



SKOROWIDZ

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA „TERMINOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE FAMILY DIRECT”

Rodzaj informacji/ postanowienia wzorca umownego	Nr zapisu
1. przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 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 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 Ubezpieczenia „Terminowe Ubezpieczenie na Życie Family Direct”, przyjęte w dniu 25 marca 2017 r. przez Zarząd Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited, zwane dalej OWU, stosuje się do umów zawieranych od tej daty.
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 ubezpieczyciela, wpisanym do rejestru pośredników ubezpieczeniowych pod nr 11185495/A;
2. **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;
3. **nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, gwałtowne i nagłe zdarzenie które wystąpiło po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, wywołane przyczyną zewnętrzną, którego konsekwencją jest śmierć ubezpieczonego, pod warunkiem, że śmierć ta nastąpi nie później niż 180 dni po dniu w którym nieszczęśliwy wypadek w rozumieniu niniejszych OWU miał miejsce;
4. **podwójne świadczenie wypadkowe** – umowę dodatkową podwajającą sumę ubezpieczenia, jeżeli śmierć nastąpiła w wyniku *nieszczęśliwego wypadku*. Umowa ta kończy się gdy ubezpieczony ukończy 76 lat;
5. **polisa** – dokument wystawiony w imieniu ubezpieczyciela przez 4Life Direct, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
6. **rocznica polisy** – datę corocznego przedłużenia obowiązywania umowy na kolejny rok przypadająca w dacie określonej w polisie jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela;
7. **składka** – kwotę należną z tytułu umowy, określoną w polisie, wyrażoną w walucie będącej prawnym środkiem płatniczym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, ustalaną w oparciu o taryfę składek obowiązującą w dniu złożenia wniosku;
8. **suma ubezpieczenia** – kwotę wskazaną w polisie wypłacaną według zasad określonych w umowie;
9. **świadczenie** – kwota należna uposażonemu lub ubezpieczonemu zgodnie z ogólnymi warunkami umowy ubezpieczenia;
10. **świadczenie z tytułu trwałego kalectwa** – umowa dodatkowa która gwarantuje ubezpieczonemu wypłatę świadczenia w wysokości równej sumie ubezpieczenia jeśli u ubezpieczonego wystąpi *trwale kalectwo* w okresie obowiązywania tej umowy.

11. **trwale kalectwo** – stan zdrowia wynikający z choroby lub spowodowany *nieszczęśliwym wypadkiem* charakteryzujący się jednym z poniższych warunków:
 - i. trwała i nieodwracalna utrata lub utrata możliwości korzystania z:
 - obydwu rąk, lub
 - obydwu nóg, lub
 - jednej ręki i jednej nogi, lub
 - obu oczu;
 - ii. trwale uszkodzenie mózgu (nieodwracalny deficyt neurologiczny lub zaburzenia funkcji poznawczych);
 - iii. zgodnie z odpowiednią definicją ZUS („osoba całkowicie niezdolna do pracy”), całkowite i trwałe utracenie zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy stwierdzone przed osiągnięciem wieku emerytalnego, które z medycznego punktu widzenia potrwa do końca życia człowieka. *Trwale kalectwo* musi trwać przez cały okres co najmniej 180 dni od daty pierwszego rozpoznania i powinno być poświadczone przez lekarza orzecznika ZUS, KRUS lub inny podmiot uprawniony do orzekania w tym zakresie;
12. **ubezpieczający** – osobę fizyczną zawierającą z ubezpieczycielem umowę;
13. **ubezpieczony** – osobę fizyczną wymienioną w polisie, na rzecz której zawarto umowę;
14. **ubezpieczyciel** – Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited z siedzibą przy Level 3 Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltar;
15. **umowa** – umowę zawartą na podstawie wniosku oraz OWU;
16. **umowa dodatkowa** – wskazaną w polisie umowę (jeżeli wybrano), o którą, za opłatą dodatkowej składki, rozszerzono zakres umowy;
17. **uposażony** – osobę fizyczną lub prawną wskazaną przez ubezpieczającego za zgodą ubezpieczonego jako uprawnioną do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego;
18. **wniosek** – wniosek ubezpieczeniowy o zawarcie umowy złożony na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.

