

## SKOROWIDZ

### OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU „WYPADKOWA OCHRONA SZPITALNA”

Rodzaj informacji/ postanowienia wzorca umownego	Nr zapisu
1. przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 9 § 10
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 11
3. koszty oraz inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	nie dotyczy
4. wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	nie dotyczy

**POSTANOWIENIA OGÓLNE**

**§ 1**

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu „Wypadkowa Ochrona Szpitalna”, przyjęte w dniu 25 września 2015 r. przez Zarząd Red Sands Insurance Company (Europe), 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, 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, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorego na zlecenie lekarza, włącznie z dniem przyjęcia;
- 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, które wystąpiło po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, prowadzące do uszkodzenia ciała ubezpieczonego i hospitalizacji;
- podwójne świadczenie szpitalne** – umowę dodatkową, która:
  - podwaja wysokość świadczenia dziennego za każdy dzień hospitalizacji na oddziale intensywnej terapii w wyniku nieszczęśliwego wypadku; lub
  - podwaja wysokość świadczenia dziennego jeśli do wypadku doszło podczas korzystania przez ubezpieczonego z publicznego środka transportu takiego jak samolot, pociąg, autobus, taksówka lub prom u licencjonowanego przewoźnika podróżując z ważnym biletem na przejazd.
- 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 całonocno 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”;
- oddział intensywnej terapii (OIT)** – wyspecjalizowaną część oddziału w strukturach szpitala, która zapewnia intensywną opiekę pielęgniarską i specjalistyczną opiekę lekarską dla pacjentów znajdujących się w stanie zagrożenia życia, którzy wymagają natychmiastowej i ciągłej obserwacji. Za OIT nie uważa się wydzielonych

sal intensywnego nadzoru istniejących w ramach innych oddziałów specjalistycznych;

- 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 „Wypadkowa Ochrona Szpitalna”;
- świadczenieienne** – kwotę wskazaną w aktualnej polisie, należną ubezpieczonemu za każdy dzień hospitalizacji, wypłacaną według zasad określonych w umowie;
- ubezpieczający** – osobę fizyczną zawierającą z ubezpieczycielem umowę;
- 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 „Wypadkowa Ochrona Szpitalna” 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.

**PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY**

**§ 3**

- Przedmiotem ubezpieczenia jest hospitalizacja ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem pobyt ubezpieczonego w szpitalu w okresie trwania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że przyjęcie do szpitala w wyniku tego wypadku nastąpi nie później niż 30 dni od dnia jego wystąpienia oraz w zgodzie z zapisami OWU.
- Umowa może być zawarta w jednym z trzech wariantów:
  - indywidualnym, z jednym ubezpieczonym;
  - ze współmałżonkiem ubezpieczonego 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 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;
  - 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.

**OBOWIĄZYWANIE UMOWY**

**§ 5**

- Umowa zaczyna obowiązywać w dniu wskazanym w polisie.

2. *Ubezpieczający* ma prawo odstąpienia od *umowy* w terminie 30 dni od daty rozpoczęcia odpowiedzialności *ubezpiezczonego*. W przypadku odstąpienia od *umowy* przez *ubezpieczającego*, *ubezpieczyciel* zwraca *ubezpieczającemu* wpłacone składki.
3. *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.
4. W celu akceptacji warunków przedłużenia *umowy* zaproponowanych przez *ubezpiezczonego* 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 odpowiednia składka.
5. *Ubezpieczający* ma prawo do wypowiedzenia *umowy* w każdym czasie ze skutkiem na koniec okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka.
6. *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

1. *Umowa* kończy się w dniu śmierci *ubezpieczonego* lub z dniem ukończenia przez *ubezpieczonego* 80 lat, z zastrzeżeniem punktu 2. poniżej.
2. 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 zmieniany 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.
3. Jeżeli *umowa* została zawarta w wariantcie ze *współmałżonkiem*, po ustaniu związku małżeńskiego lub nieformalnego, o których mowa w § 2 punkt 22, 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*.
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 miesięcznie w wysokości wskazanej 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 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*, dostarczy *ubezpieczającemu* nową *polisę* na potwierdzenie dokonania zmiany.

