

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 od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków „NNW dla Lojalnych Klientów” (dalej zwane „OWU”):

1. Tytuł otrzymuje nowe następujące brzmienie „OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I OD NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW „DLA LOJALNYCH KLIENTÓW”
2. § 1 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków „Dla Lojalnych Klientów”, przyjęte w dniu 16 października 2018 r. przez Zarząd Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited, zwane dalej „OWU”, stosuje się do umów zawieranych od 15 listopada 2018 r”.
3. § 2 punkt 24 otrzymuje nowe następujące brzmienie „umowa – umowę ubezpieczenia na Życie i od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków „Dla Lojalnych Klientów” zawartą na podstawie wniosku oraz OWU”
4. W § 2 punkty od 25 do 35 otrzymują odpowiednio nową numerację od 26 do 36.
5. Z zastrzeżeniem poprzedzającego postanowienia Aneksu, w § 2 dodaje się nowy punkt 25 o następującym brzmieniu „uposażony – osobą fizyczną lub prawną wskazaną przez ubezpieczającego za zgodą ubezpieczonego jako uprawnioną do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego;”
6. § 2 punkt 35 otrzymuje nowe następujące brzmienie „polisa uprawniająca do rabatu lojalnościowego – każda inna umowa ubezpieczenia zawarta przez ubezpieczającego z ubezpieczycielem . Umowa ta musi pozostać w mocy (*aktywna polisa*) na czas zawarcia i trwania umowy „Dla Lojalnych Klientów”.
7. § 2 punkt 36 otrzymuje nowe następujące brzmienie „rabat lojalnościowy – rabat w składce za ubezpieczenie „Dla Lojalnych Klientów” wskazany w polisie ubezpieczeniowej, należny ubezpieczającemu jeśli posiada co najmniej jedną aktywną polisę uprawniającą do rabatu lojalnościowego”.
8. § 3 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego oraz uszkodzenie ciała ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku”.
9. § 3 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy oraz uszkodzenie ciała ubezpieczonego powstałe w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie obowiązywania umowy”.
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 § 6 (SKŁADKI) do § 13 (POSTANOWIENIA KOŃCOWE) otrzymują odpowiednio nową numerację od § 7 do § 14.
12. Z zastrzeżeniem poprzedzającego postanowienia Aneksu dodaje się nowy Tytuł „UPOSAŻONY” i § 6 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) § 2 pkt 5 „hospitalizacja – spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem całodobowy pobyt w szpitalu włącznie z dniem przyjęcia, będący wynikiem uszkodzenia ciała zgodnie z Tabelą Świadczeń § 9 punkt 11. Hospitalizacja powinna mieć miejsce w terminie 30 dni od daty nieszczęśliwego wypadku i służyć przywracaniu lub poprawie zdrowia chorego na zlecenie lekarza. Hospitalizacja w rozumieniu niniejszych OWU nie obejmuje dnia, w którym ubezpieczony został wypisany ze szpitala;”
- b) § 5 ust. 3 „Umowa zostaje zawarta na okres 5 lat od daty rozpoczęcia odpowiedzialności wskazanej w polisie. Ubezpieczający ma możliwość przedłużenia umowy na kolejne pięcioletnie okresy, z zastrzeżeniem, § 5 i § 7 poniżej. Ubezpieczyciel powiadomi ubezpieczającego o warunkach przedłużenia umowy co najmniej 45 dni przed upływem okresu, na jaki umowa została zawarta. Ubezpieczający poprzez zapłatę składki potwierdza przedłużenie umowy na kolejny okres”.
- c) § 5 ust. 7 „Umowa kończy się w dniu śmierci ubezpieczonego, z datą wypowiedzenia umowy zgodnie z § 5 punkt 4, 5 i § 7 punkt 3, § 5 punkt 6 oraz § 5 punkt 11 w zależności które z tych zdarzeń będzie pierwsze”.
- d) § 5 ust. 9 „Jeżeli umowa została zawarta w wariantcie ze współmałżonkiem, po ustaniu związku małżeńskiego lub nieformalnego, o których mowa w § 2 punkt 33, 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”.
- e) § 5 ust. 11 „Umowa kończy się z datą kiedy ubezpieczyciel wypłaci świadczenie które wraz z kwotą wypłaconych wcześniej świadczeń będzie równe sumie ubezpieczenia zgodnie z § 9”.
- f) § 9 ust. 6 „W przypadku trwałego kalectwa, tetraplegii, paraplegii czy trwałego uszkodzenia mózgu jeżeli istnieją wątpliwości co do stopnia uszkodzenia ciała ubezpieczonego, który jest niezbędny do kalkulacji wartości wysokości świadczenia , wysokość świadczenia ustala się, nie później niż w ciągu 12 miesięcy od dnia nieszczęśliwego wypadku. W przypadku braku wątpliwości wypłata świadczenia odbywa się zgodnie z § 10 punkt 4”.
- g) § 9 ust. 10 „Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do każdego ubezpieczonego za wyjątkiem § 9 punkt 5”.

