



**SKOROWIDZ
OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA
„GRUPOWE UBEZPIECZENIE OD NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW”**

Rodzaj informacji/ postanowienia wzorca umownego	Nr zapisu
1. przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 7 § 8
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 9
3. koszty oraz inne obciążenia potrącane 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

1. Niniejsze Ogólne Warunki „Grupowego Ubezpieczenia od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków” przyjęte w dniu 4 grudnia 2017 r. przez Zarząd Red Sands Insurance Company (Europe) Limited, zwane dalej „*OWU*”, stosuje się do umowy grupowego ubezpieczenia zawartej pomiędzy Red Sands Insurance Company (Europe) Limited a 4Life Direct sp. z o.o. jako ubezpieczającym zawieranych od dnia 2 stycznia 2018 r.
2. Zmiany *OWU* mogą nastąpić tylko w przypadku zmiany prawa lub na skutek wytycznych organów administracji. Wszelkie zmiany *OWU* wymagają formy pisemnej oraz ich doręczenia drugiej stronie umowy.

DEFINICJE

§ 2

Określenia użyte w niniejszych *OWU* oznaczają:

1. **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 *ubezpiezyciela*, 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, będącą podstawą diagnozy lekarskiej;
3. **choroba istniejąca** – *chorobę* lub *choroby*, na które zachorował *ubezpieczony*, lub uszkodzenie ciała będące następstwem *nieszczęśliwego wypadku*, którego *ubezpieczony* doznał przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności *ubezpiezyciela*, wymagające opieki lekarza, leczenia lub hospitalizacji;
4. **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*;
5. **paraplegia** – całkowite, trwałe i nieodwracalne porażenie dwukończynowe obejmujące nogi;
6. **polisa** – dokument wystawiony w imieniu *ubezpiezyciela* przez 4Life Direct potwierdzający zawarcie *umowy* ubezpieczenia;
7. **składka** – kwotę należną z tytułu umowy;
8. **suma ubezpieczenia** – kwotę wskazaną w aktualnej polisie wypłacaną według zasad określonych w umowie;
9. **świadczenie** – kwotę należną ubezpieczonemu wypłacaną zgodnie z ogólnymi warunkami *umowy* ubezpieczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
10. **tetraplegia** – całkowity, trwały i nieodwracalny niedowład cztero kończynowy uniemożliwiający korzystanie z funkcji wszystkich kończyn;
11. **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 zdolno-

ści 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 poświadczone przez lekarza orzecznika ZUS, KRUS lub inny podmiot uprawniony do orzekania w tym zakresie;

12. **trwałe uszkodzenie mózgu** – śmierć tkanki mózgowej której skutkiem jest stały i nieodwracalny deficyt neurologiczny;
13. **ubezpieczający** – 4Life Direct;
14. **ubezpieczony** – osobę fizyczną wymienioną w polisie, na rzecz której zawarto umowę;
15. **ubezpiezyciel** – Red Sands Insurance Company (Europe) Limited z siedzibą przy Level 3, Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltar;
16. **umowa** – umowę ubezpieczenia zawartą na podstawie *wniosku* oraz *OWU*;
17. **uszkodzenie ciała** – fizyczne uszkodzenie ciała doznane przez *ubezpieczonego* wymienione w Tabeli Świadczeń w wyniku wypadku, wymagające porady lekarskiej, leczenia, opieki lub hospitalizacji;
18. **utrata funkcji kończyn(y)** – całkowita, stała i nieodwracalna fizyczna utrata kończyn lub jej funkcji powyżej nadgarstka i stawu skokowego;
19. **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;
20. **wniosek** – wniosek ubezpieczeniowy o zawarcie *umowy* złożony na formularzu przygotowanym przez *ubezpiezyciela*;
21. **wnioskodawca** – osobę występującą z roszczeniem;
22. **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

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 *ubezpieczony* ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 71 lat;

- b) *ubezpieczyciel* otrzymał podpisany przez *ubezpieczonego* wniosek;
 - c) *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. *Ubezpieczony* ma prawo odstąpienia od umowy w terminie 30 dni od daty rozpoczęcia odpowiedzialności *ubezpieczyciela*.
3. Umowa zostaje zawarta na okres 1 roku od daty rozpoczęcia odpowiedzialności wskazanej w *polisie*.
4. *Ubezpieczony* ma prawo do wypowiedzenia umowy w każdym czasie.
5. Umowa kończy się w dniu śmierci *ubezpieczonego*, z datą wypowiedzenia umowy zgodnie z § 5 punkt 4 lub § 5 punkt 8 w zależności które z tych zdarzeń będzie pierwsze.
6. Jeżeli *umowa* została zawarta w wariantcie ze *współmałżonkiem*, po śmierci jednego ze *współmałżonków* lub ukończeniu przez jedno ze *współmałżonków* 80 lat *umowa* nie wygasa, a drugi ze *współmałżonków* może kontynuować *umowę*. W takim przypadku wariant małżeński zmieniany jest na wariant indywidualny z dotychczasową wysokością *ubezpieczenia*.
7. Jeżeli *umowa* została zawarta w wariantcie ze *współmałżonkiem*, po ustaniu związku małżeńskiego lub nieformalnego, o których mowa w § 2 punkt 22, 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*.
8. *Umowa* kończy się z datą kiedy *ubezpieczyciel* wypłaci *świadczenie* równe sumie *ubezpieczenia*.

