

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 „Dzienne Świadczenie Szpitalne” (dalej zwane „OWU”):

1. Tytuł otrzymuje nowe następujące brzmienie „OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU ”DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE”.
2. § 1 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie i na Wypadek Pobytu w Szpitalu „Dzienne Świadczenie Szpitalne” zwane dalej „DSS”, przyjęte w dniu 1 września 2010 r. przez Zarząd Red Sands Insurance Company (Europe) Limited, zwane dalej OWU, stosuje się do umów zawieranych po tej dacie.”
3. § 1 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Zmiany OWU mogą nastąpić tylko w przypadku zmiany prawa, na skutek wytycznych organów administracji i po podjęciu właściwej uchwały Zarządu Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited. Wszelkie zmiany OWU wymagają formy pisemnej oraz ich doręczenia drugiej stronie umowy”.
4. § 2 pkt 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „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;”
5. § 2 pkt 6 otrzymuje nowe następujące brzmienie „lekarz – osobę posiadającą właściwe kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych, potwierdzone wymaganymi przez prawo Rzeczypospolitej Polskiej dokumentami;”
6. § 2 pkt 18 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;”
7. W § 2 punkty od 21 do 24 otrzymują odpowiednio nową numerację od 22 do 25.
8. Z zastrzeżeniem poprzedzającego postanowienia Aneksu, w § 2 dodaje się nowy punkt 22 o następującym brzmieniu „uposażony – osobę fizyczną lub prawną wskazaną przez ubezpieczającego za zgodą ubezpieczonego jako uprawnioną do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego;”
9. § 3 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i hospitalizacja ubezpieczonego”.
10. § 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”.
11. W § 5 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”.
12. Tytuły oraz paragrafy do nich przypisane począwszy od § 8 (SKŁADKI) do § 14 (POSTANOWIENIA KOŃCOWE) otrzymują odpowiednio nową numerację od § 9 do § 15.
13. Z zastrzeżeniem poprzedzającego postanowienia Aneksu dodaje się nowy Tytuł „UPOSAŻONY” i § 8 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”.

14. § 10 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „*Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w przypadku śmierci ubezpieczonego oraz za okres hospitalizacji w wyniku choroby lub uszkodzenia ciała trwający dłużej niż 48 kolejnych godzin (okres wyłączenia).*”
15. § 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*”.
16. § 11 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „*Obowiązek wypłaty świadczenia powstaje w przypadku w śmierci ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy oraz w przypadku 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 przekazywana w wysokości określonej w polisie oraz wynikającej z § 10*”.
17. § 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 formacji; 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, oraz każdego sportu uprawianego zawodowo; f) pozostawianiem pod wpływem alkoholu, narkotyków 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. 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 punkt 4e); b) hospitalizacji spowodowanej rutynowymi lub innymi badaniami, które nie są bezpośrednio wynikiem choroby lub nieszczęśliwego wypadku; c) hospitalizacji wynikającej z choroby istniejącej przez pierwsze 24 miesiące obowiązywania umowy; 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. 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”.*
18. § 13 otrzymuje nowe następujące brzmienie „*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. 4. 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.
19. § 15 otrzymuje nowe następujące brzmienie: „1. Opodatkowanie *świadczeń* wypłacanych z tytułu *umowy* regulują przepisy ustawy o podatku dochodowym. 2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie właściwe przepisy prawa polskiego. 3 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*”
20. Poniżej przyjmuje się jednolity tekst OWU uwzględniający wszystkie powyższe zmiany.

SKOROWIDZ

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU „DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE”

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 "DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE"

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie i na Wypadek Pobytu w Szpitalu „Dzienne Świadczenie Szpitalne” zwane dalej „DSS”, przyjęte w dniu 1 września 2010 r. przez Zarząd Red Sands Insurance Company (Europe) Limited, zwane dalej OWU, stosuje się do *umów* zawieranych po tej dacie.
2. Zmiany OWU mogą nastąpić tylko w przypadku zmiany prawa, na skutek wytycznych organów administracji i po podjęciu właściwej uchwały Zarządu Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited. Wszelkie zmiany OWU wymagają formy pisemnej oraz ich doręczenia drugiej stronie *umowy*.