14. § 7 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie „2. Rabat lojalnościowy będzie miał zastosowanie przy ustaleniu wysokości składki jeżeli ubezpieczający posiada co najmniej jedną aktywną polisę uprawniającą do rabatu lojalnościowego. W przypadku gdy polisa uprawniająca do rabatu lojalnościowego przestanie być aktywna ubezpieczający utraci prawo do rabatu lojalnościowego w polisie „Dla Lojalnych Klientów” i będzie zobowiązany płacić składkę za tę polisę w pełnej wysokości od miesiąca następującego bezpośrednio po rozwiązaniu polisy uprawniającej do rabatu lojalnościowego”.

15. § 8 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Na dowód, że ubezpieczyciel pozytywnie zweryfikował wniosek o zmianę wysokości świadczenia wskazanego w polisie jako suma ubezpieczenia wypadkowego i sumy 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. § 9 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w przypadku śmierci ubezpieczonego oraz gdy ubezpieczony przeżyje okres co najmniej 14 dni od daty nieszczęśliwego wypadku”.

17. § 10 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Obowiązek wypłaty świadczenia powstaje w przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy oraz gdy w okresie obowiązywania umowy ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku”.

18. § 11 otrzymuje nowe następujące brzmienie „1. Obowiązek wypłaty świadczenia nie zachodzi, jeśli śmierć lub uszkodzenie ciała ubezpieczonego nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń: a) aktywnej służby lub szkolenia w formacji wojskowej, obrony cywilnej, policji, agencji ochrony osób i mienia lub każdej innej formacji o charakterze militarnym lub paramilitarnym; b) działania wroga (w sensie militarnym), wojny (wypowiedzianej lub nie), wojny domowej, strajku, lokautu, zamieszek o charakterze rebelii lub rewolucyjnym, uzurpacji władzy, aktywnego udziału w działaniach militarnych, paramilitarnych lub policyjnych; c) 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; d) uprawiania wspinaczki górskiej i jaskiniowej, nurkowania, skoków spadochronowych, skoków na bungee, lotniarstwa, sportów zimowych, wodnych lub motorowych, oraz każdego sportu uprawianego zawodowo; e) 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); f) pozostawianiem przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub leków, upośledzających rozumowanie z wyjątkiem leków przepisanych przez uprawnionego lekarza; g) jakichkolwiek aktów łamania obowiązującego prawa; h) 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; i) promieniowania, skażenia promieniotwórczego, reakcji jądrowej, skażenia chemicznego, w tym zatrucia substancjami stałymi, cieczami, oparami lub gazami trującymi. 2. Obowiązek wypłaty świadczenia nie zachodzi, jeśli uszkodzenie ciała ubezpieczonego nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń: a) stresu pourazowego; b) jakiegokolwiek choroby nie będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku; c) ciąży ubezpieczonego; d) hospitalizacji spowodowanej rutynowymi lub innymi badaniami, które nie są bezpośrednio wynikiem choroby lub nieszczęśliwego wypadku; e) hospitalizacji wynikającej z choroby istniejącej; f) kosmetycznych zabiegów stomatologicznych; g) pobytów w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, sanatoriach, prewentoriach, hospicjach, ośrodkach leczniczych i uzdrowiskowych, spa, wodolecznictwa lub w miejscach odbywania kwarantanny; h) ponownego przyjęcia do szpitala z tej samej lub powiązanej przyczyny w okresie 12 miesięcy; i) przypadków hospitalizacji, gdy ubezpieczony nie zostanie skierowany na nią przez uprawnionego lekarza; j) zabiegów chirurgii plastycznej, kosmetycznej, niepłodności, otyłości, zabiegów sztucznego zapłodnienia lub zabiegów wynikających z wyboru ubezpieczonego, chyba że są wynikiem obrażeń doznanych w nieszczęśliwym wypadku. 3. Hospitalizacją nie jest, w rozumieniu niniejszych OWU, pobyt w szpitalu w celach rehabilitacyjnych. 4. Wypłata świadczenia z tytułu uszkodzenia ciała nie przysługuje, jeżeli ubezpieczony umrze w ciągu 14 dni od daty nieszczęśliwego wypadku. 5. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci ubezpieczonego. Świadczenie nie przysługuje ubezpieczonemu który umyślnie przyczynił się do uszkodzenia ciała lub hospitalizacji w wyniku uszkodzenia ciała”.

