

ANEKS DO UMOWY UBEZPIECZENIA

Uchwałą z dnia 14 maja 2020 r. Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited wprowadza się następujące zmiany w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu „Ochrona Szpitalna” (dalej zwane „OWU”):

1. Tytuł otrzymuje nowe następujące brzmienie „OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU ”OCHRONA SZPITALNA”.
2. § 1 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie i na Wypadek pobytu w szpitalu „Ochrona Szpitalna”, przyjęte w dniu 25 marca 2017r. przez Zarząd Red Sands Insurance Company (Europe) Limited, zwane dalej OWU, stosuje się do umów zawieranych od tej daty.”
3. § 2 pkt 19 otrzymuje nowe następujące brzmienie „ubezpieczyciel – Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited z siedzibą przy Level 3, Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltar”.
4. W § 2 punkty od 21 do 24 otrzymują odpowiednio nową numerację od 22 do 25.
5. Z zastrzeżeniem poprzedzającego postanowienia Aneksu, w § 2 dodaje się nowy punkt 21 o następującym brzmieniu „uposażony – osobę fizyczną lub prawną wskazaną przez ubezpieczającego za zgodą ubezpieczonego jako uprawnioną do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego;”
6. § 3 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i hospitalizacja ubezpieczonego”.
7. § 3 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy oraz pobyt *ubezpieczonego w szpitalu* w okresie obowiązywania umowy w wyniku *choroby* lub *nieszczęśliwego wypadku* wymagających *hospitalizacji*, jeśli przyjęcie do szpitala w wyniku *nieszczęśliwego wypadku* nastąpi nie później niż 30 dni od dnia wystąpienia *nieszczęśliwego wypadku* oraz w zgodzie z zapisami OWU”.
8. W § 4 dodaje się nowe następujące postanowienia „3. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek (na rachunek ubezpieczonego). W takim przypadku ubezpieczający zobowiązany jest do uzyskania zgody ubezpieczonego na objęcie ochroną ubezpieczeniową oraz na sumę ubezpieczenia. 4. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, ubezpieczony może żądać by 4Life Direct, działający w imieniu ubezpieczyciela, udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego”.
9. Tytuły oraz paragrafy do nich przypisane począwszy od § 7 (SKŁADKI) do § 15 (POSTANOWIENIA KOŃCOWE) otrzymują odpowiednio nową numerację od § 8 do § 16.
10. Z zastrzeżeniem poprzedzającego postanowienia Aneksu dodaje się nowy Tytuł „UPOSAŻONY” i § 7 o następującym brzmieniu „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”.
11. W związku z powyższą zmianą numeracji następujące postanowienia OWU otrzymują brzmienie:
 - a. § 5 ust. 3 „Umowa zostaje zawarta na okres 5 lat od daty rozpoczęcia odpowiedzialności wskazanej w polisie, z zastrzeżeniem § 6 i § 8 poniżej. *Ubezpieczyciel* poinformuje *ubezpieczającego* o warunkach przedłużenia umowy w terminie co najmniej 45 dni przed upływem okresu na jaki została zawarta”.

