

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA OD NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW „NNW FAMILY DIRECT”

z dnia 25.10.2014 r.

familydirect
z myślą o rodzinie

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków „NNW Family Direct”, przyjęte w dniu 25 października 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;
- 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;
- hospitalizacja** – całodobowy pobyt w szpitalu będący wynikiem uszkodzeń ciała w nieszczęśliwym wypadku, służący 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, które wystąpiło po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, prowadzące do uszkodzenia ciała ubezpieczonego i hospitalizacji;
- oparzenie** – drugi i trzeci stopień oparzenia: uszkodzenie tkanki skórnej i tkanek głębszych w wyniku oparzenia obejmujących co najmniej 30% powierzchni ciała;
- paraplegia** – całkowite, trwałe i nieodwracalne porażenie dwukończynowe obejmujące nogi;
- pasażer** – osoba podróżująca z ważnym biletem uprawniającym do korzystania z publicznego środka transportu u licencjonowanego przewoźnika;
- 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;
- świadczenie** – kwotę należną ubezpieczonemu w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, wypłacaną według zasad określonych w umowie;
- świadczenie dzienne** – kwotę wskazaną w aktualnej polisie, należną ubezpieczonemu za każdy dzień hospitalizacji, wypłacaną zgodnie z warunkami określonymi w umowie;
- szpital** – zakład opieki zdrowotnej będący w rozumieniu obowiązujących przepisów zakładem lecznictwa zamkniętego lub zakładem udzielającym całodobowo 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”;

- tetraplegia** – całkowity, trwały i nieodwracalny niedowład cztero-kończynowy uniemożliwiający korzystanie z funkcji wszystkich kończyn;
- trwałe kalectwo** – stan zdrowia będący następstwem nieszczęśliwego wypadku zgodnie z odpowiednią definicją określoną przez właściwe przepisy prawa dotyczące świadczeń z ubezpieczeń społecznych („osoba całkowicie niezdolna do pracy”), całkowite i trwałe utracenie zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy stwierdzone przed osiągnięciem wieku emerytalnego, które z medycznego punktu widzenia potrwa do końca życia człowieka. Trwałe kalectwo musi trwać ciągle przez okres co najmniej 180 dni od daty pierwszego rozpoznania i być poświadczony przez lekarza orzecznika ZUS, KRUS lub inny podmiot uprawniony do orzekania w tym zakresie;
- trwałe uszkodzenie mózgu** – śmierć tkanki mózgowej w wyniku stałego i nieodwracalnego deficytu neurologicznego;
- 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 zawartą na podstawie wniosku oraz OWU;
- uszkodzenie ciała** – zawarte w Tabeli Świadczeń, fizyczne uszkodzenie ciała doznane przez ubezpieczonego w wyniku działania siły mechanicznej, środków chemicznych lub temperatury, wymagające porady lekarskiej, leczenia, opieki lub hospitalizacji;
- utrata funkcji kończyn(y)** – całkowita, stała i nieodwracalna fizyczna utrata kończyn(y) lub jej funkcji powyżej nadgarstka i stawu skokowego.
- utrata mowy** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata zdolności mówienia;
- utrata słuchu** – trwała i nieodwracalna utrata słuchu w stopniu większym niż 95 decybeli we wszystkich częstotliwościach mierzona w uchu o lepszej słyszalności za pomocą audiogramu;
- utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w stopniu, w którym nawet przy użyciu pomocy wizualnych, badanie wzroku wynosi 3/60 lub gorzej w skali ostrości wzroku przy użyciu tablic Snellena;
- 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;
- złamanie kości** – przerwanie ciągłości kości, w szczególności w odniesieniu do następujących obszarów:
 - czaszka – kości głowy z wyłączeniem kości twarzy i nosa;
 - kość miedniczna – wszystkie kości wchodzące w skład kości miednicznej w tym kość guziczna ale z wyłączeniem kości krzyżowej;
 - kość szczękowa – parzyste kości twarzoczaszki;
 - kręgi – kości kręgosłupa, w tym kość krzyżowa;
 - łopatka – kość łącząca kość ramienną z obojczykiem;
 - noga – kość udowa, piszczelowa, strzałkowa i pięta;
 - obojczyk – kość łącząca łopatkę i mostek;
 - ramię – kość ramienna, łokciowa oraz promieniowa z wyłączeniem kości nadgarstka i śródreżca;

- i) staw biodrowy – kość biodra i stawu biodrowego;
- j) zuchwa – nieparzysta ruchoma część czaszki.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest *uszkodzenie ciała ubezpieczonego* będące następstwem *nieszczęśliwego wypadku*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje uszkodzenie ciała *ubezpieczonego* powstałe w wyniku *nieszczęśliwego wypadku*, który miał miejsce w okresie obowiązywania *umowy*.
3. *Umowa* może być zawierana w dwóch wariantach:
 - a) indywidualnym: z jednym ubezpieczonym lub
 - b) ze *współmałżonkiem ubezpieczonego*: jako drugim ubezpieczonym.