§ 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, będąca podstawą diagnozy lekarskiej, która rozpoczęła się i trwa w okresie obowiązywania *umowy*;
3. *choroba istniejąca* – *chorobę* na którą zachorował lub *uszkodzenie ciała*, którego doznał *ubezpieczony*

przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności *ubezpieczyciela*, wymagające opieki *lekarza*. *Termin ten obejmuje zaburzenia psychiczne lub fizyczne, wady, kalectwo, choroby lub uzależnienia, jest pojęciem szerokim i nie ogranicza się tylko do jednej choroby;*

4. *dziecko/dzieci* – dzieci naturalne lub przysposobione, powyżej 6 miesiąca do 18 roku życia, pozostające na utrzymaniu *ubezpieczonego*, wymienione w *polisie*;
5. *dzień* – 24 kolejne godziny hospitalizacji, włącznie z dniem przyjęcia, z wyłączeniem dnia wypisu;
6. *hospitalizacja* – dzień pobytu w *szpitalu* służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorego na zlecenie *lekarza*.
7. *lekarz* – osobę posiadającą kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi przez prawo Rzeczypospolitej Polskiej dokumentami;
8. *nieszczęśliwy wypadek* – niezależne od woli i stanu zdrowia *ubezpieczonego* gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, prowadzące do *uszkodzenia ciała ubezpieczonego* i *hospitalizacji*;
9. *okres wyłączenia* – pierwsze kolejne 48 godzin po przyjęciu do szpitala w wyniku wypadku, choroby lub porodu;
10. *podwójne świadczenie szpitalne* – umowę dodatkową podwajającą wypłatę świadczenia, jeżeli hospitalizacja jest wynikiem nieszczęśliwego wypadku;
11. *polisa* – dokument wystawiony w imieniu *ubezpieczyciela* przez 4Life Direct na dowód

zawarcia *umowy*;

12. *rezydent* – osobę zamieszkującą określone w OWU terytorium przez co najmniej 40 tygodni, w ciągu których 52 tygodni;
13. *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*;
14. *szpital* – zakład opieki zdrowotnej będący w rozumieniu obowiązujących przepisów zakładem lecznictwa zamkniętego lub zakładem udzielającym całodziennych 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”;
15. *świadczenie* – kwotę wskazaną w aktualnej *polisie* należną *ubezpieczonemu* w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, wypłacaną według zasad określonych w *umowie*;
16. *świadczenie dzienne* - kwotę wskazaną w aktualnej *polisie*, należną *ubezpieczonemu* za każdy dzień w

przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, 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 „DSS” zawartą na podstawie *wniosku* oraz aktualnych OWU;
21. *umowa dodatkowa* – wskazaną w *polisie* *umowę* (jeżeli wybrano), którą za opłatą dodatkowej składki dołączono do *umowy* ubezpieczenia DSS;
22. *uposażony* – osobę fizyczną lub prawną wskazaną przez *ubezpieczającego* za zgodą *ubezpieczonego* jako uprawnioną do otrzymania świadczenia w razie śmierci *ubezpieczonego*
23. *uszkodzenie ciała* – fizyczne uszkodzenie ciała doznane przez *ubezpieczonego* w wyniku działania siły mechanicznej, środków chemicznych lub temperatury, wymagające porady lekarskiej, leczenia, opieki lub *hospitalizacji*;
24. *wniosek* – wniosek ubezpieczeniowy o zawarcie *umowy* przygotowany przez *ubezpieczyciela* i podpisany przez *ubezpieczającego* i *ubezpieczonego*;
25. *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, przy czym obie osoby są stanu wolnego.