- b. § 6 ust. 3 „Jeżeli umowa została zawarta w wariantcie ze współmałżonkiem, po ustaniu związku małżeńskiego lub nieformalnego, o których mowa w § 2 ust. 24, 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”.
 - c. § 9 ust. 3 „W przypadku dodania do umowy kolejnej osoby ubezpieczonej, terminy, o których mowa w §10, będą liczone od daty dodania osoby ubezpieczonej, ale tylko dla osoby, która zostaje dodana do ubezpieczenia”.
 - d. § 9 ust. 4 „W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia, terminy, o których mowa w § 10 ust. 5 będą liczone od daty podwyższenia sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie, ale tylko dla kwoty, o którą podwyższona została suma ubezpieczenia”.
 - e. § 10 ust. 4 „W okresie trwania umowy *ubezpieczyciel* wypłaci *jednorazowe świadczenie* w wysokości równej 5-krotności kwoty *dziennego świadczenia* wskazanego w polisie w przypadku gdy ubezpieczony jest leczony *chemioterapią* lub *radioterapią*. Świadczenie to przysługuje każdemu ubezpieczonemu zgodnie z § 10 punkt 5b i wyłączeniami wskazanymi w § 12 i ogranicza się do jednej wypłaty świadczenia dla każdego ubezpieczonego w trakcie trwania umowy”.
 - f. § 10 ust. 8 „Ubezpieczyciel przejmie obowiązek opłacania składek ubezpieczeniowych z tytułu umowy „Ochrona Szpitalna” za każdy miesiąc, w którym powstaje obowiązek wypłaty świadczenia zgodnie z §11 ust. 1”.
12. § 9 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Na dowód, że ubezpieczyciel pozytywnie zweryfikował wniosek o zmianę wysokości świadczenia wskazanego w polisie jako suma ubezpieczenia z tytułu hospitalizacji i suma ubezpieczenia na życie, dostarczy ubezpieczającemu potwierdzenie dokonania zmiany. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej przed zmianą sumy ubezpieczenia konieczne jest uzyskanie zgody ubezpieczonego”.
 13. § 10 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w przypadku śmierci ubezpieczonego oraz za okres hospitalizacji dłuższy niż 2 dni w wyniku choroby lub uszkodzenia ciała . Hospitalizacja w rozumieniu niniejszych OWU nie obejmuje dnia, w którym ubezpieczony został wypisany ze szpitala.
 14. § 10 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Świadczenie *dzienne* z tytułu hospitalizacji dotyczące dzieci, które nie ukończyły 5. roku życia, wynosi 50% świadczenia *dziennego* określonego w polisie”.
 15. § 11 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Obowiązek wypłaty świadczenia powstaje w przypadku w śmierci ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy oraz 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 § 10. Termin wypłaty świadczeń nie przekroczy terminów do wypłaty określonych przepisami prawa”.
 16. § 12 otrzymuje nowe następujące brzmienie „1. Obowiązek wypłaty świadczenia nie zachodzi, jeśli śmierć lub hospitalizacja ubezpieczonego nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń: a) chorób lub nieprawidłowości wrodzonych, na które ubezpieczony cierpiał przed rozpoczęciem odpowiedzialności ubezpieczyciela wynikającej z umowy; b) aktywnej służby lub szkolenia w formacji wojskowej, obrony cywilnej, policji, agencji ochrony osób i mienia lub każdej innej formacji o charakterze militarnym lub paramilitarnym; c) 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; d) samookaleczenia lub próby samobójczej (niezależnie czy podjętej w pełni władz umysłowych, czy przy ograniczonej poczytalności) z zastrzeżeniem, że w przypadku śmierci ubezpieczonego wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela trwa w okresie 2 pierwszych lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia; e) 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; f) pozostawaniem przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub leków, z wyjątkiem leków przepisanych przez uprawnionego lekarza; g) używania narkotyków, uzależnienia, psychoterapii, leczenia zaburzeń natury psychiatrycznej; h) jakichkolwiek aktów łamania przez ubezpieczonego obowiązującego prawa; 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; j) promieniowania, skażenia promieniotwórczego, reakcji jądrowej, skażenia chemicznego, w tym z zatrucia substancjami stałymi, cieczami, oparami lub gazami trującymi; k) epidemii ogłaszanych oficjalnie przez odpowiednie organy administracji samorządowej lub Ministerstwa Zdrowia; 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). 2. Obowiązek wypłaty świadczenia nie zachodzi, jeśli hospitalizacja ubezpieczonego nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń: a) ponownego przyjęcia do szpitala z tej samej przyczyny w okresie 12 miesięcy z zastrzeżeniem § 10 ust. 4c; b) hospitalizacji spowodowanej rutynowymi lub innymi badaniami, które nie są bezpośrednio wynikiem choroby lub nieszczęśliwego wypadku; c) hospitalizacji wynikającej z choroby istniejącej ; d) kosmetycznych zabiegów stomatologicznych; e) zabiegów chirurgii plastycznej, kosmetycznej, niepłodności, otyłości, zabiegów sztucznego zapłodnienia lub zabiegów wynikających z wyboru ubezpieczonego, chyba że są wynikiem obrażeń doznanych w nieszczęśliwym wypadku; f) pobytów w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, sanatoriach, prewentoriach, hospicjach, ośrodkach leczniczych i uzdrowiskowych, spa, wodolecznictwa lub w miejscach odbywania kwarantanny; g) przypadków hospitalizacji, gdy ubezpieczony nie zostanie skierowany na nią przez uprawnionego lekarza; h) ciąży ubezpieczonego 3. Hospitalizacją nie jest, w rozumieniu niniejszych OWU, pobyt w szpitalu w celach rehabilitacyjnych. 4. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci ubezpieczonego”.