## ŚWIADCZENIA

### § 9

1. *Ubezpieczyciel* wypłaci *świadczenie* za okres *hospitalizacji* dłuższy niż 2 dni będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku. *Hospitalizacja* w rozumieniu niniejszych OWU nie obejmuje dnia, w którym *ubezpieczony* został wypisany ze szpitala.
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*, z tym zastrzeżeniem, iż *świadczenie* będzie płacone za maksymalnie 90 dni *hospitalizacji* w przypadku pobytu w szpitalu będącego przyczyną danego nieszczęśliwego wypadku lub *hospitalizacji* powiązanej z danym nieszczęśliwym wypadkiem czy uszkodzeniem ciała.
4. *Świadczenie* jest nienależne w przypadku kolejnej *hospitalizacji* w następstwie tego samego nieszczęśliwego wypadku, gdy łączny czas *hospitalizacji* przekroczył 90 dni chyba, że od ostatniego dnia *hospitalizacji*, za który wypłacono *świadczenie*, upłynął okres dłuższy niż 12 miesięcy.
5. Jeżeli do *umowy* dodano *podwójne świadczenie szpitalne*, za pierwsze 14 dni *hospitalizacji* będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku podczas podróży (jako pasażer z ważnym biletem na przejazd zgodnie z § 2 punkt 8b) lub pierwsze 14 dni spędzone na oddziale intensywnej terapii, zostanie wypłacona *podwójna* wysokość kwoty *świadczenia dziennego*. Kolejne *hospitalizacje* dotyczące tego samego nieszczęśliwego wypadku będą wypłacone w kwocie podstawowej *świadczenia dziennego*.
6. *Ubezpieczyciel* przejmie obowiązek opłacania *składek* ubezpieczeniowych z tytułu *umowy* „Wypadkowa Ochrona Szpitalna” za każdy miesiąc, w którym powstaje obowiązek wypłaty *świadczenia* zgodnie z § 10 punkt 1.
7. W przypadku opłacenia *składki* za miesiąc, w którym powstał obowiązek wypłaty *świadczenia* *ubezpieczyciel* wypłaci należne *świadczenie* powiększone o wpłaconą *składkę*.

## WYPŁATA ŚWIADCZENIA

### § 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. Termin wypłaty *świadczeń* nie przekroczy terminów do wypłaty określonych przepisami prawa.
2. W celu rozpoczęcia procedury wypłaty *świadczenia*, należy skontaktować się z *ubezpieczycielem* za pośrednictwem 4Life Direct.
3. *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.
4. Zgłaszający 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.
5. Występujący z roszczeniem jest zobowiązany do podania wszystkich informacji zgodnie ze stanem faktycznym.
6. *Ubezpieczyciel* zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań *ubezpieczonego* przez lekarza powołanego przez *ubezpieczyciela*. Koszty badań będą pokrywane przez *ubezpieczyciela*. Wszelkie *świadczenia* z tytułu *umowy* zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

## WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

### § 11

1. Obowiązek wypłaty *świadczenia* nie zachodzi, jeśli *hospitalizacja* *ubezpieczonego* nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń:
  - a) ciąży *ubezpieczonego*;
  - b) chorób lub nieprawidłowości wrodzonych, na które *ubezpieczony* cierpiał przed rozpoczęciem odpowiedzialności *ubezpieczyciela* wynikającej z *umowy*;

