

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 dalej „DSS”, przyjęte w dniu 14 marca 2014 r. przez Zarząd Red Sands Insurance Company (Europe) Limited, zwane dalej OWU, stosuje się do umów zawieranych od tej daty”.
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 17 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”.
6. W § 2 punkty od 19 do 22 otrzymują odpowiednio nową numerację od 20 do 23.
7. Z zastrzeżeniem poprzedzającego postanowienia Aneksu, w § 2 dodaje się nowy punkt 19 o następującym brzmieniu „*uposażony* – osobę fizyczną lub prawną wskazaną przez ubezpieczającego za zgodą ubezpieczonego jako uprawnioną do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego;”
8. § 3 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i hospitalizacja ubezpieczonego”.
9. § 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”.
10. 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”.
11. Tytuły oraz paragrafy do nich przypisane począwszy od § 7 (SKŁADKI) do § 14 (POSTANOWIENIA KOŃCOWE) otrzymują odpowiednio nową numerację od § 8 do § 15.
12. 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”.

13. 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 punkt 22, 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. 3 „W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia, terminy, o których mowa w § 10 ust. 4 będą liczone od daty podwyższenia sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie, ale tylko dla kwoty, o którą podwyższona została suma ubezpieczenia”.
 - e. § 10 ust. 6 „Ubezpieczyciel przejmie obowiązek opłacania składek ubezpieczeniowych z tytułu umowy „Dzienne Świadczenie Szpitalne” za każdy miesiąc, w którym powstaje obowiązek wypłaty świadczenia zgodnie z § 11 ust.1”.
14. § 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”.
15. § 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*”.
16. § 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”.
17. § 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 przekazywane w wysokości określonej w *polisie* oraz wynikającej z § 10”.
18. § 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 cierpił 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, oraz każdego sportu uprawianego zawodowo; f) pozostawaniem 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, cieciami, 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 punkt 4c; 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; 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”.

19. § 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„.
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 również dalej „DSS”, przyjęte w dniu 14 marca 2014 r. 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, 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, będącą podstawą diagnozy lekarskiej, która rozpoczęła się i trwa w okresie obowiązywania *umowy*;

3. **choroba istniejąca** – chorobę lub choroby, na które zachorował *ubezpieczony* lub *uszkodzenie ciała* będące następstwem *nieszczęśliwego wypadku*, którego ubezpieczony doznał przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności *ubezpieczyciela*, wymagające opieki *lekarza*, leczenia lub *hospitalizacji*;
4. **dziecko/ dzieci** – dzieci naturalne lub przysposobione, od 6. miesiąca do 18. roku

- życia, pozostające na utrzymaniu *ubezpieczonego*, wymienione w *polisie*;
5. **hospitalizacja** – całodobowy 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 które ma miejsce w okresie trwania umowy ubezpieczenia, wywołane przyczyną zewnętrzną, prowadzące do uszkodzenia ciała *ubezpieczonego* i *hospitalizacji*;
 8. **podwójne świadczenie szpitalne** – świadczenie dodatkowe podwajającą kwotę wypłaty świadczenia, jeżeli *hospitalizacja* jest bezpośrednio wynikiem *nieszczęśliwego wypadku*;
 9. **polisa** – dokument wystawiony w imieniu *ubezpiezyciela* przez *4Life Direct* potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
 10. **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*;
 11. **szpital** – zakład opieki zdrowotnej będący w rozumieniu obowiązujących przepisów zakładem

- lecnicztwa 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”;
12. **świadczenie** – kwotę należną *ubezpieczonemu* w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, wypłacaną według zasad określonych w *umowie*;
 13. **świadczenie dodatkowe** – wskazane w *polisie* świadczenie dodatkowe (jeżeli takie świadczenie wybrano), które za opłatą dodatkowej *składki* dołączono do *umowy* ubezpieczenia „Dzienne Świadczenie Szpitalne”;
 14. **świadczenie dzienne** - kwotę wskazaną w aktualnej *polisie*, należną *ubezpieczonemu* za każdy dzień *hospitalizacji*, wypłacaną według zasad określonych w *umowie*;
 15. **ubezpieczający** – osobę fizyczną zawierającą z *ubezpiezycielem* *umowę*; osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą zawierają *umowę* poza zakresem tej działalności;
 16. **ubezpieczony** – osobę fizyczną wymienioną w *polisie*, na rzecz której zawarto *umowę*;