17. Poniżej przyjmuje się jednolity tekst OWU uwzględniający wszystkie powyższe zmiany.

SKOROWIDZ
OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU „OCHRONA SZPITALNA”

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	§ 12

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU ”OCHRONA SZPITALNA”

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu „Ochrona Szpitalna”, przyjęte w dniu 25 marca 2017r. przez Zarząd Red Sands Insurance 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 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 którego ubezpieczony doznał do 5 lat przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela, wymagające opieki lekarza, leczenia lub hospitalizacji;
4. **dziecko/ dzieci** – dzieci naturalne lub przysposobione, od 6. miesiąca do 18. roku życia, pozostające na utrzymaniu ubezpieczonego, wymienione w polisie;
5. **chemioterapia** – metodę systemowego leczenia choroby nowotworowej za pomocą leków

- stosowanych dożylnie lub doustnie. Są to leki stosowane do niszczenia komórek nowotworowych lub zatrzymania ich wzrostu (mogą to być leki cytostatyczne, leki ukierunkowane lub terapia biologiczna). Chemioterapię w rozumieniu OWU nie jest terapia hormonalna;
6. **hospitalizacja** – całodobowy pobyt w *szpitalu* służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorego na zlecenie *lekarza*, włącznie z dniem przyjęcia;
 7. **lekarz** – osobę posiadającą właściwe kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych, potwierdzone wymaganymi przez prawo Rzeczypospolitej Polskiej dokumentami;
 8. **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*;
 9. **podwójne świadczenie szpitalne** – świadczenie dodatkowe podwajającą kwotę wypłaty *świadczenia* dziennego maksymalnie przez okres 14 dni, jeżeli *hospitalizacja* jest bezpośrednio wynikiem *nieszczęśliwego wypadku*;
 10. **polisa** – dokument wystawiony w imieniu *ubezpieczyciela* przez *4Life Direct* potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
 11. **radioterapia** – leczenie nowotworów złośliwych promieniami jonizującymi;
 12. **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*;
 13. **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”;
 14. **świadczenie** – kwotę należną *ubezpieczonemu* w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, wypłacaną według zasad określonych w *umowie*;
 15. **świadczenie dodatkowe** – wskazane w *polisie* świadczenie dodatkowe (jeżeli takie świadczenie wybrano), które za opłatą dodatkowej *składki* dołączono do *umowy* ubezpieczenia „Ochrona Szpitalna”;
 16. **świadczenieienne** - kwotę wskazaną w aktualnej *polisie*, należną *ubezpieczonemu* za każdy dzień *hospitalizacji*, wypłacaną według zasad określonych w *umowie*;
 17. **ubezpieczający** – osobę fizyczną zawierającą z *ubezpieczycielem* *umowę*; osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą zawierają *umowę* poza zakresem tej działalności;
 18. **ubezpieczony** – osobę fizyczną wymienioną w *polisie*, na rzecz której zawarto *umowę*;
 19. **ubezpieczyciel** – Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited z siedzibą przy Level 3, Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltar;
 20. **umowa** – *umowę* ubezpieczenia „Ochrona Szpitalna” zawartą na podstawie *wniosku* oraz OWU;
 21. **uposażony** – osobę fizyczną lub prawną wskazaną przez *ubezpieczającego* za zgodą *ubezpieczonego* jako uprawnioną do otrzymania świadczenia w razie śmierci *ubezpieczonego*;
 22. **uszkodzenie ciała** – fizyczne uszkodzenie ciała doznane przez *ubezpieczonego* w wyniku działania siły mechanicznej, środków chemicznych lub temperatury, wymagające porady lekarskiej, leczenia, opieki lub *hospitalizacji*;
 23. **wniosek** – wniosek ubezpieczeniowy o zawarcie *umowy* złożony na formularzu przygotowanym przez *ubezpieczyciela*;
 24. **współmałżonek** – osobę wskazaną w *polisie*, z którą w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w *umowie*, *ubezpieczony* pozostaje w związku

mażeńskim albo w partnerskim związku nieformalnym (konkubincie) i prowadzi wspólne gospodarstwo domowe z ubezpieczonym, przy czym obie osoby w tym związku są stanu wolnego;