ZAWARCIE UMOWY

§ 4

1. *Umowa* może zostać zawarta, jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:
 - a) w dniu jej zawarcia zarówno *ubezpieczający* jak i *ubezpieczony* mają ukończone 18 lat a *ubezpieczony* nie ma ukończonych 71 lat;
 - b) *ubezpieczyciel* otrzymał podpisany przez *ubezpieczającego* i *ubezpieczonego* wniosek;
 - c) *ubezpieczający* opłacił *składkę* (jeśli była wymagana);
 - d) *ubezpieczyciel* zaakceptował *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*. W przypadku odstąpienia od *umowy* przez *ubezpieczającego*, *ubezpieczyciel* zwraca *ubezpieczającemu* wpłacone *składki*.
3. *Umowa* zostaje zawarta na okres 1 roku od daty rozpoczęcia odpowiedzialności wskazanej w *polisie*. *Ubezpieczający* ma możliwość przedłużenia na kolejne okresy roczne, z zastrzeżeniem, § 6 i § 7 poniżej. *Ubezpieczyciel* powiadomi *ubezpieczającego* o warunkach przedłużenia *umowy* co najmniej 45 dni przed upływem okresu, na jaki *umowa* została zawarta. *Ubezpieczający* poprzez zapłatę *składki* potwierdza przedłużenie *umowy* na kolejny okres.
4. *Ubezpieczyciel* na 45 dni przed upływem okresu, na jaki została zawarta *umowa* może zaproponować jej przedłużenie na zmienionych warunkach. Jeżeli *ubezpieczający* ich nie zaakceptuje, *umowa* zostaje rozwiązana z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia *składka*.
5. *Ubezpieczający* ma prawo do wypowiedzenia *umowy* w każdym czasie ze skutkiem na koniec okresu, za jaki została opłacona ostatnia *składka*.
6. Gdy *ubezpieczony* lub *współmałżonek* ukończą 80 lat, *ubezpieczenie* przestaje obowiązywać dla tej osoby.

§ 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*, po śmierci jednego ze *współmałżonków* lub ukończeniu przez jednego ze *współmałżonków* 80 lat *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* i *składką* odpowiadającą wariantowi indywidualnemu.
3. Jeżeli *umowa* została zawarta w wariantcie ze *współmałżonkiem*, po ustaniu związku małżeńskiego lub nieformalnego, o których mowa w § 2 punkt 28, na wniosek *ubezpieczającego* 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.
5. *Umowa* kończy się z datą kiedy *ubezpieczyciel* wypłaci *świadczenie*, które wraz z kwotą wypłaconych wcześniej *świadczeń* będzie równe sumie ubezpieczenia zgodnie z § 9.

SKŁADKI

§ 7

1. *Składki* są płatne miesięcznie w wysokości wskazanej w *polisie*, zgodnie z wyborem *ubezpieczającego*.
2. Jeżeli pomimo uprzedniego wezwania wystosowanego przez *ubezpieczyciela*, *ubezpieczający* nie dokonał wpłaty zaległej *składki*, w ciągu dodatkowego terminu 30 dni od terminu jej wymagalności *umowę* uważa się za wypowiedzianą przez *ubezpieczającego*, a odpowiedzialność *ubezpieczyciela* ustaje.
3. *Składki* zostały obliczone z uwzględnieniem rodzaju i wysokości ubezpieczenia oraz prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń uprawniających do wypłaty należnych *świadczeń* w okresie trwania *umowy*, jak również opłat kosztów zawarcia i obsługi *umowy*.