SKŁADKI

§ 6

Składki są płatne przez *ubezpieczającego*.

ŚWIADCZENIA

§ 7

1. *Ubezpieczyciel* wypłaci *świadczenie* w przypadku gdy *ubezpieczony* przeżyje okres co najmniej 14 dni od daty *nieszczęśliwego wypadku*.
2. Wysokość *sumy ubezpieczenia* należnej *ubezpieczonemu* jest wskazana w *polisie ubezpieczeniowej*.
3. 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 wysokości *świadczenia*, wysokość *świadczenia* ustala się, nie później niż w ciągu 12 miesięcy od dnia *nieszczęśliwego wypadku*. W przypadku braku wątpliwości wypłata *świadczenia* odbywa się zgodnie z § 8 punkt 4.
4. *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*.

5. Suma *ubezpieczenia* stanowi górną granicę odpowiedzialności *ubezpieczyciela* w stosunku do każdego *ubezpieczonego*.

6. Tabela Świadczeń:

Uszkodzenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku:		Wysokość świadczenia wyrażona jako % sumy ubezpieczenia
Niepełnosprawność	1. Trwałe kalectwo	100%
	2. Utrata wzroku w obu oczach	100%
	3. Utrata możliwości korzystania z dwóch lub więcej kończyn	100%
	4. Tetraplegia	100%
	5. Paraplegia	100%
	6. Trwałe uszkodzenie mózgu	100%

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 8

1. Obowiązek wypłaty *świadczenia* powstaje gdy w okresie obowiązywania umowy *ubezpieczony* doznał *uszkodzenia ciała* w wyniku *nieszczęśliwego wypadku*.
2. W celu rozpoczęcia procedury wypłaty *świadczenia*, *wnioskodawca* powinien skontaktować się z *ubezpieczycielem* za pośrednictwem *4Life Direct*.
3. *Ubezpieczyciel* za pośrednictwem *4Life Direct* informuje *wnioskodawcę* 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.
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

§ 9

1. Obowiązek wypłaty *świadczenia* nie zachodzi, jeśli roszczenie *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, uzurpacji władzy, aktywnego udziału w działaniach militarnych, paramilitarnych lub policyjnych i terroryzmu;
 - e) hospitalizacji spowodowanej rutynowymi lub innymi badaniami, które nie są bezpośrednio wynikiem choroby lub *nieszczęśliwego wypadku*;
 - f) hospitalizacji wynikającej z choroby istniejącej;

- g) jakichkolwiek aktów łamania przez ubezpieczonego obowiązującego prawa;
 - h) kosmetycznych zabiegów stomatologicznych;
 - i) pobyków 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) pozostawaniem 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 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) 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, otyłości, zabiegów sztucznego zapłodnienia lub zabiegów wynikających z wyboru *ubezpieczonego*, chyba że są wynikiem obrażeń doznanych w *nieszczęśliwym wypadku*;
2. Wypłata *świadczenia* nie przysługuje, jeżeli *ubezpieczony* umrze w ciągu 14 dni od daty *nieszczęśliwego wypadku*.
 3. *Świadczenie* nie przysługuje osobie która umyślnie przyczyniła się do *uszkodzenia ciała ubezpieczonego*.

SKARGI I ZAŻALENIA

§ 10

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. Wszelkie spory z umowy ubezpieczenia mogą być rozpatrywane przez Sąd Polubowny przy Rzeczniku Finansowym, zgodnie z jego regulaminem. Wszelkie informacje znajdują się na stronie internetowej www.rf.gov.pl

OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

§ 11

1. *Ubezpieczający* i *ubezpieczony* (dalej w niniejszym ustępie: „*Osoby, których dotyczą dane*”) poprzez podpisanie zgody na odpowiednim wniosku lub w jakiegokolwiek innej formie lub w formie ustnej dobrowolnej deklaracji wyrażenia zgody podczas nagrywanej rozmowy telefonicznej, udziela zgody *ubezpieczycielowi* i *4Life Direct* wraz z powiązаныmi z nimi kapitałowo spółkom grupy (dalej w niniejszym ustępie: „Administratorzy Danych”) na zarządzanie oraz automatyczne i ręczne przetwarzanie danych osobowych przekazanych przez Osoby, których dotyczą dane w formularzu lub w ww. rozmowie telefonicznej, Administratorom Danych w związku z zawarciem i wykonaniem *umowy*, zgodnie ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 poz. 197.) Podstawą procesowania, w tym zarządzania i przetwarzania danych jest zgoda Osób, których dotyczą dane. Administratorzy Danych są upoważnieni do zarządzania i przetwarzania tajemnicy ubezpieczeniowej klientów oraz ich danych osobowych.
2. Administratorzy Danych są upoważnieni do zarządzania i przetwarzania podanych danych tak długo, jak istnieje cel zebrania i przetwarzania danych zgodnie z punktem 3 poniżej.
3. Zarządzane i przetwarzane dane są następujące: dane osobowe klienta, *suma ubezpieczenia* oraz szczegóły płatności, wszelkie inne okoliczności dotyczące zawarcia, wykonania, rejestracji umowy oraz obsługi świadczonej przez Administratorów Danych. Dane osobowe oznaczają wszelkie informacje dotyczące osób, których dane dotyczą, w szczególności w odniesieniu do jego/jej nazwiska i imienia, numeru identyfikacyjnego lub jednego lub więcej czynników charakterystycznych dla jego/jej fizycznej, fizjologicznej, psychicznej, ekonomicznej, kulturalnej lub społecznej tożsamości, oraz odniesienia poczynione do tych informacji dotyczące Osób, których dotyczą dane. Tajemnica ubezpieczenia oznacza wszelkie dane – inne niż informacje poufne – będące w posiadaniu administratorów danych, dotyczące osobistych okoliczności lub sytuacji finansowej (lub spraw biznesowych) klientów (w tym zgłaszających roszczenia), oraz umów klientów z *ubezpieczycielem*. Klient, dla celów niniejszego ustępu, oznacza *ubezpieczającego* i *ubezpieczonego*, beneficjenta, jakąkolwiek inną osobę, która składa ofertę zawarcia *umowy* ubezpieczeniowej i która jest uprawniona do otrzymania *świadczenia* od *ubezpieczyciela*.

4. Administratorzy Danych przekazują dane osób, których dane dotyczą, w zakresie niezbędnym do wydruku i dostarczenia dokumentacji ubezpieczeniowej. Dla celów przetwarzania danych zastosowanie ma obowiązująca polityka prywatności danych administratorów danych.
5. Osoby, których dotyczą dane, mogą wnioskować do administratora danych:
 - a) o informację, kiedy przetwarzane są ich dane osobowe,
 - b) poprawienie ich danych osobowych, i
 - c) usunięcie lub blokadę ich danych osobowych, z wyjątkiem sytuacji, gdy przetwarzanie jest obowiązkowe.
6. Na wniosek osób, których dotyczą dane, administrator danych przekaże informacje dotyczące danych odnoszących się do danej osoby, w tym te przetwarzane przez wynajętego przez Administratora Danych przetwarzającego dane lub innych na podstawie jego polecenia, źródeł z których zostały uzyskane, celu, podstawy i czasu trwania przetwarzania oraz nazwy i adresu przetwarzającego dane oraz jego działalności związanej z przetwarzaniem danych, okoliczności dotyczących zdarzenia naruszenia prywatności, jego wpływu oraz działań podjętych w celu naprawienia tej sytuacji oraz – jeśli dane osobowe Osób, których dane dotyczą, zostały udostępnione innym – podstawy prawnej i odbiorców.
7. Administratorzy Danych muszą realizować wnioski o udzielenie informacji bez zwłoki i przekazywać informacje, których wniosek dotyczy, w zrozumiałej formie, na pisemny wniosek Osób, które dane dotyczą, w terminie maksymalnie trzydziestu dni.
8. Dane Osób, których dane dotyczą, uważane za tajemnicę ubezpieczenia, mogą być przetwarzane wyłącznie w zakresie, w jakim dotyczą danej umowy, jej zawarcia i rejestracji oraz obsługi. Przetwarzanie tych danych może mieć miejsce wyłącznie w zakresie niezbędnym dla zawarcia, zmiany i obsługi umowy ubezpieczeniowej oraz do oceny roszczeń wynikających z umowy. lub dla innych celów określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 roku poz. 922).

Na podstawie odrębnej zgody dane osobowe osób, których dane dotyczą, są przetwarzane również dla celów marketingowych.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 12

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 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 ma obowiązek informowania ubezpieczyciela za pośrednictwem *4Life Direct* o każdej zmianie danych kontaktowych zawartych we wniosku.
4. Ogólne Warunki Ubezpieczenia, polisa i wniosek ubezpieczeniowy składają się na umowę i stanowią podstawę do ustalenia warunków udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
5. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych z tytułu umowy regulują przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.
6. Polisa nie posiada wartości wykupu.
7. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie właściwe przepisy prawa polskiego.
8. W przypadku sporu między stronami umowy, właściwe są polskie sądy powszechne według właściwości ogólnej albo sądy powszechne właściwe według miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

NW/b/OWU/v5/02.01.2018



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