25. **premia finansowa** – kwotę wypłacaną po upływie 5 rocznicy umowy i po upływie każdych następnych 5 lat obowiązywania umowy, pod warunkiem, że na dzień wypłaty *premii finansowej* umowa nadal obowiązuje i nie została wypowiedziana przez ubezpieczającego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i *hospitalizacja ubezpieczonego*.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy oraz pobyt *ubezpieczonego w szpitalu* w okresie obowiązywania umowy w wyniku *choroby* lub *nieszczęśliwego wypadku* wymagających *hospitalizacji*, jeśli przyjęcie do *szpitala* w wyniku *nieszczęśliwego wypadku* nastąpi nie później niż 30 dni od dnia wystąpienia *nieszczęśliwego wypadku* oraz w zgodzie z zapisami OWU.
3. Umowa może być zawarta w jednym z trzech wariantów:
 - a. indywidualnym, z jednym *ubezpieczonym*;
 - b. ze *współmałżonkiem ubezpieczonego* jako dodatkowo *ubezpieczonym*;
 - c. rodzinnym, ze *współmałżonkiem* i *dziećmi* (do 3) wskazanymi w *polisie* jako dodatkowi *ubezpieczeni*. Umowę ubezpieczenia w wariantcie rodzinnym objętych może zostać

więcej niż 3 *dzieci*, po opłaceniu dodatkowej *składki* za każde kolejne *dziecko*.

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 (chyba, że *ubezpieczony* wymieniony jest w *polisie* jako *dziecko*), a *ubezpieczony* nie ma ukończonych 79 lat;
 - b. *ubezpieczyciel* otrzymał podpisany przez ubezpieczającego i ubezpieczonego *wniosek*;
 - c. *ubezpieczyciel* pozytywnie zweryfikował *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.
3. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek (na rachunek ubezpieczonego). W takim przypadku ubezpieczający zobowiązany jest do uzyskania zgody ubezpieczonego na objęcie ochroną ubezpieczeniową oraz na sumę ubezpieczenia.
4. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, ubezpieczony może żądać by 4Life Direct, działający w imieniu ubezpieczyciela, udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego.

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*. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy *ubezpieczyciel* nie poinformował *ubezpieczającego* będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym *ubezpieczający* będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. 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 § 8 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 *Ubezpieczyciela* 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.

WARIANTY

§ 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 mażeński 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 mażeńskiego lub nieformalnego, o których mowa w § 2 punkt 24, 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 *ubezpiezyciela*.

4. 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, jeżeli brak współmałżonka;

- c) wnuki w częściach równych, jeżeli brak współmałżonka i dzieci;
- d) rodzice w częściach równych, jeżeli brak współmałżonka, dzieci i wnuków;
- e) rodzeństwo w częściach równych jeżeli brak osób wymienionych powyżej;
- f) inni ustawowi spadkobiercy *ubezpieczonego* w częściach równych, jeżeli 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* oraz zgodnie z wyborem *ubezpieczającego*.
2. Jeżeli pomimo uprzedniego wezwania wystosowanego przez *ubezpiezyciela*, *ubezpieczający* nie dokonał wpłaty zaległej *składki*, odpowiedzialność *ubezpiezyciela* 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

§ 9

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 wysokości świadczenia wskazanego w *polisie* jako suma ubezpieczenia z tytułu hospitalizacji i suma ubezpieczenia na życie, dostarczy *ubezpieczającemu* potwierdzenie dokonania zmiany. W przypadku zawarcia *umowy* ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej przed zmianą sumy ubezpieczenia konieczne jest uzyskanie zgody *ubezpieczonego*.
3. W przypadku dodania do *umowy* kolejnej osoby ubezpieczonej, terminy, o których mowa w § 10, będą liczone od daty dodania osoby ubezpieczonej, ale tylko dla osoby, która zostaje dodana do ubezpieczenia.
4. W przypadku podwyższenia świadczenia dziennego, terminy, o których mowa w § 10 punkt 5 będą liczone od daty podwyższenia tego świadczenia ale tylko dla kwoty, o którą podwyższono *dziennie świadczenie*.