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

SKOROWIDZ

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I OD NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW „DLA LOJALNYCH KLIENTÓW”

Rodzaj informacji/ postanowienia wzorca umownego	Nr zapisu
1. przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 9
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 11

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I OD NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW „DLA LOJALNYCH KLIENTÓW”

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

- Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie i od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków „Dla Lojalnych Klientów”, przyjęte w dniu 16 października 2018 r. przez Zarząd Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited, zwane dalej „OWU”, stosuje się do umów zawieranych od 15 listopada 2018 r.
- Zmiany OWU mogą nastąpić tylko w przypadku zmiany prawa lub na skutek wytycznych organów administracji. Wszelkie zmiany OWU wymagają formy pisemnej oraz ich doręczenia

drugiej stronie umowy.

DEFINICJE

§ 2

Określenia użyte w niniejszych OWU oznaczają:

- 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;
- aktywna polisa** – polisę, która weszła w życie i z tytułu której ubezpieczający opłaca składki;

- 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;
- 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;
5. **hospitalizacja** – spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem całodobowy pobyt w szpitalu włącznie z dniem przyjęcia, będący wynikiem uszkodzenia ciała zgodnie z Tabelą Świadczeń § 9 punkt 11. Hospitalizacja powinna mieć miejsce w terminie 30 dni od daty nieszczęśliwego wypadku i służyć przywracaniu lub poprawie zdrowia chorego na zlecenie lekarza. 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, które wystąpiło po dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, prowadzące do uszkodzenia ciała, ubezpieczonego;
 8. **oparzenie** – drugi i trzeci stopień oparzenia: uszkodzenie tkanki skórnej i tkanek głębszych w wyniku oparzenia obejmujących co najmniej 30% powierzchni ciała;
 9. **paraplegia** – całkowite, trwałe i nieodwracalne porażenie dwukończynowe obejmujące nogi;
 10. **pasażer** – osoba podróżująca z ważnym biletem uprawniającym do korzystania z publicznego środka transportu u licencjonowanego przewoźnika;
 11. **polisa** – dokument wystawiony w imieniu ubezpieczyciela przez 4Life Direct potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
 12. **składka** – kwotę należną z tytułu umowy, określoną w polisie, wyrażoną w walucie będącej prawnym środkiem płatniczym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, ustaloną w oparciu o taryfę składek obowiązującą w dniu złożenia wniosku;
 13. **suma ubezpieczenia** – kwotę wskazaną w aktualnej polisie wypłacaną według zasad określonych w umowie;
 14. **świadczenie** – kwotę należną ubezpieczonemu wypłacaną zgodnie z ogólnymi warunkami umowy ubezpieczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
 15. **świadczenie dzienne** - kwotę wskazaną w aktualnej polisie, należną ubezpieczonemu za każdy dzień hospitalizacji, wypłacaną zgodnie z warunkami określonymi umowie;
 16. **szpital** – zakład opieki zdrowotnej będący w rozumieniu obowiązujących przepisów zakładem lecznictwa zamkniętego lub zakładem udzielającym całodobowo świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, zatrudniający w pełnym wymiarze godzin profesjonalny i wykwalifikowany personel medyczny, zlokalizowany na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, z wyłączeniem zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, sanatoriów, prewentoriów, hospicjów, ośrodków leczniczych i uzdrowiskowych, spa, wodolecznictwa, placówek leczenia odwykowego, domów opieki dla rekonwalescentów i osób starszych, klinik i placówek leczenia schorzeń psychiatrycznych, nawet jeśli formalnie są według prawa polskiego „szpitalami”;
 17. **tetraplegia** – całkowity, trwały i nieodwracalny niedowład cztero kończynowy uniemożliwiający korzystanie z funkcji wszystkich kończyn;
 18. **trwałe kalectwo** – stan zdrowia będący następstwem nieszczęśliwego wypadku zgodnie z odpowiednią definicją określoną przez właściwe przepisy prawa dotyczące świadczeń z ubezpieczeń społecznych („osoba całkowicie niezdolna do pracy”), całkowite i trwałe utracenie zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy stwierdzone przed osiągnięciem wieku emerytalnego, które z medycznego punktu widzenia potrwa do końca życia człowieka. Trwałe kalectwo musi trwać ciągle przez okres co najmniej 180 dni od daty pierwszego rozpoznania i być poświadczone przez lekarza orzecznika ZUS, KRUS lub inny podmiot uprawniony do orzekania w tym zakresie;
 19. **trwałe uszkodzenie mózgu** – śmierć tkanki mózgowej której skutkiem jest stały i nieodwracalny deficyt neurologiczny;
 20. **trwałe okaleczenie twarzy** – trwałą, widoczną tkankę bliznowatą o powierzchni co najmniej dwóch centymetrów kwadratowych lub trwałą bliznę o długości co najmniej 2 centymetrów, na obszarze od linii włosów do żuchwy i uszu włącznie, która powstała w wyniku wypadku w okresie trwania umowy;
 21. **ubezpieczający** – osobą fizyczną zawierającą z ubezpieczycielem umowę; osoby fizyczne

