

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 również „DSS”, przyjęte w dniu 15 kwietnia 2011 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 20 do 22 otrzymują odpowiednio nową numerację od 21 do 23.
8. Z zastrzeżeniem poprzedzającego postanowienia Aneksu, w § 2 dodaje się nowy punkt 20 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*, ciąży i porodu 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 § 4 dodaje się nowe następujące postanowienia „4. 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. 5. 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 § 7 (SKŁADKI) do § 13 (POSTANOWIENIA KOŃCOWE) otrzymują odpowiednio nową numerację od § 8 do § 14.
13. 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”.

14. W związku z powyższą zmianą numeracji następujące postanowienia OWU otrzymują brzmienie:

- a. § 6 ust. 3 „Jeżeli umowa została zawarta w wariancie ze współmałżonkiem, po ustaniu związku małżeńskiego lub nieformalnego o których mowa w § 2 punkt 23, na wniosek *ubezpieczającego* po akceptacji ubezpieczonych *umowa* może być kontynuowana w wariancie ze współmałżonkiem na dotychczasowych warunkach lub w wariancie indywidualnym dla każdego z ubezpieczonych na warunkach przedstawionych przez *ubezpieczyciela*”.
- b. § 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”.

15. § 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”.

16. § 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, ciąży i porodu lub uszkodzenia ciała*”.

17. § 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”.

18. § 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”.

19. § 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 ogłoszanych 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”.

20. § 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.
21. Poniżej przyjmuję 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 również „DSS”, przyjęte w dniu 15 kwietnia 2011 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 lub choroby*, na

- które zachorował lub *uszkodzenie ciała*, którego doznał *ubezpieczony* przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności *ubezpieczyciela*, wymagające opieki *lekarza, leczenia lub hospitalizacji*;
4. *dziecko/dzieci* – dzieci naturalne lub przysposobione, powyżej 6 miesiąca do 18 roku życia, pozostające na utrzymaniu *ubezpieczonego*, wymienione w *polisie*;
5. *hospitalizacja* – pobyt w *szpitalu* służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorego na zlecenie *lekarza*, włącznie z dniem przyjęcia. Hospitalizacja w rozumieniu niniejszych OWU nie obejmuje dnia, w którym *Ubezpieczony* został wypisany ze szpitala;
6. *lekarz* – osobę posiadającą właściwe kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych, potwierdzone wymaganymi przez prawo Rzeczypospolitej Polskiej dokumentami;
7. *nieszczęśliwy wypadek* – niezależne od woli i stanu zdrowia *ubezpieczonego* gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, prowadzące do *uszkodzenia ciała ubezpieczonego* i *hospitalizacji*;
8. *podwójne świadczenie szpitalne* – umowę dodatkową podwajającą wypłatę świadczenia, jeżeli *hospitalizacja* jest wynikiem *nieszczęśliwego wypadku*;
9. *polisa* – dokument wystawiony w imieniu *ubezpieczyciela* przez *4Life Direct* na dowód zawarcia *umowy*;
10. *rezydent* – osobę zamieszkującą określone w OWU terytorium przez co najmniej 40 tygodni, w ciągu których 52 tygodni;

11. *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*;
12. *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”;
13. *świadczenie* – kwotę należną *ubezpieczonemu* w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, wypłacaną według zasad określonych w *umowie*;
14. *świadczenie dodatkowe* – wskazane w polisie świadczenie dodatkowe (jeżeli wybrano), które za opłatą dodatkowej składki dołączono do umowy ubezpieczenia „DSS”;

15. *świadczenie dzienne* - kwotę wskazaną w aktualnej *polisie*, należną *ubezpieczonemu* za każdy dzień *hospitalizacji* wypłacaną według zasad określonych w *umowie*.
16. *ubezpieczający* – osobę fizyczną zawierającą z *ubezpieczycielem* *umowę*; osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą zawierają *umowę* poza zakresem tej działalności;
17. *ubezpieczony* – osobę fizyczną wymienioną w *polisie*, na rzecz której zawarto *umowę*;
18. *ubezpieczyciel* – Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited z siedzibą przy Level 3, Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltar;
19. *umowa* – *umowę* ubezpieczenia „DSS” zawartą na podstawie *wniosku* oraz OWU;
20. *uposażony* – osobę fizyczną lub prawną wskazaną przez *ubezpieczającego* za zgodą *ubezpieczonego* jako uprawnioną do otrzymania świadczenia w razie śmierci *ubezpieczonego*
21. *uszkodzenie ciała* – fizyczne uszkodzenie ciała doznane przez *ubezpieczonego* w wyniku działania siły mechanicznej, środków chemicznych lub temperatury, wymagające porady lekarskiej, leczenia, opieki lub *hospitalizacji*;
22. *wniosek* – wniosek ubezpieczeniowy o zawarcie *umowy* przygotowany przez *ubezpieczyciela* i podpisany przez *ubezpieczającego* i *ubezpieczonego*;
23. *współmałżonek* – osobę wskazaną w *polisie*, z którą w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w *umowie*, *ubezpieczony* pozostaje w związku małżeńskim albo w partnerskim związku

nieformalnym (konkubincji) 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*, ciąży i porodu 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*.