ŚWIADCZENIA

§ 10

1. *Ubezpieczyciel* wypłaci *świadczenie* w przypadku śmierci *ubezpieczonego* oraz za okres *hospitalizacji* dłuższy niż 2 dni w wyniku *choroby* lub *uszkodzenia ciała*. *Hospitalizacja* w rozumieniu niniejszych OWU nie obejmuje dnia,

w którym *ubezpieczony* został wypisany ze *szpitala*.

2. Świadczenie *dziennie* z tytułu *hospitalizacji* 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*, *choroby* czy *uszkodzenia ciała lub hospitalizacji powiązanej* z danym *nieszczęśliwym wypadkiem*, *chorobą* czy *uszkodzeniem ciała*.
4. W okresie trwania *umowy ubezpieczyciel* wypłaci *jednorazowe świadczenie* w wysokości równej 5-krotności kwoty *dziennego świadczenia* wskazanego w *polisie* w przypadku gdy *ubezpieczony* jest leczony *chemioterapią* lub *radioterapią*. Świadczenie to przysługuje każdemu *ubezpieczonemu* z zastrzeżeniem wyłączeń wskazanych w § 12 i ogranicza się do jednej wypłaty świadczenia dla każdego *ubezpieczonego* w trakcie trwania *umowy*.
5. Obowiązują następujące „okresy karencji”:
 - a. *hospitalizacja* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* – odpowiedzialność *ubezpieczyciela* rozpoczyna się z dniem oznaczonym w *polisie* (tj. nie ma „okresu karencji”);
 - b. w przypadku podwyższenia *świadczenia dziennego* o którym mowa w § 9 punkt 4,

hospitalizacja w następstwie *choroby* – podlega ubezpieczeniu po 6 miesiącach, licząc od dnia podwyższenia wysokości *dziennego świadczenia*.

- c. kolejna *hospitalizacja* w następstwie tego samego *nieszczęśliwego wypadku* lub *choroby*, gdy łączny czas *hospitalizacji* przekroczył 90 dni chyba, że od ostatniego dnia *hospitalizacji*, za który wypłacono *świadczenie*, upłynął okres dłuższy niż 12 miesięcy.
6. Obowiązek wypłaty premii finansowej w wysokości 10% wszystkich składek zapłaconych w poprzednich 5 latach obowiązywania *umowy* powstaje w przypadku, gdy *umowa* pozostaje w mocy na koniec każdego 5 roku obowiązywania *umowy* i nie została wypowiedziana. Wypłata premii finansowej jest należna, jeżeli w poprzednich 5 latach nie zostało wypłacone żadne świadczenie wynikające z obowiązywania *umowy*.
 7. Jeżeli do *umowy* dodano *podwójne świadczenie szpitalne* o którym mowa w § 2 punkt 9 niniejszych OWU, za pierwsze 14 dni *hospitalizacji* będącej następstwem *nieszczęśliwego wypadku* zostanie wypłacona *podwójna* wysokość kwoty świadczenia *dziennego*. Kolejne *hospitalizacje* dotyczące tego samego *nieszczęśliwego wypadku* będą wypłacone w kwocie podstawowej świadczenia *dziennego*.
 8. *Ubezpieczyciel* przejmie obowiązek opłacania składek ubezpieczeniowych z tytułu *umowy* „Ochrona Szpitalna” za każdy miesiąc, w

którym powstaje obowiązek wypłaty świadczenia zgodnie z §11 punkt 1.

9. W przypadku opłacenia składki za miesiąc, w którym powstał obowiązek wypłaty świadczenia ubezpieczyciel wypłaci należne świadczenie powiększone o wpłaconą składkę.

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 11

Obowiązek wypłaty świadczenia powstaje w przypadku w śmierci ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy oraz 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 § 10. Termin wypłaty świadczeń nie przekroczy terminów do wypłaty określonych przepisami prawa

1. W celu rozpoczęcia procedury wypłaty świadczenia, należy skontaktować się z ubezpieczycielem za pośrednictwem 4Life Direct.
2. *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.