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, jako dodatkowo *ubezpieczonym*,
 - c) rodzinnym, ze *współmałżonkiem* i *dziećmi* (do 3) wskazanymi w *polisie* jako dodatkowymi *ubezpieczonymi*. *Umową* ubezpieczenia w wariantcie rodzinnym objętych może zostać więcej niż 3 *dzieci* po opłaceniu dodatkowej *składki* za każde kolejne *dziecko*.

§ 4

Maksymalne *świadczenie* *dziennie* wypłacane przez *ubezpieczyciela* wynosi 1 000 zł, niezależnie od liczby zawartych *umów*.

ZAWARCIE UMOWY

§ 5

1. *Umowa* może zostać zawarta, jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:
 - a) w dacie jej zawarcia *ubezpieczony* jest *rezydentem*

Rzeczypospolitej Polskiej i posiada numer PESEL;

- b) *ubezpieczający* przedstawi *ubezpieczycielowi* adres na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które będą używane do komunikacji między stronami *umowy*;
- c) w dacie jej zawarcia zarówno *ubezpieczający* jak i *ubezpieczony* mają ukończone 18 lat (chyba, że jest wymieniony w *polisie* jako *dziecko*), a *ubezpieczony* nie ma ukończonych 76 lat;
- d) *ubezpieczyciel* otrzymał podpisany *wniosek*;
- e) *ubezpieczający* opłacił *składkę*;
- f) *ubezpieczyciel* pozytywnie zweryfikował *wniosek* i na dowód zawarcia *umowy* wystawił *polisę*;
2. *Ubezpieczyciel* zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia *umowy* lub zaproponowania jej zmienionych warunków.
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

§ 6

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 pod warunkiem, iż odstąpienie to nastąpi na piśmie.

3. *Ubezpieczający* ma prawo do wypowiedzenia *umowy* w każdym czasie z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia. W takim przypadku, *ubezpieczający* jest zobowiązany opłacić *składkę* do końca okresu wypowiedzenia.
4. *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.
5. Umowę uważa się za wypowiedzianą przez *ubezpieczającego* w przypadku zaległości w płatności składek. Umowa rozwiązuje się z upływem jednego miesiąca od powstania zaległości z zastrzeżeniem § 9 pkt. 2.

§ 7

1. 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*.

UPOSAŻONY

§ 8

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

§ 9

1. Składki są płatne z góry w wysokości i z częstotliwością wskazaną w polisie oraz zgodnie z wyborem ubezpieczającego.
2. Jeżeli, pomimo uprzedniego wezwania wystosowanego przez ubezpieczyciela, ubezpieczający nie dokonał wpłaty zaległej składki w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania, odpowiedzialność ubezpieczyciela

ustanie.

3. W przypadku zapłacenia przez ubezpieczającego składki przed odesłaniem dokumentów niezbędnych do zawarcia umowy ubezpieczenia, fakt zapłacenia składki oznacza akceptację warunków umowy ubezpieczenia zawartych w OWU.
4. 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, koszty zawarcia i obsługi umowy.
5. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do korekty wysokości składki, informując o tym fakcie ubezpieczającego z co najmniej 30-dniowym wyprzedzeniem.
6. W przypadku zaległości w opłacaniu *składek* przekazywane kwoty przeznaczone są w pierwszej kolejności na pokrycie zaległości.

ŚWIADCZENIA

§ 10

1. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie dzienne w przypadku śmierci ubezpieczonego oraz za okres hospitalizacji w wyniku choroby lub uszkodzenia ciała za pobyt trwający dłużej niż 48 kolejnych godzin (okres wyłączenia).
2. Świadczenie dzienne z tytułu hospitalizacji dotyczące dzieci, które nie ukończyły 5. roku życia, wynosi 50% świadczenia dziennego określonego w polisie
3. Wypłacone *świadczenie* będzie równe *świadczeniu dziennemu* za każdy *dzień hospitalizacji*, maksymalnie do 90 dni w przypadku danej *choroby* lub *uszkodzenia ciała*.
4. Poza 48-godzinnym *okresem wyłączenia*

obowiązują następujące "okresy karencji":