ZMIANA UMOWY

§ 8

1. *Ubezpieczyciel*, na wniosek *ubezpieczającego*, za zgodą *ubezpieczonego*, w przypadku gdy *ubezpieczający* i *ubezpieczony* to różne osoby, przedstawia warunki zmiany wariantu *umowy* oraz wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej 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* w przypadku gdy *ubezpieczony* przeżyje okres co najmniej 14 dni od daty *nieszczęśliwego wypadku*.
2. Wysokość *świadczenia* należnego *ubezpieczonemu* uzależniona jest od wysokości wybranej sumy ubezpieczenia i jest wskazana w *polisie* ubezpieczeniowej. Wysokość *świadczenia* jest uzależniona od stopnia *uszkodzenia ciała ubezpieczonego* w wyniku *nieszczęśliwego wypadku* według Tabeli *Świadczeń*.
3. *Świadczenie* jest wypłacane za okres *hospitalizacji* dłuższy niż 2 dni.
4. Wypłacone *świadczenie* za okres *hospitalizacji* będzie równe sumie *świadczeń* dziennych za każdy dzień *hospitalizacji*, z tym zastrzeżeniem, iż *świadczenie* będzie płacone za maksymalnie 120 dni *hospitalizacji* w przypadku pobytu w szpitalu będącego przyczyną danego *nieszczęśliwego wypadku* czy *uszkodzenia ciała* lub *hospitalizacji* powiązanej z danym *nieszczęśliwym wypadkiem* czy *uszkodzeniem ciała*. Dodatkowo, za *hospitalizację* spowodowaną każdym jednym *nieszczęśliwym wypadkiem*, która będzie trwała nieprzerwanie dłużej niż 14 dni zostanie wypłacone *dotykowe świadczenie* w postaci wypłaty jednorazowej zgodnie z Tabelą *Świadczeń*.
5. Wysokość *świadczenia* zgodnie z punktami 2 i 3 powyżej ulega podwojeniu w przypadku wystąpienia u *ubezpieczonego* *uszkodzenia ciała* w trakcie podróży pod warunkiem, że *ubezpieczony* spełnia definicję pasażera zgodnie z § 2 punkt 9.
6. W przypadku *trwałego kalectwa*, *tetraplegii*, *paraplegii* czy *trwałego uszkodzenia mózgu* jeżeli istnieją wątpliwości co do stopnia *uszkodzenia ciała ubezpieczonego*, który jest niezbędny do kalkulacji wartości sumy ubezpieczenia, wysokość sumy ubezpieczenia ustala się, nie później niż w ciągu 12 miesięcy od dnia *nieszczęśliwego wypadku*. W przypadku braku wątpliwości wypłata *świadczenia* odbywa się zgodnie z paragrafem 10 punkt 4.
7. *Świadczenie* za *uszkodzenia ciała ubezpieczonego* jest nienależne jeżeli upłynęło więcej niż 12 miesięcy od dnia *nieszczęśliwego wypadku* za wyjątkiem *trwałego kalectwa*, *tetraplegii*, *paraplegii* czy *trwałego uszkodzenia mózgu*.
8. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności *ubezpieczyciela* w stosunku do każdego *ubezpieczonego* za wyjątkiem § 9 punkt 5.

9. Tabela Świadczeń:

W przypadku gdy w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpi:		Wysokość świadczenia wyrażona jako % sumy ubezpieczenia.	
		Przy sumie ubezpieczenia 5 000 zł	Przy sumie ubezpieczenia powyżej 5 000 zł
A. Niepełnosprawność	1. trwale calectwo	100%	100%
	2. utrata wzroku w obu oczach	100%	100%
	3. utrata funkcji obu kończyn	100%	100%
	4. tetraplegia	100%	100%
	5. paraplegia	100%	100%
	6. trwale uszkodzenie mózgu	100%	100%
	7. utrata wzroku w jednym oku	-	50%
	8. utrata funkcji jednej z kończyn	-	50%
	9. utrata mowy	-	50%
	10. utrata słuchu	-	50%
B. Oparzenia	11. drugiego lub trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 30% masy ciała	-	50%
C. Złamania	12.1. biodra lub miednicy	-	50%
	12.2. nogi, czaszki, żuchwy, kręgow	-	25%
	12.3. łopatki, obojczyka, ramienia, górnej szczęki	-	10%
D. Hospitalizacja	13. Hospitalizacja będąca wynikiem uszkodzeń ciała w nieszczęśliwym wypadku (dziennie świadczenie)	-	0,2%
	14. Świadczenie za 14 dni nieprzerwanego pobytu w szpitalu (jako dodatek do punkt 13 powyżej)	-	5%

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ § 10

- Obowiązek wypłaty świadczenia powstaje gdy w okresie obowiązywania umowy ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała lub był hospitalizowany w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
- W celu rozpoczęcia procedury wypłaty świadczenia, osoba występująca z roszczeniem powinna 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.
- Odpowiednie kwoty świadczeń będą 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. Termin wypłaty świadczeń nie przekroczy terminów do wypłaty określonych przepisami prawa.
- 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:
 - stresu pourazowego;
 - jakiegokolwiek choroby nie będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku;
 - ciąży ubezpieczonego;
 - 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;
 - hospitalizacji spowodowanej rutynowymi lub innymi badaniami, które nie są bezpośrednio wynikiem choroby lub nieszczęśliwego wypadku;

- hospitalizacji wynikającej z choroby istniejącej;
 - jakiegokolwiek aktów łamania przez ubezpieczonego obowiązującego prawa;
 - kosmetycznych zabiegów stomatologicznych;
 - pobytów w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, sanatoriach, prewentoriach, 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;
 - pozostawaniem przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub leków, upośledzających rozumowanie z 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, cieczami, 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 aktywnej 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;
 - 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, niepłodności, otyłości, zabiegów sztucznego zapłodnienia lub zabiegów wynikających z wyboru ubezpieczonego, chyba że są wynikiem obrażeń doznanych w nieszczęśliwym wypadku;
- Wypłata świadczenia nie przysługuje, jeżeli ubezpieczony umrze w ciągu 14 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
 - Świadczenie nie przysługuje osobie która umyślnie przyczyniła się do śmierci ubezpieczonego.

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 20. 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

- 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.
- 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 świad-

czenia, 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. *Polisa* nie posiada wartości wykupu.
4. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie właściwe przepisy prawa polskiego.

5. 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.

NW/OWU/M1/25.10.2014



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