3. 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.
4. Występujący z roszczeniem jest zobowiązany do podania wszystkich informacji zgodnie ze stanem faktycznym.
5. *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

§ 12

1. Obowiązek wypłaty świadczenia nie zachodzi, jeśli śmierć lub hospitalizacja ubezpieczonego nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń:
 - a. chorób lub nieprawidłowości wrodzonych, na które ubezpieczony cierpiał przed rozpoczęciem odpowiedzialności ubezpieczyciela wynikającej z umowy;
 - b. aktywnej służby lub szkolenia w formacji wojskowej, obrony cywilnej, policji, agencji ochrony osób i mienia lub każdej innej formacji o charakterze militarnym lub paramilitarnym;

- c. 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;
- d. samookaleczenia lub próby samobójczej (niezależnie czy podjętej w pełni władz umysłowych, czy przy ograniczonej poczytalności) z zastrzeżeniem, że w przypadku śmierci ubezpieczonego wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela trwa w okresie 2 pierwszych lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia;
- e. 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;
- f. pozostawaniem przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub leków, z wyjątkiem leków przepisanych przez uprawnionego lekarza;
- g. używania narkotyków, uzależnienia, psychoterapii, leczenia zaburzeń natury psychiatrycznej;
- h. jakichkolwiek aktów łamania przez ubezpieczonego obowiązującego prawa;
- 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;

j. promieniowania, skażenia promieniotwórczego, reakcji jądrowej, skażenia chemicznego, w tym z zatrucia substancjami stałymi, cieczeniami, oparami lub gazami trującymi;

k. epidemii ogłaszanych oficjalnie przez odpowiednie organy administracji samorządowej lub Ministerstwa Zdrowia;

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).

2. Obowiązek wypłaty *świadczenia* nie zachodzi,

jeśli *hospitalizacja ubezpieczonego* nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń:

a. ponownego przyjęcia do szpitala z tej samej przyczyny w okresie 12 miesięcy z zastrzeżeniem § 10 ust. 5c;

b. hospitalizacji spowodowanej rutynowymi lub innymi badaniami, które nie są bezpośrednio wynikiem choroby lub nieszczęśliwego wypadku;

c. hospitalizacji wynikającej z choroby istniejącej ;

d. kosmetycznych zabiegów stomatologicznych;

e. zabiegów chirurgii plastycznej, kosmetycznej, niepłodności, otyłości, zabiegów sztucznego zapłodnienia lub zabiegów wynikających z wyboru ubezpieczonego, chyba że są wynikiem obrażeń doznanych w nieszczęśliwym wypadku;

f. pobytów w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, sanatoriach, prewentoriach, hospicjach, ośrodkach leczniczych i uzdrowiskowych, spa, wodolecznictwa lub w miejscach odbywania kwarantanny;

g. przypadków hospitalizacji, gdy ubezpieczony nie zostanie skierowany na nią przez uprawnionego lekarza;

h. ciąży ubezpieczonego.

2. Hospitalizacją nie jest, w rozumieniu niniejszych OWU, pobyt w szpitalu w celach rehabilitacyjnych.

SKARGI I ZAŻALENIA

§ 13

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

§ 14

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 deklaracji wyrażenia zgody podczas nagrywanej rozmowy telefonicznej, udziela zgody *ubezpieczycielowi* i *4Life Direct* (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, Kontrolerom Danych w związku z zawarciem i wykonaniem umowy, zgodnie z Ustawą CXII z roku 2011 w sprawie Prawa do decydowania o własnych informacjach oraz o swobodzie informacji (dalej jako: „Ustawy”), rozdział 5. Podstawą zarządzania i przetwarzania danych jest zgoda Osób, których dotyczą dane. Kontrolerzy 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 Kontrolerów 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 kontrolerów 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 kontrolerów 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, kontroler 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

§ 15

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*.
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. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie właściwe przepisy prawa polskiego.

7. 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.

DR/OWU/v2/25.03.2017



James Clayton-Wright

Menedżer ds. Underwritingu Ubezpieczeń

Red Sands Life Assurance Company (Europe)
Limited