PRZEDMIOT

I ZAKRES UMOWY

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje *trwale kalectwo ubezpieczonego* o ile zostanie dodane do umowy świadczenie z tytułu *trwałego kalectwa*.
4. Umowa może być zawierana w wariantcie indywidualnym z jednym 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 76 lat;

- b) *ubezpieczyciel* otrzymał podpisany przez *ubezpieczającego* i *ubezpieczonego* wniosek;
 - c) *ubezpieczony* podał do wiadomości *ubezpieczyciela* wszystkie znane sobie okoliczności o które zapytywał *ubezpieczyciel* zarówno podczas procesu weryfikacji przystąpienia do ubezpieczenia jak również na formularzu wniosku *ubezpieczeniowego*;
 - d) *ubezpieczający* opłacił pierwszą *składkę*;
 - e) *ubezpieczyciel* zaakceptował *wniosek* ubezpieczeniowy i na dowód zawarcia umowy wystawił *polisę*.
2. *Ubezpieczyciel* zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy lub do zaproponowania zmiany jej warunków zgodnie z właściwymi 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 przestaje obowiązywać gdy *ubezpieczony* ukończy 80 lat.
 4. *Ubezpieczający* ma prawo do wypowiedzenia umowy w każdym czasie ze skutkiem na koniec okresu, za jaki została opłacona ostatnia *składka*.
 5. Umowa rozwiązuje się w dniu śmierci *ubezpieczonego*, w dniu wypłaty *świadczenia* z tytułu *trwałego kalectwa*, z upływem daty jej wypowiedzenia zgodnie z § 5 punkt 3 i 4, lub § 8 punkt 4, w zależności które z tych zdarzeń nastąpi pierwsze.

- ### § 6
- W przypadku śmierci *ubezpieczającego*, który nie jest *ubezpieczonym*, wszelkie jego prawa i obowiązki wynikające z umowy przechodzą na jego następców prawnych.

UPOSAŻONY

- ### § 7
1. *Ubezpieczający* może wskazać *uposażonych* do otrzymania *świadczenia* w razie śmierci *ubezpieczonego* w okresie obowiązywania umowy. *Ubezpieczający* może to wskazanie w każdym czasie zmienić lub odwołać. W przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek wskazanie oraz zmiana *uposażonego* wymaga uprzedniej pisemnej zgody *ubezpieczonego*.
 2. Jeżeli wskazano kilku *uposażonych*, z których jeden lub kilku nie żyje w chwili śmierci *ubezpieczonego* lub utracili prawo do *świadczenia*, pozostałe w ten sposób udziały przypadają pozostałym *uposażonym* proporcjonalnie do ich udziałów.
 3. Jeżeli nie wskazano *uposażonych*, *uposażeni* nie żyją w chwili śmierci *ubezpieczonego* lub utracili prawo do *świadczenia*, *świadczenie* jest wypłacane członkom rodziny *ubezpieczonego* według kolejności pierwszeństwa:
 - a) małżonek w całości;
 - b) dzieci w częściach równych jeśli brak współmałżonka;
 - c) wnuki w częściach równych jeśli brak współmałżonka i dzieci;
 - d) rodzice w częściach równych jeśli brak współmałżonka, dzieci i wnuków;
 - e) rodzeństwo w częściach równych jeśli brak osób wymienionych powyżej;

- f) inni ustawowi spadkobiercy *ubezpieczonego* w częściach równych jeśli brak osób wymienionych powyżej.
4. Jeżeli nie wskazano procentu alokacji *świadczenia* dla osób *uposażonych*, uznaje się, iż *świadczenie* należne jest im w częściach równych.

SKŁADKI

- ### § 8
1. *Składki* są płatne miesięcznie w wysokości wskazanej w *polisie*, zgodnie z wyborem *ubezpieczającego*.
 2. Wysokość *składki* w pierwszym roku trwania ubezpieczenia wyliczana jest na podstawie wieku osoby *ubezpieczonej* na dzień zawarcia umowy i jest określona w *polisie* ubezpieczeniowej.
 3. Wysokość *składki* w każdą rocznicę *polisy* wyliczana jest na podstawie aktualnego wieku *ubezpieczonego* w tę rocznicę *polisy* zgodnie z tabelą załączoną w *polisie* i stanowiącą załącznik do OWU.
 4. 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.
 5. *Składki* uwzględniają rodzaj i wysokość ubezpieczenia oraz prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzeń uprawniających do wypłaty należnych *świadczeń* w okresie trwania umowy, jak również opłaty, koszty zawarcia i obsługi umowy.

