany przez *ubezpieczyciela* i podpisany przez *ubezpieczającego i ubezpieczonego*;
24. *współmałżonek* – osobę, 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

1. Przedmiotem *ubezpieczenia* jest *hospitalizacja ubezpieczonego* wskazanego we *wniosku* i *polisie*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt *ubezpieczonego* w *szpitalu* w okresie obowiązywania *umowy*, w wyniku *choroby* wymagającej *hospitalizacji* lub *nieszczęśliwego wypadku*, 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:
- indywidualnym, z jednym *ubezpieczonym*,
 - ze współmałżonkiem, jako dodatkowo ubezpieczonym lub
 - rodzinnym, ze *współmałżonkiem* i *dziećmi* (do 3) wskazanymi we wniosku i polisie jako dodatkowymi *ubezpieczonymi*. Umową ubezpieczenia w wariantcie rodzinnym objętych może zostać więcej niż 3 *dzieci* po opłaceniu dodatkowej *składki* za każde kolejne *dziecko*.

§ 4

Maksymalne *świadczenie* *dzienne* wypłacane przez *ubezpieczyciela* wynosi 1 000 zł, niezależnie od liczby zawartych *umów*.

ZAWARCIE UMOWY

§ 5

- Umowa* może zostać zawarta, jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:
 - w dacie jej zawarcia *ubezpieczony* jest *rezydentem* Rzeczypospolitej Polskiej i posiada numer PESEL;
 - ubezpieczający* przedstawi *ubezpieczycielowi* adres oraz numer telefonu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które będą używane do komunikacji między stronami umowy;
 - w dacie jej zawarcia zarówno *ubezpieczający* jak i *ubezpieczony* mają ukończone 18 lat (chyba, że jest wymieniony w *polisie* jako *dziecko*), a *ubezpieczony* nie ma ukończonych 75 lat;
 - ubezpieczyciel* otrzymał podpisany *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 jej zmienionych warunków.

OBOWIĄZYWANIE UMOWY

§ 6

- 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 i nie zostały wypłacone żadne *świadczenia*.

- Ubezpieczający* ma prawo do wypowiedzenia *umowy* w każdym czasie z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia. W takim przypadku, *ubezpieczający* jest zobowiązany opłacić *składkę* do końca okresu wypowiedzenia.
- 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 (*ubezpieczony* lub *współmałżonek*).
- Umowę uważa się za wypowiedzianą przez *ubezpieczającego* w przypadku zaległości w płatności składek. Umowa rozwiązuje się z upływem jednego miesiąca od powstania zaległości z zastrzeżeniem § 8 pkt. 2.

§ 7

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*.

SKŁADKI

§ 8

- 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* w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania, odpowiedzialność *ubezpieczyciela* ustanie.
- W przypadku zapłacenia przez *ubezpieczającego* *składki* przed odesłaniem dokumentów niezbędnych do zawarcia *umowy* ubezpieczenia, fakt zapłacenia *składki* oznacza akceptację warunków *umowy* ubezpieczenia zawartych w OWU.
- 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*.
- Ubezpieczyciel* zastrzega sobie prawo do korekty wysokości *składki*, informując o tym fakcie *ubezpieczającego* z co najmniej 30-dniowym wyprzedzeniem.

- W przypadku zaległości w opłacaniu *składek* przekazywane kwoty przeznaczone są w pierwszej kolejności na pokrycie zaległości.

ŚWIADCZENIA

§ 9

- Ubezpieczyciel* wypłaci *świadczenie* *dzienne* za okres *hospitalizacji* w wyniku *choroby* lub *uszkodzenia ciała* za pobyt w *szpitalu* trwający dłużej niż 48 kolejnych godzin (*okres wylęczenia*).
- Świadczenie* *dzienne* dotyczące *dzieci*, które nie ukończyły 5 roku życia wynosi 50% *świadczenia* *dziennego* określonego w *polisie*.
- Wypłacone *świadczenie* będzie równe *świadczeniu* *dziennemu* za każdy *dzień hospitalizacji*, maksymalnie do 90 dni w przypadku danej *choroby* lub *uszkodzenia ciała*.
- Poza 48-godzinnym *okresem wylęczenia* 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 porodem – podlega ubezpieczeniu po 12 miesiącach, licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności. *Hospitalizacja* związana z porodem jest objęta ubezpieczeniem przez maksymalnie 3 dni po 48-godzinnym *okresie wylęczenia* rocznie 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 oraz jeśli jest rozpoczęta po tym okresie;
 - 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* *dziennego* powstaje w przypadku *hospitalizacji* w okresie obowiązywania *umowy*. Suma *świadczenia* będzie wypłacona w terminie 7 dni od

przedstawienia *4Life Direct* kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia zgodnie ze wzorem umieszczonym na stronie internetowej *4Life Direct* i jest przekazywana w wysokości określonej w *polisie* oraz wynikającej z § 9, pomniejszonej o opłaty związane z przekazem pocztowym.