- prowadzące działalność gospodarczą zawierają umowę poza zakresem tej działalności;
22. **ubezpieczony** – osobę fizyczną wymienioną w polisie, na rzecz której zawarto umowę;
23. **ubezpieczyciel** – Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited z siedzibą przy Level 3, Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltar. W przypadku, gdy Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej opuszczą Unię Europejską bez wystarczających umów prawnych (twardy Brexit), aby umożliwić ubezpieczycielowi dalsze świadczenie usług ubezpieczeniowych w Unii Europejskiej, ubezpieczyciel planuje przeniesienie siedziby do państwa członkowskiego Unii Europejskiej, o czym poinformuje ubezpieczającego, jeżeli taka sytuacja będzie miała miejsce;
24. **umowa** – umowę ubezpieczenia na Życie i od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków „Dla Lojalnych Klientów” zawartą na podstawie wniosku oraz OWU;
25. **uposażony** – osobę fizyczną lub prawną wskazaną przez ubezpieczającego za zgodą ubezpieczonego jako uprawnioną do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego;
26. **uszkodzenie ciała** – fizyczne uszkodzenie ciała doznane przez ubezpieczonego wymienione w Tabeli Świadczeń (niepełnosprawność, oparzenia, złamania kości i trwałe okaleczenie twarzy) w wyniku wypadku, wymagające porady lekarskiej, leczenia, opieki lub hospitalizacji;
27. **utrata funkcji kończyn(y)** – całkowita, stała i nieodwracalna fizyczna utrata kończyn(y) lub jej funkcji powyżej nadgarstka lub stawu skokowego.
28. **utrata mowy** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata zdolności mówienia;
29. **utrata słuchu** – trwała i nieodwracalna utrata słuchu w stopniu większym niż 95 decybeli we wszystkich częstotliwościach mierzona w uchu o lepszej słyszalności za pomocą audiogramu;
30. **utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w stopniu, w którym nawet przy użyciu pomocy wizualnych, badanie wzroku wynosi 3/60 lub gorzej w skali ostrości wzroku przy użyciu tablic Snellena;
31. **wniosek** – wniosek ubezpieczeniowy o zawarcie umowy złożony na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela;
32. **wnioskodawca** - osoba występująca z roszczeniem.
33. **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;
34. **złamanie kości** – przerwanie ciągłości kości w wyniku *nieszczęśliwego wypadku*, wyłącznie w odniesieniu do następujących obszarów:
- a) **czaszka** – kości głowy z wyłączeniem kości twarzy i nosa;
- b) **kość miedniczna** – wszystkie kości wchodzące w skład kości miednicznej w tym kość guziczna ale z wyłączeniem kości krzyżowej;
- c) **kość szczękowa** – parzyste kości twarzoczaszki;
- d) **kręgi** – kości kręgosłupa, w tym kość krzyżowa;
- e) **łopatka** – kość łącząca kość ramienną z obojczykiem;
- f) **noga** – kość udowa, piszczelowa, strzałkowa i pięta;
- g) **obojczyk** – kość łącząca łopatkę i mostek;
- h) **ramię** – kość ramienna, łokciowa oraz promieniowa z wyłączeniem kości nadgarstka i śródreźcza;
- i) **staw biodrowy** – kość biodra i stawu biodrowego;
- j) **żuchwa** – nieparzysta ruchoma część czaszki.
35. **polisa uprawniająca do rabatu lojalnościowego** – każda inna umowa ubezpieczenia zawarta przez ubezpieczającego z ubezpieczycielem. Umowa ta musi pozostać w mocy (*aktywna polisa*) na czas zawarcia i trwania umowy „Dla Lojalnych Klientów”.
36. **rabat lojalnościowy** – rabat w składce za ubezpieczenie „Dla Lojalnych Klientów” wskazany w polisie ubezpieczeniowej, należny ubezpieczającemu jeśli posiada co najmniej jedną aktywną polisę uprawniającą do rabatu lojalnościowego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego oraz uszkodzenie ciała ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy oraz uszkodzenie ciała ubezpieczonego powstałe w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie obowiązywania umowy.
3. Umowa może być zawierana w dwóch wariantach:
 - a) indywidualnym: z jednym *ubezpieczonym* lub
 - b) ze współmałżonkiem *ubezpieczonego*: jako drugim *ubezpieczonym*.

