

# OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA OD NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW „NNW FAMILY DIRECT” z dnia 25 grudnia 2014 r.

## POSTANOWIENIA OGÓLNE

### § 1

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków „NNW Family Direct”, przyjęte w dniu 25 grudnia 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 uszkażenie ciała będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, którego ubezpieczony doznał przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela, wymagające opieki lekarza, leczenia lub hospitalizacji;
- hospitalizacja** – całonocny 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 wymaganiami 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 całonocnego 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 jeżeli formalnie są według prawa polskiego „szpitalami”;
- tetraplegia** – całkowity, trwały i nieodwracalny niedowład czterokończynowy 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 jakiejkolwiek pracy stwierdzone przed osiągnięciem wieku emerytalnego, które z medycznego punktu widzenia potwra do końca życia człowieka. Trwałe kalectwo musi trwać ciągle przez okres co najmniej 180 dni od daty pierwszego rozpoznania i być potwierdzone 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;

29. **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;
- staw biodrowy – kość biodra i stawu biodrowego;
- żuchwa – nieparzysta ruchoma część czaszki;

## PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY

### § 3

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

## 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 a ubezpieczony nie ma ukończonych 71 lat;
  - ubezpieczyciel otrzymał podpisany przez ubezpieczającego i ubezpieczonego wniosek;
  - ubezpieczyciel zaakceptował 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.
- 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 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.
- 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.
- Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia umowy w każdym czasie ze skutkiem na koniec okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka.
- Gdy ubezpieczony lub współmałżonek ukończą 80 lat, ubezpieczenie przestaje obowiązywać dla tej osoby.

### § 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, 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 zmieniający jest na wariant indywidualny z dotychczasową wysokością świadczenia i składką odpowiadającą wariantowi indywidualnemu.
- Jeżeli umowa została zawarta w wariancie ze współmałżonkiem, po ustaniu związku małżeńskiego lub nieformalnego, o których mowa w § 2 punkt 28, na wniosek ubezpieczającego po akceptacji ubezpieczyciela, 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.
- 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

- Składki są płatne miesięcznie w wysokości wskazanej w polisie, zgodnie z wyborem ubezpieczającego.
- 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.
- 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

- 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.
- 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 co najmniej 14 dni zostanie wypłacone *dotatkowe 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. Uszkodzenie ciała	1. trwałe kalectwo	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. trwałe 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. Oparzenia: drugiego lub trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 30% powierzchni 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 uszkodzenia ciała w nieszczęśliwym wypadku (dzienne świadczenie);	-	0,2%
	14. Świadczenie za 14 dni nieprzerwanego pobytu w szpitalu (jako dodatek do punktu 13 powyżej)	-	5%

## WYPŁATA ŚWIADCZENIA § 10

1. Obowiązek wypłaty świadczenia powstaje gdy w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia doznał uszkodzenia ciała lub był hospitalizowany w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
2. W celu rozpoczęcia procedury wypłaty świadczenia, osoba występująca z roszczeniem powinna 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. 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.
5. Występujący z roszczeniem jest zobowiązany do podania wszystkich informacji zgodnie ze stanem faktycznym.

## WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA § 11

1. Obowiązek wypłaty świadczenia nie zachodzi, jeśli hospitalizacja ubezpieczonego nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń:
  - a) stresu pourazowego;
  - b) jakiegokolwiek choroby nie będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku;
  - c) ciąży ubezpieczonego;

- d) 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;
  - e) hospitalizacji spowodowanej rutynowymi lub innymi badaniami, które nie są bezpośrednio wynikiem choroby lub nieszczęśliwego wypadku;
  - f) hospitalizacji wynikającej z choroby istniejącej;
  - g) jakiegokolwiek aktów łamania przez ubezpieczonego obowiązującego prawa;
  - h) kosmetycznych zabiegów stomatologicznych;
  - i) pobytów w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgniacyjno-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) pozostawianiem przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub leków, upośledzających rozumowanie z wyjątkiem leków przepisanych przez uprawnionego lekarza;
  - l) prowadzenia niebezpiecznej działalności zawodowej i gospodarczej polegającej na wykonywaniu pracy i czynności pod wodą 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) 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;
  - s) zabiegów chirurgii plastycznej, kosmetycznej, niepłodności, tytości, 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.
3. Wypłata świadczenia nie przysługuje, jeżeli ubezpieczony umrze w ciągu 14 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
4. Świadczenie nie przysługuje osobie która umyślnie przyczyniła się do śmierci ubezpieczonego.

## 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 20. 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 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. 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/2/25.12.2014



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