- a. *hospitalizacja* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* – odpowiedzialność *ubezpieczyciela* rozpoczyna się z dniem oznaczonym na *polisie* (tj. nie ma "okresu karencji");
- b. *hospitalizacja* w następstwie *choroby* – podlega ubezpieczeniu po 12 miesiącach, licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności;
- c. *hospitalizacja* związana z porodem – podlega ubezpieczeniu po 12 miesiącach, licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności. *Hospitalizacja* związana z porodem jest objęta ubezpieczeniem przez maksymalnie 3 dni po 48-godzinny *okresie wyłączenia* rocznie i jest ograniczona do dwóch cięż na ubezpieczonego w okresie obowiązywania ubezpieczenia;
- d. *hospitalizacja* w następstwie *choroby istniejącej* podlega ubezpieczeniu po 24 miesiącach od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności oraz jeśli jest rozpoczęta po tym okresie;
- e. 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.

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 11

1. Obowiązek wypłaty świadczenia powstaje w przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy oraz w przypadku *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 przekazywana w wysokości określonej w *polisie* oraz wynikającej z § 10.

2. Celem rozpoczęcia procedury wypłaty świadczenia należy skontaktować się z *4Life Direct*.
3. Obowiązek dostarczenia kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, o którym mowa w ust. 1 niezbędnego do rozpatrzenia roszczenia spoczywa na osobie występującej z roszczeniem.
4. Zgłaszający roszczenie jest zobowiązany do powiadomienia *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.
5. Występujący z roszczeniem jest zobowiązany do podania wszystkich informacji zgodnie ze stanem faktycznym. W przypadku wystąpienia z roszczeniem niezgodnie z prawem i na podstawie nieprawdziwych informacji *ubezpieczyciel* ma prawo podjąć wszelkie kroki mające na celu zapobieżenia takiemu działaniu. Wyłudzenie lub próba wyłudzenia *świadczenia* poprzez złożenie wniosku o wypłatę *świadczenia* zawierającego jakiegokolwiek fałszywe informacje jest podstawą do niewypłacenia *świadczenia* oraz anulowania *polisy* ubezpieczeniowej przez *ubezpieczyciela*.

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 formacji;
 - 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, oraz każdego sportu uprawianego zawodowo;

- f. pozostawianiem pod wpływem alkoholu, narkotyków lub leków z wyjątkiem leków przepisanych przez uprawnionego lekarza;
 - g. używania narkotyków, uzależnienia, psychoterapii, leczenia zaburzeń natury psychiatrycznej;
 - h. jakichkolwiek aktów łamania 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.
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 punkt 4e);
 - b. hospitalizacji spowodowanej rutynowymi lub innymi badaniami, które nie są bezpośrednio wynikiem choroby lub nieszczęśliwego wypadku;
 - c. hospitalizacji wynikającej z choroby istniejącej przez pierwsze 24 miesiące obowiązywania umowy;

- 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. pobyków 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;
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.

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.
4. 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.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 14

1. Wszelkie 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. Wszelkie 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 4Life Direct o każdej zmianie danych kontaktowych zawartych we wniosku. W przeciwnym wypadku zawiadomienia i oświadczenia skierowane pod ich ostatni znany adres lub numer telefonu wywierają skutki od chwili, w której byłyby doręczone, gdyby adres lub numer telefonu nie został zmieniony.*

§ 15

1. *Opodatkowanie świadczeń wypłacanych z tytułu umowy regulują przepisy ustawy o podatku dochodowym od*
2. *W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie właściwe przepisy prawa polskiego.*
3. *W przypadku sporu między stronami umowy właściwe są polskie sądy powszechne według właściwości ogólnej albo sądy powszechne właściwe według miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpiezonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.*



*James Clayton-Wright
Menedżer ds. Underwritingu Ubezpieczeń
Red Sands Life Assurance Company
(Europe)Limited*