17. **ubezpieczyciel** – Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited z siedzibą przy Level 3, Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltar;
18. **umowa** – umowę ubezpieczenia „Dzienne Świadczenie Szpitalne” zawartą na podstawie *wniosku* oraz OWU;
19. **uposażony** – osobę fizyczną lub prawną wskazaną przez ubezpieczającego za zgodą ubezpieczonego jako uprawnioną do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego;
20. **uszkodzenie ciała** – fizyczne uszkodzenie ciała doznane przez *ubezpieczonego* w wyniku działania siły mechanicznej, środków chemicznych lub temperatury, wymagające porady lekarskiej, leczenia, opieki lub *hospitalizacji*;
21. **wniosek** – wniosek ubezpieczeniowy o zawarcie *umowy* złożony na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela;
22. **współmałżonek** – osobę wskazaną w *polisie*, z którą w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w *umowie*, *ubezpieczony* pozostaje w związku małżeńskim albo w partnerskim związku nieformalnym (konkubinacie) i prowadzi wspólne gospodarstwo domowe z ubezpieczonym, przy czym obie osoby w tym związku są stanu wolnego;
23. **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) *ubezpieczający* przedstawi *ubezpieczycielowi* adres na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który będzie używany do prowadzenia korespondencji między stronami *umowy*;

- b) 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 76 lat;
- c) *ubezpieczyciel* otrzymał podpisany przez *ubezpieczającego* i *ubezpieczonego* *wniosek*;
- d) *ubezpieczający* opłacił *składkę*;
- e) *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*. 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 ust. 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 *Ubezpieczający* ma prawo do wypowiedzenia umowy w każdym czasie ze skutkiem na koniec okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka.
5. 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* kończy się w dniu śmierci *ubezpieczonego* lub z dniem ukończenia przez *ubezpieczonego* 80 lat, z zastrzeżeniem ust. 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. *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 małżeńskiego lub nieformalnego, o których mowa w § 2 punkt 22, 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 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 w wysokości i z częstotliwością wskazaną 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 sumy ubezpieczenia, terminy, o których mowa w § 10 ust. 4 będą liczone od daty podwyższenia sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie, ale tylko dla kwoty, o którą podwyższona została suma ubezpieczenia.

ŚWIADCZENIA

§ 10

1. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w przypadku śmierci ubezpieczonego oraz za okres hospitalizacji dłuższy niż 2 dni w wyniku choroby 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 danego nieszczęśliwego wypadku, choroby lub uszkodzenia ciała.
4. 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) hospitalizacja w następstwie choroby – podlega ubezpieczeniu po 6 miesiącach, licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności;
 - 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.
5. 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.
 6. Ubezpieczyciel przejmie obowiązek opłacania składek ubezpieczeniowych z tytułu umowy „Dzienne Świadczenie Szpitalne” za każdy miesiąc, w którym powstaje obowiązek wypłaty świadczenia zgodnie z § 11 ust.1.
 7. W przypadku opłacenia składki za miesiąc, w którym powstał obowiązek wypłaty świadczenia ubezpieczyciel wypłaci należne świadczenie powiększone o wpłaconą składkę.

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 przekazywane w wysokości określonej w polisie oraz wynikającej z § 10.
2. W celu rozpoczęcia procedury wypłaty świadczenia, należy skontaktować się z ubezpieczycielem za pośrednictwem 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.

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, oraz każdego sportu uprawianego zawodowo;
 - f. pozostawaniem 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 ogłoszanych 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 punkt 4c;
 - 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;
 - 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.

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 ubezpieczyciela za pośrednictwem 4Life Direct o każdej zmianie danych kontaktowych zawartych we wniosku.

§ 15

Opodatkowanie świadczeń wypłacanych z tytułu umowy regulują przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

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

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.

DSS/OWU/v7/14.03.2014

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