ZMIANA WYSOKOŚCI SUMY UBEZPIECZENIA

- ### § 9
1. *Ubezpieczyciel*, na wniosek *ubezpieczającego* i za zgodą *ubezpieczonego*, przedstawia warunki zmiany wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w *polisie*.
 2. Na dowód pozytywnie zweryfikowanego wniosku o zmianę wysokości sumy ubezpieczenia, *ubezpieczyciel* dostarczy *ubezpieczającemu* potwierdzenie dokonania zmiany.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

- ### § 10
1. Obowiązek wypłaty *świadczenia* powstaje w przypadku śmierci *ubezpieczonego* w okresie obowiązywania umowy.
 2. W przypadku dodania do umowy *świadczenia* z tytułu *trwałego kalectwa* obowiązek wypłaty *świadczenia* powstaje w przypadku śmierci lub *trwałego kalectwa* *ubezpieczonego* w okresie obowiązywania umowy, w zależności które z tych zdarzeń nastąpi pierwsze.
 3. W celu rozpoczęcia procedury wypłaty *świadczenia*, należy skontaktować się z *ubezpieczycielem* za pośrednictwem 4Life Direct.
 4. *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.
 5. Wypłata wszystkich *świadczeń* następuje w ciągu 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.

WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 11

1. Jeżeli *ubezpieczający* lub *ubezpieczony* podali dane niezgodne z prawdą lub zataili prawdę o okolicznościach, o które zapytywał *ubezpieczyciel* przy zawieraniu *umowy*, *ubezpieczyciel* będzie wolny od odpowiedzialności z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa.
2. Obowiązek wypłaty *świadczenia* nie zachodzi, jeśli śmierć *ubezpieczonego* nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń:
 - a) aktywnej służby lub szkolenia w formacji wojskowej, obrony cywilnej, policji, agencji ochrony osób i mienia lub każdej innej formacji o charakterze militarnym lub paramilitarnym;
 - b) 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;
 - c) jakichkolwiek aktów łamania przez *ubezpieczonego* obowiązującego prawa;
 - d) pozostawianiem przez *ubezpieczonego* pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub leków, upośledzających rozumowanie z wyjątkiem leków przepisanych przez uprawnionego lekarza;
 - e) promieniowania, skażenia promieniotwórczego, reakcji jądrowej, skażenia chemicznego, w tym zatrucia substancjami stałymi, cieczami, oparami lub gazami trującymi;
 - f) 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);
 - g) uprawiania wspinaczki górskiej i jaskiniowej, nurkowania, skoków spadochronowych, skoków na bungee, lotniarstwa, sportów zimowych, wodnych lub motorowych, oraz każdego sportu uprawianego zawodowo;
 - h) w okresie do 24 miesięcy od dnia zawarcia *umowy* śmierć *ubezpieczonego* nastąpi w wyniku samobójstwa, w tym samookaleczenia;
 - i) 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;
3. *Świadczenie* nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci *ubezpieczonego*.
4. Obowiązek wypłaty *świadczenia* z tytułu *trwałego kalectwa* nie zachodzi, jeśli *trwałe kalectwo ubezpieczonego* nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń:
 - a) samobójstwa, samookaleczenia lub aktywnego udziału *ubezpieczonego* w przestępstwie (w tym usiłowaniu popełnienia przestępstwa);
 - b) *chorób istniejących*;
 - c) pozostawiania 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.

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. 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

§ 13

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, udzielią zgody *ubezpieczycielowi* i *4Life Direct* wraz z powiązanymi 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, jakkolwiek inną osobę, która składa ofertę zawarcia umowy ubezpieczycielowi 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 przekazuje 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

§ 14

1. Wszystkie zawiadomienia lub oświadczenia stron umowy powinny być składane drugiej stronie na piśmie 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 są przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uposażonego 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 występującej z roszczeniem.
3. Ubezpieczony i ubezpieczający mają obowiązek informowania ubezpieczyciela za pośrednictwem *4Life Direct* o każdej zmianie danych kontaktowych zawartych we wniosku.

§ 15

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, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

TN/OWU/v3/25.03.2017



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