- c) działania wroga (w sensie militarnym), wojny (wypowiedzianej lub nie), wojny domowej, strajku, lokautu, zamieszek o charakterze rebelii lub rewolucyjnym, usurpacji władzy, aktywnego udziału w działaniach militarnych, paramilitarnych lub policyjnych;
  - d) epidemii ogłaszanych oficjalnie przez odpowiednie organy administracji samorządowej lub Ministerstwa Zdrowia;
  - e) hospitalizacji wynikającej z choroby istniejącej;
  - f) hospitalizacji spowodowanej rutynowymi lub innymi badaniami, które nie są bezpośrednio wynikiem nieszczęśliwego wypadku;
  - g) jakichkolwiek aktów łamania przez ubezpieczonego obowiązującego prawa;
  - h) kosmetycznych zabiegów stomatologicznych, chyba że w wyniku ran odniesionych w wypadku;
  - i) pobytów w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, sanatoriach, prewentoriach, hospicjach, ośrodkach leczniczych i uzdrowiskowych, spa, wodolecznictwa lub w miejscach odbywania kwarantanny;
  - j) ponownego przyjęcia do szpitala z tej samej lub powiązanej przyczyny w okresie 12 miesięcy;
  - k) pozostawania przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub leków upośledzających możliwość postrzegania, możliwości poznawcze oraz możliwości podejmowania swobodnych decyzji z wyjątkiem leków przepisanych przez uprawnionego lekarza;
  - l) 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);
  - m) przypadków hospitalizacji, gdy ubezpieczony nie zostanie skierowany na nią przez uprawnionego lekarza;
  - n) schorzeń wynikających z promieniowania, skażenia promieniotwórczego, reakcji jądrowej, skażenia chemicznego, w tym z zatrucia substancjami stałymi, cieczami, oparami lub gazami trującymi;
  - o) 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;
  - p) 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;
  - q) uszkodzenia ciała powstałego w wyniku samookaleczenia lub próby samobójczej;
  - r) używania narkotyków, uzależnienia, psychoterapii, leczenia chorób i zaburzeń natury psychicznej;
  - s) 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;
  - t) zabiegów chirurgii plastycznej, kosmetycznej, niepłodności, otyłości, zabiegów sztucznego zapłodnienia lub zabiegów wynikających z wyboru ubezpieczonego, chyba że są wynikiem obrażeń doznanych w nieszczęśliwym wypadku.
2. Hospitalizacją nie jest, w rozumieniu niniejszych OWU, pobyt w szpitalu w celach rehabilitacyjnych.

## SKARGI I ZAŻALENIA

### § 12

1. Wszelkie pisma, zapytania, skargi i zażalenia związane z umowami powinny być zgłaszane do ubezpieczyciela na adres Działu Obsługi Klienta 4Life Direct wskazany w § 2 punkt 1. Korespondencja w sprawie skarg i wniosków pomiędzy stronami powinna być składana w formie pisemnej, ustnej lub w formie elektronicznej. W każdym przypadku osoba zgłaszająca powinna podać numer polisy lub inne dane pozwalające ustalić umowę ubezpieczenia, której zgłoszenie dotyczy.
2. W terminie 30 dni od otrzymania pisma, zapytania skargi lub zażalenia, zostanie wysłana do osoby skarżącej odpowiedź w formie pisemnej. W przypadku braku możliwości dotrzymania wspomnianego terminu ubezpieczyciel za pośrednictwem 4Life Direct poinformuje osobę skarżącą o przyczynach opóźnienia i wskaże przewidywany termin udzielenia odpowiedzi nie dłuższy jednak niż 60 dni od otrzymania skargi lub zażalenia.
3. Jeżeli osoba zainteresowana uzna wyjaśnienie lub sposób rozstrzygnięcia skargi lub zażalenia za niewystarczający lub nieprawidłowy, może zgłosić swoją skargę lub zażalenie bezpośrednio do ubezpieczyciela lub może zgłosić swoją skargę lub zażalenie również do miejskich i powiatowych Rzeczników Konsumenta lub Rzecznika Finansowego.

## 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 ubezpieczyciela za pośrednictwem 4Life Direct o każdej zmianie danych kontaktowych zawartych we wniosku.

### § 14

1. Ogólne Warunki Ubezpieczenia, polisa i wniosek ubezpieczeniowy składają się na umowę i stanowią podstawę do ustalenia warunków udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
2. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych z tytułu umowy regulują przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie właściwe przepisy prawa polskiego.
4. 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.

DW/OWU/v1/25.09.2015



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