ZAWARCIE UMOWY

§ 4

1. Umowa może zostać zawarta, jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:
 - a) w dniu jej zawarcia zarówno *ubezpieczający* jak i *ubezpieczony* mają ukończone 18 lat a *ubezpieczony* nie ma ukończonych 71 lat;
 - b) *ubezpieczyciel* otrzymał podpisany przez ubezpieczającego i ubezpieczonego *wniosek*;
 - c) *ubezpieczyciel* zaakceptował *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 w tym terminie *składki*. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy *ubezpieczyciel* nie poinformował *ubezpieczającego* będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym *ubezpieczający* będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. W przypadku odstąpienia od umowy przez *ubezpieczającego*, *ubezpieczyciel* zwraca *ubezpieczającemu* wpłacone *składki*
3. Umowa zostaje zawarta na okres 5 lat od daty rozpoczęcia odpowiedzialności wskazanej w *polisie*. *Ubezpieczający* ma możliwość przedłużenia umowy na kolejne pięcioletnie okresy, z zastrzeżeniem, § 5 i § 7 poniżej. *Ubezpieczyciel* powiadomi *ubezpieczającego* o warunkach przedłużenia umowy co najmniej 45 dni przed upływem okresu, na jaki umowa

została zawarta. *Ubezpieczający* poprzez zapłatę składki potwierdza przedłużenie umowy na kolejny okres.

4. *Ubezpieczyciel* na 45 dni przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa może zaproponować jej przedłużenie na zmienionych warunkach. Jeżeli *ubezpieczający* ich nie zaakceptuje, umowa zostaje rozwiązana z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia *składka*.
5. *Ubezpieczający* ma prawo do wypowiedzenia umowy w każdym czasie ze skutkiem na koniec okresu, za jaki została opłacona ostatnia *składka*.
6. Gdy *ubezpieczony* lub *współmałżonek* ukończą 80 lat, ubezpieczenie przestaje obowiązywać dla tej osoby.
7. Umowa kończy się w dniu śmierci ubezpieczonego, z datą wypowiedzenia umowy zgodnie z § 5 punkt 4, 5 i § 7 punkt 3, § 5 punkt 6 oraz § 5 punkt 11 w zależności które z tych zdarzeń będzie pierwsze.
8. Jeżeli umowa została zawarta w wariantcie ze *współmałżonkiem*, po śmierci jednego ze *współmałżonków* lub ukończeniu przez jedno ze *współmałżonków* 80 lat 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 sumy ubezpieczenia i *składką* odpowiadającą wariantowi indywidualnemu.
9. Jeżeli umowa została zawarta w wariantcie ze *współmałżonkiem*, po ustaniu związku

małżeńskiego lub nieformalnego, o których mowa w § 2 punkt 33, 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.

10. W przypadku śmierci ubezpieczającego, który nie jest ubezpieczonym, wszelkie jego prawa i obowiązki wynikające z umowy przechodzą na jego następców prawnych.

11. Umowa kończy się z datą kiedy ubezpieczyciel wypłaci świadczenie które wraz z kwotą wypłaconych wcześniej świadczeń będzie równe sumie ubezpieczenia zgodnie z § 9.

UPOSAŻONY

§ 6

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

§ 7

1. Składki są płatne miesięcznie w wysokości wskazanej w polisie, zgodnie z wyborem ubezpieczającego.
2. Rabat lojalnościowy będzie miał zastosowanie przy ustaleniu wysokości składki jeżeli ubezpieczający posiada co najmniej jedną aktywną polisę uprawniającą do rabatu lojalnościowego. W przypadku gdy polisa uprawniająca do rabatu lojalnościowego przestanie być aktywna ubezpieczający utraci prawo do rabatu lojalnościowego w polisie „Dla Lojalnych Klientów” i będzie zobowiązany zapłacić składkę za tę polisę w pełnej wysokości

od miesiąca następującego bezpośrednio po rozwiązaniu polisy uprawniającej do rabatu lojalnościowego.

3. Jeżeli pomimo uprzedniego wezwania wystosowanego przez ubezpieczyciela, ubezpieczający nie dokonał wpłaty zaległej składki, w ciągu dodatkowego terminu 30 dni od terminu jej wymagalności umowę uważa się za wypowiedzianą przez ubezpieczającego, a odpowiedzialność ubezpieczyciela ustaje.
4. Składki zostały obliczone z uwzględnieniem rodzaju i wysokości sumy ubezpieczenia oraz prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń uprawniających do wypłaty należnych świadczeń w okresie trwania umowy, jak również opłat kosztów zawarcia i obsługi umowy.

ZMIANA UMOWY

§ 8

1. Ubezpieczyciel, na wniosek ubezpieczającego, za zgodą ubezpieczonego, w przypadku gdy ubezpieczający i ubezpieczony to różne osoby, przedstawia warunki zmiany wariantu umowy oraz wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie.
2. Na dowód, że ubezpieczyciel pozytywnie zweryfikował wniosek o zmianę wysokości świadczenia wskazanego w polisie jako suma ubezpieczenia wypadkowego i sumy 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.