2. Celem rozpoczęcia procedury wypłaty świadczenia należy skontaktować się z *4Life Direct*.
3. Obowiązek dostarczenia kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, o którym mowa w § 10 punkt 1 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 zapobieżenia takiemu działaniu. Wyludzenie lub próba wyludzenia *świadczenia* poprzez złożenie wniosku o wypłatę *świadczenia* zawierającego jakiegokolwiek fałszywe informacje jest podstawą do niewypłacenia *świadczenia* oraz anulowania *polisy* ubezpieczeniowej przez *ubezpieczyciela*.

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 4 litera e;
 - 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

formacji;

- 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, 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 i lotów pomiędzy zarejestrowanymi komercyjnymi portami lotniczymi organizowanymi przez uprawnione linie lotnicze;
- g. jakiegokolwiek aktów lamania obowiązującego prawa;
- h. prowadzenia pojazdów pod wpływem alkoholu, narkotyków lub leków z wyjątkiem leków przepisanych przez uprawnionego lekarza;
- i. *hospitalizacji* spowodowanej rutynowymi lub innymi badaniami, w których rezultacie nie stwierdza się poważnych odchyłeń od normalnego stanu zdrowia;
- 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. pobyków w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, sanatoriach, prewentoriach, hospicjach, ośrodkach leczniczych i uzdrowiskowych, spa, wodolecznictwa lub okresy 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 ogłoszanych oficjalnie przez odpowiednie organy administracji samorządowej lub Ministerstwa Zdrowia;
- r. schorzeń wynikających z promieniowania, skażenia promieniotwórczego, reakcji jądrowej, skażenia

chemicznego z zatruciem substancjami stałymi, cieczami oparami lub gazami trującymi włącznie.

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 lub sposób rozstrzygnięcia skargi lub zażalenia za niewystarczający lub nieprawidłowy może zgłosić skargę lub zażalenie bezpośrednio do *ubezpieczyciela* na adres wskazany w § 2 punkt 19. 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 składane przez *ubezpieczającego* lub *ubezpieczonego* powinny być kierowane na adres *4Life Direct* wskazany w § 2 punkt 1, w języku polskim. 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*. 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

1. W zakresie koniecznym do realizacji *umony* lub gdy jest to niezbędne do podjęcia działań przed zawarciem *umony* i na żądanie osoby, której dane osobowe dotyczą, *ubezpieczyciel* (jako administrator danych) będzie przetwarzał dane osobowe *ubezpieczającego* i *ubezpieczonego* zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 833, ze zm.). *Ubezpieczyciel* będzie udostępniał dane osobowe osobom trzecim tylko w przypadku, w którym sytuacja taka jest przewidziana w OWU lub *polisie*. *Ubezpieczający* i *ubezpieczony* mają prawo dostępu do swoich danych i poprawiania ich. Podanie danych osobowych jest dobrowolne.
2. W okresach, o których mowa w § 9, w zakresie koniecznym do realizacji procedury wypłaty *świadczenia*, *ubezpieczony* upoważnia każdego lekarza, publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej lub osobę posiadającą dane o *ubezpieczonym* i Jego stanie zdrowia do udzielenia *ubezpieczycielowi* informacji związanych z przebytymi chorobami, pobytami w zakładach opieki zdrowotnej, poradami lub diagnostyką medyczną oraz leczeniem. Wniosek jest w szczególności potwierdzeniem tego upoważnienia. Dla celów wymienionych w niniejszym ustępie kopia wniosku posiada taka samą wartość, jak oryginał.
3. Opodatkowanie *świadczeń* wypłacanych z tytułu *umony* regulują przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.
4. *Ubezpieczony* wyraża zgodę na przekazywanie i przetwarzanie przez Red Sands Insurance Company (Europe) Limited, w którego imieniu występuje *4Life Direct* informacji związanych z ustaleniem prawa do wypłaty *świadczenia*, informacji o przyczynie *hospitalizacji* z wyłączeniem badań genetycznych, przez zakłady opieki zdrowotnej, osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny lub grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek, położnych, którzy udzielili Mu *świadczeń* zdrowotnych.
5. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie właściwe przepisy prawa polskiego.
6. 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*, *uposażonego* lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.