ZAWARCIE UMOWY

§ 4

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. W przypadku zapłacenia przez *ubezpieczającego* *składki* przed odesłaniem dokumentów przez *ubezpieczającego* dokumentów niezbędnych do zawarcia *umowy* ubezpieczenia, fakt zapłacenia *składki* oznacza akceptację *ubezpieczającego* na warunki *umowy*.
3. *Ubezpieczyciel* zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia *umowy* lub zaproponowania jej zmienionych warunków.
4. *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.
5. 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*. 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 ze skutkiem na koniec okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka.
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.

§ 6

1. Umowa wygasa w dniu śmierci ubezpieczonego lub z datą wygaśnięcia ubezpieczenia, 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 małżeński zmieniany jest na wariant indywidualny z dotychczasową

wysokością *świadczenia dziennego*, zaś wariant rodzinny pozostaje bez zmian.

3. Jeżeli *umowa* została zawarta w wariantcie ze *współmałżonkiem*, po ustaniu związku małżeńskiego lub nieformalnego o których mowa w § 2 punkt 23, na wniosek *ubezpieczającego* 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*.
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 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 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*, odpowiedzialność *ubezpieczyciela* ustanie, 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, koszty zawarcia i obsługi *umowy*.

4. W przypadku zaległości w opłaceniu *składek* przekazywane kwoty przeznaczone są w pierwszej kolejności na pokrycie zaległości.
5. *Ubezpieczyciel* zastrzega sobie prawo do korekty wysokości *składki*, informując o tym fakcie *ubezpieczającego* z co najmniej 45-dniowym wyprzedzeniem. Proponowana zmiana wysokości składki będzie dokonywana wyłącznie w przypadku zmiany wieku *ubezpieczonego* lub zmiany rodzaju i wysokości należnych świadczeń. Opłacenie przez *ubezpieczającego* składki w zmienionej wysokości będzie traktowane jako akceptacja kontynuacji umowy przez *ubezpieczającego*. W przeciwnym wypadku uznaje się, iż, *ubezpieczający* nie zaakceptował proponowanej składki z tytułu umowy i w takim przypadku umowa nie będzie kontynuowana, a tym samym wygasa z końcem okresu za jaki została opłacona ostatnia składka.

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.

ŚWIADCZENIA

§ 10

1. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w przypadku śmierci ubezpieczonego oraz za okres hospitalizacji dłuższy niż 2 dni w wyniku choroby, ciąży i porodu lub uszkodzenia ciała.
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 sumie *świadczeń dziennych* za każdy *dzień hospitalizacji*, maksymalnie do 90 dni w przypadku danej *choroby* lub *uszkodzenia ciała*.
4. 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 ciążą lub porodem – podlega ubezpieczeniu po 12 miesiącach, licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności. *Hospitalizacja* związana z ciążą lub porodem jest objęta ubezpieczeniem przez maksymalnie 5 dni podczas jednej ciąży i jest ograniczona do

dwóch ciąż na ubezpieczonego w okresie obowiązywania ubezpieczenia;

- d) *hospitalizacja* w następstwie *choroby istniejącej* podlega ubezpieczeniu po 24 miesiącach od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności;
- 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 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.
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 *ubezpięzyciel* 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*.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 12

1. Obowiązek wypłaty *świadczenia* nie zachodzi, jeśli śmierć lub hospitalizacja ubezpieczonego nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń:
- chorób lub nieprawidłowości wrodzonych, na które ubezpieczony cierpiał przed rozpoczęciem odpowiedzialności ubezpieczyciela wynikającej z umowy;
 - aktywnej służby lub szkolenia w formacji wojskowej, obrony cywilnej, policji, agencji ochrony osób i mienia lub każdej innej formacji o charakterze militarnym lub paramilitarnym;
 - 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;
- self-harmu 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;
 - uprawiania wspinaczki górskiej i jaskiniowej, nurkowania, skoków spadochronowych, skoków na bungee, lotniarstwa, sportów zimowych, wodnych, lub motorowych, oraz każdego sportu uprawianego zawodowo;
 - pozostawaniem pod wpływem alkoholu, narkotyków lub leków z wyjątkiem leków przepisanych przez uprawnionego lekarza;
 - używania narkotyków, uzależnienia, psychoterapii, leczenia zaburzeń natury psychiatrycznej;
 - jakichkolwiek aktów łamania obowiązującego prawa;
 - 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;
 - promieniowania, skażenia promieniotwórczego, reakcji jądrowej, skażenia chemicznego, w tym z zatrucia

substancjami stałymi, cieciami, oparami lub gazami trującymi;

- 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:

- ponownego przyjęcia do *szpitala* z tej samej przyczyny w okresie 12 miesięcy z zastrzeżeniem § 10 punkt 4e);
- hospitalizacji spowodowanej rutynowymi lub innymi badaniami, które nie są bezpośrednio wynikiem choroby lub nieszczęśliwego wypadku;
- hospitalizacji wynikającej z choroby istniejącej przez pierwsze 24 miesiące obowiązywania umowy;
- kosmetycznych zabiegów stomatologicznych;
- zabiegów chirurgii plastycznej, kosmetycznej, niepłodności, otyłości, zabiegów sztucznego zapłodnienia lub zabiegów wynikających z wyboru ubezpieczonego, chyba że są wynikiem obrażeń doznanych w nieszczęśliwym wypadku;
- pobytów w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, sanatoriach, prewentoriach, hospicjach, ośrodkach leczniczych i uzdrowiskowych, spa, wodolecznictwa lub w miejscach odbywania kwarantanny;
- 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. 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 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, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia*.



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