ŚWIADCZENIA

§ 9

1. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w przypadku śmierci ubezpieczonego oraz gdy ubezpieczony przeżyje okres co najmniej 14 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
2. Wysokość świadczenia należnego ubezpieczonemu uzależniona jest od wysokości wybranej sumy ubezpieczenia. Wysokość świadczenia jest uzależniona od stopnia uszkodzenia ciała ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku według Tabeli Świadczeń.
3. Świadczenie jest wypłacane za okres hospitalizacji dłuższy niż 2 dni.
4. Wypłacone świadczenie za okres hospitalizacji będzie równe sumie świadczeń dziennych za każdy dzień hospitalizacji, z tym zastrzeżeniem, iż świadczenie będzie płacone za maksymalnie 120 dni hospitalizacji w przypadku pobytu w szpitalu będącego przyczyną danego nieszczęśliwego wypadku czy uszkodzenia ciała lub hospitalizacji powiązanej z danym nieszczęśliwym wypadkiem czy uszkodzeniem ciała pod warunkiem, że hospitalizacja rozpocznie się w ciągu 30 dni od daty nieszczęśliwego wypadku. Dodatkowo, za hospitalizację spowodowaną każdym jednym nieszczęśliwym wypadkiem, która będzie trwać nieprzerwanie co najmniej 14 dni zostanie wypłacone dodatkowo świadczenie w postaci wypłaty jednorazowej zgodnie z Tabelą Świadczeń.

5. Wysokość świadczenia zgodnie z punktami 2 i 3 powyżej ulega podwojeniu w przypadku wystąpienia u ubezpieczonego uszkodzenia ciała w trakcie podróży pod warunkiem że ubezpieczony spełnia definicję pasażera zgodnie z § 2 punkt 10.
6. W przypadku trwałego kalectwa, tetraplegii, paraplegii czy trwałego uszkodzenia mózgu jeżeli istnieją wątpliwości co do stopnia uszkodzenia ciała ubezpieczonego, który jest niezbędny do kalkulacji wartości wysokości świadczenia, wysokość świadczenia ustala się, nie później niż w ciągu 12 miesięcy od dnia nieszczęśliwego wypadku. W przypadku braku wątpliwości wypłata świadczenia odbywa się zgodnie z § 10 punkt 4.
7. Świadczenie za uszkodzenia ciała ubezpieczonego jest nienależne jeżeli upłynęło więcej niż 12 miesięcy od dnia nieszczęśliwego wypadku za wyjątkiem trwałego kalectwa, tetraplegii, paraplegii czy trwałego uszkodzenia mózgu.
8. W ciągu trwania umowy wypłata świadczenia za złamanie kości jest ograniczona do jednej hospitalizacji i jednej wypłaty procentu sumy ubezpieczenia jeśli dotyczy tej samej kości.
9. Świadczenie należne z tytułu trwałego okaleczenia twarzy jest ograniczone do wypłaty jednego świadczenia w ciągu trwania umowy.
10. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do każdego ubezpieczonego za wyjątkiem § 9 punkt 5.

11. Tabela Świadczeń :

Uszkodzenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku:		Wysokość świadczenia wyrażona jako % sumy ubezpieczenia.	
A. Niepełnosprawność	1. Trwałe kalectwo		100%
	2. Utrata wzroku w obu oczach		100%
	3. Utrata możliwości korzystania z dwóch lub więcej kończyn		100%
	4. Tetraplegia		100%
	5. Paraplegia		100%
	6. Trwałe uszkodzenie mózgu		100%
	7. Utrata wzroku w jednym oku		50%
	8. Utrata funkcji jednej z kończyn		50%
	9. Utrata mowy		50%
	10. Utrata słuchu		50%
B. Oparzenia	11. Oparzenia: drugiego lub trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 30%		50%

	<i>powierzchni ciała</i>		
C. Złamania kości	<i>12.1 biodra lub miednicy</i>		50%
	<i>12.2 nogi, czaszki, żuchwy, kręgow</i>		25%
	<i>12.3 łopatki, obojczyka, ramienia, górnej szczęki</i>		10%
D. Trwałe okaleczenie twarzy	<i>13. Trwałą, widoczną tkankę bliznowatą o powierzchni co najmniej dwóch centymetrów kwadratowych lub trwałą bliznę o długości co najmniej 2 centymetrów, na obszarze od linii włosów do żuchwy i uszu włącznie</i>		10%
	<i>14. Hospitalizacja będąca wynikiem uszkodzenia ciała, (dienne świadczenie) zgodnie z punktami A, B, C i D</i>		0,2%
E. Hospitalizacja	<i>15. Świadczenie za 14 dni nieprzerwanego</i>		5%

	<i>pobytu w szpitalu (jako dodatek do punkt E 14 powyżej)</i>		
--	---	--	--

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ § 10

1. Obowiązek wypłaty świadczenia powstaje w przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy oraz gdy w okresie obowiązywania umowy ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
2. W celu rozpoczęcia procedury wypłaty świadczenia, wnioskodawca powinien skontaktować się z ubezpieczycielem za pośrednictwem 4Life Direct.
3. Ubezpieczyciel za pośrednictwem 4Life Direct informuje wnioskodawcę pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
4. Odpowiednie kwoty świadczeń będą 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. Termin wypłaty świadczeń nie przekroczy terminów do wypłaty określonych przepisami prawa.
5. Występujący z roszczeniem jest zobowiązany do podania wszystkich informacji zgodnie ze stanem faktycznym.

6. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez ubezpieczyciela. Koszty badań będą pokrywane przez ubezpieczyciela. Wszelkie świadczenia z tytułu umowy zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 11

1. Obowiązek wypłaty świadczenia nie zachodzi, jeśli śmierć lub uszkodzenie ciała ubezpieczonego nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń:
 - a) aktywnej służby lub szkolenia w formacji wojskowej, obrony cywilnej, policji, agencji ochrony osób i mienia lub każdej innej formacji o charakterze militarnym lub paramilitarnym;
 - b) działania wroga (w sensie militarnym), wojny (wypowiedzianej lub nie), wojny domowej, strajku, lokautu, zamieszek o charakterze rebelii lub rewolucyjnym, uzurpacji władzy, aktywnego udziału w działaniach militarnych, paramilitarnych lub policyjnych;
 - c) 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;

- d) uprawiania wspinaczki górskiej i jaskiniowej, nurkowania, skoków spadochronowych, skoków na bungee, lotniarstwa, sportów zimowych, wodnych lub motorowych, oraz każdego sportu uprawianego zawodowo;
- e) 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);
- f) pozostawianiem przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub leków, upośledzających rozumowanie z wyjątkiem leków przepisanych przez uprawnionego lekarza;
- g) jakichkolwiek aktów łamania obowiązującego prawa;
- h) 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;
- i) promieniowania, skażenia promieniotwórczego, reakcji jądrowej, skażenia chemicznego, w tym zatrucia substancjami stałymi, cieczami, oparami lub gazami trującymi.
2. Obowiązek wypłaty *świadczenia* nie zachodzi, jeśli uszkodzenie ciała *ubezpieczonego* nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących

- zdarzeń:
- a) *stresu pourazowego*;
- b) jakiegokolwiek choroby nie będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku;
- c) ciąży ubezpieczonego;
- d) *hospitalizacji* spowodowanej rutynowymi lub innymi badaniami, które nie są bezpośrednio wynikiem *choroby* lub *nieszczęśliwego wypadku*;
- e) *hospitalizacji* wynikającej z *choroby istniejącej*;
- f) kosmetycznych zabiegów stomatologicznych;
- g) pobytów w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, sanatoriach, prewentoriach, hospicjach, ośrodkach leczniczych i uzdrowiskowych, spa, wodolecznictwa lub w miejscach odbywania kwarantanny;
- h) ponownego przyjęcia do *szpitala* z tej samej lub powiązanej przyczyny w okresie 12 miesięcy;
- i) przypadków *hospitalizacji*, gdy *ubezpieczony* nie zostanie skierowany na nią przez uprawnionego *lekarza*;
- j) zabiegów chirurgii plastycznej, kosmetycznej, niepłodności, otyłości, zabiegów sztucznego zapłodnienia lub zabiegów wynikających z wyboru *ubezpieczonego*, chyba że są wynikiem obrażeń doznanych w *nieszczęśliwym wypadku*.
3. *Hospitalizacja* nie jest, w rozumieniu niniejszych OWU, pobyt w *szpitalu* w celach rehabilitacyjnych.
4. Wypłata świadczenia z tytułu uszkodzenia ciała nie przysługuje, jeżeli ubezpieczony umrze w ciągu 14 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
5. Świadczenie nie przysługuje osobie, która

umyślnie przyczyniła się do śmierci ubezpieczonego. Świadczenie nie przysługuje ubezpieczonemu który umyślnie przyczynił się do *uszkodzenia ciała* lub *hospitalizacji* w wyniku uszkodzenia ciała.

SKARGI I ZAŻALENIA § 12

1. Wszelkie pisma, zapytania, skargi i zażalenia związane z umowami powinny być zgłaszane do *Ubezpieczyciela* na adres Działu Obsługi Klienta *4Life Direct* wskazany w § 2 punkt 1. Korespondencja w sprawie skarg i wniosków pomiędzy stronami powinna być składana w formie pisemnej, ustnej lub w formie elektronicznej. W każdym przypadku osoba zgłaszająca powinna podać numer polisy lub inne dane pozwalające ustalić umowę ubezpieczenia, której zgłoszenie dotyczy.
2. W terminie 30 dni od otrzymania pisma, zapytania skargi lub zażalenia, zostanie wysłana do osoby skarżącej odpowiedź w formie pisemnej. W przypadku braku możliwości dotrzymania wspomnianego terminu *Ubezpieczyciel* za pośrednictwem *4Life Direct* poinformuje osobę skarżącą o przyczynach opóźnienia i wskaże przewidywany termin udzielenia odpowiedzi nie dłuższy jednak niż 60 dni od otrzymania skargi lub zażalenia.
3. Jeżeli osoba zainteresowana uzna wyjaśnienie lub sposób rozstrzygnięcia skargi lub zażalenia za niewystarczający lub nieprawidłowy, może zgłosić swoją skargę lub zażalenie bezpośrednio do *Ubezpieczyciela* lub może zgłosić swoją skargę lub zażalenie również do miejskich i powiatowych

Rzeczników Konsumenta lub Rzecznika Finansowego. Wszelkie spory z umowy ubezpieczenia mogą być rozpatrywane przez Sąd Polubowny przy Rzeczniku Finansowym, zgodnie z jego regulaminem. Wszelkie informacje znajdują się na stronie internetowej www.rf.gov.pl.

OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

§ 13

1. Dane osobowe Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Uposażonych (dalej łącznie jako „Podmioty Danych” lub z osobna jako „Podmiot Danych”) będą przetwarzane przez Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited z siedzibą przy Level 3, Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltar (dalej jako „Administrator Danych”) w celu zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym wypłaty świadczeń wynikających z umów ubezpieczenia, dokonywania oceny ryzyka oraz podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia.

2. Administrator Danych wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować pocztą elektroniczną pod adresem email: underwriter@redsands.gi lub pisząc na adres Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited z siedzibą przy Level 3, Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltar.

3. Podstawą przetwarzania danych osobowych Podmiotów Danych jest art. 6 ust. 1 lit. b), lit. c) i lit. f) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie

swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

4. Przetwarzanie danych osobowych Podmiotów Danych jest dokonywane w celach związanych z zawarciem i wykonywaniem umowy ubezpieczenia, w tym w szczególności wypłaty świadczeń przysługujących uprawnionym podmiotom na podstawie tej umowy, wykonania obowiązków wynikających z obowiązujących przepisów prawa oraz zabezpieczenia przed ewentualnymi roszczeniami.

5. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do realizacji celu przetwarzania.

6. Podmiotowi Danych przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania oraz przenoszenia danych.

7. Podmiotowi Danych przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy powszechnie obowiązującego prawa.

8. Odbiorcami danych osobowych Podmiotów Danych będą: 4Life Direct sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, podmioty realizujące na rzecz Podmiotów Danych świadczenia z tytułu umów dodatkowych, wskazanych w polisie (jeżeli taką opcję wybrał ubezpieczający), a także podmioty świadczące na rzecz Administratora Danych usługi w zakresie obsługi IT oraz związane z weryfikacją praw do świadczeń, przysługujących Podmiotom Danych na podstawie umowy ubezpieczenia.

9. Dane osobowe Podmiotów Danych mogą podlegać przekazaniu do państw trzecich (spoza

Europejskiego Obszaru Gospodarczego), wśród nich takich, co do których Komisja Europejska nie wydała decyzji o stwierdzeniu lub braku odpowiedniego stopnia ochrony danych osobowych. W takich przypadkach dane będą przekazywane zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa z zapewnieniem odpowiednich zabezpieczeń, na podstawie standardowych klauzul ochrony danych przyjętych przez Komisję Europejską. Podmiot Danych może uzyskać kopię danych osobowych przekazywanych do państwa trzeciego.

10. Dane osobowe Podmiotów Danych będą przetwarzane przez czas niezbędny do realizacji umowy ubezpieczenia, a po tym okresie dla celów i przez czas oraz w zakresie wymaganym przez powszechnie obowiązujące przepisy prawa, lub dla zabezpieczenia ewentualnych roszczeń.

11. Dane Podmiotów Danych uważane są za tajemnicę ubezpieczenia. Tajemnica ubezpieczenia oznacza wszelkie dane – inne niż informacje poufne – będące w posiadaniu Administratorów Danych, dotyczące osobistych okoliczności lub sytuacji finansowej (lub spraw biznesowych) klientów (w tym zgłaszających roszczenia), oraz umów klientów z ubezpieczycielem. Klient, dla celów niniejszego ustępu, oznacza ubezpieczającego i ubezpieczonego, beneficjenta, jakkolwiek inną osobę, która składa ofertę zawarcia umowy ubezpieczycielowi i która jest uprawniona do otrzymania świadczenia od ubezpieczyciela.

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*.
4. Ogólne Warunki Ubezpieczenia, polisa i wniosek ubezpieczeniowy składają się na umowę i stanowią podstawę do ustalenia warunków udzielanej przez *ubezpieczyciela* ochrony ubezpieczeniowej.
5. Opodatkowanie *świadczeń* wypłacanych z tytułu *umowy* regulują przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.
6. Polisa nie posiada wartości wykupu.
7. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie właściwe przepisy prawa polskiego.
8. 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.

ND/OWU/v4/15.11.2018



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