

ANEKS DO UMOWY UBEZPIECZENIA

Uchwałą z dnia 14 maja 2020r. Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited wprowadza się następujące zmiany w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków (dalej zwane „OWU”):

1. Tytuł otrzymuje nowe następujące brzmienie „OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I OD NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW”.
2. § 1 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie i od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków, przyjęte w dniu 13 lutego 2019 r. przez Zarząd Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited, zwane dalej OWU, stosuje się do umów zawieranych od 25 marca 2019 r”.
3. W § 2 punkty od 21 do 29 otrzymują odpowiednio nową numerację od 22 do 30.
4. Z zastrzeżeniem poprzedzającego postanowienia Aneksu, w § 2 dodaje się nowy punkt 21 o następującym brzmieniu „uposażony – osobę fizyczną lub prawną wskazaną przez ubezpieczającego za zgodą ubezpieczonego jako uprawnioną do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego”.
5. § 3 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego oraz uszkodzenie ciała ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku”.
6. § 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”.
7. 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”.
8. Tytuły oraz paragrafy do nich przypisane począwszy od § 6 (SKŁADKI) do § 13 (POSTANOWIENIA KOŃCOWE) otrzymują odpowiednio nową numerację od § 7 do § 14.
9. 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”.
10. W związku z powyższą zmianą numeracji następujące postanowienia OWU otrzymują brzmienie:
 - a) § 2 pkt 4 „hospitalizacja – całodobowy pobyt w szpitalu wynikający z uszkodzenia ciała, zgodnie z Tabelą Świadczeń §9 ust. 9, będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku włącznie z dniem przyjęcia. Hospitalizacja powinna mieć miejsce w terminie 30 dni od daty nieszczęśliwego wypadku i służyć przywracaniu lub poprawie zdrowia u ubezpieczonego 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 ust. 4 i 5 oraz §7 ust. 2, z dniem ukończenia przez ubezpieczonego 80 roku życia z zastrzeżeniem §5 ust. 8, lub z datą wypłacenia sumy ubezpieczenia zgodnie z §5 ust. 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 29, 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 ust. 8”.
 - f) § 9 ust. 5 „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 ust. 4”.
11. § 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”.
12. § 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”.
13. § 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”.
14. § 11 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Obowiązek wypłaty świadczenia nie zachodzi, jeśli śmierć, uszkodzenie ciała lub hospitalizacja 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 jądowej, skażenia chemicznego, w tym zatrucia substancjami stałymi, cieczami, oparami lub gazami trującymi”.

15. § 11 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie „ Obowiązek wypłaty świadczenia nie zachodzi, jeśli uszkodzenie ciała lub hospitalizacja ubezpieczonego nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń: a) stresu pourazowego; b) jakiejkolwiek 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”.
16. § 11 ust. 5 otrzymuje nowe następujące brzmienie „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”.
17. Poniżej przyjmuje się jednolity tekst OWU uwzględniający wszystkie powyższe zmiany.

SKOROWIDZ

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I OD NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

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

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie i od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków, przyjęte w dniu 13 lutego 2019 r. przez Zarząd Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited, zwane dalej OWU, stosuje się do umów zawieranych od 25 marca 2019 r.

2. Zmiany OWU mogą nastąpić tylko w przypadku zmiany prawa lub na skutek wytycznych organów administracji. Wszelkie zmiany OWU wymagają formy pisemnej oraz ich doręczenia drugiej stronie umowy.

3. Umowa ubezpieczenia do której zastosowanie mają OWU może zostać zawarta zarówno poprzez złożenie pisemnego wniosku jak i przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość z zachowaniem obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa.

DEFINICJE

§ 2

Określenia użyte w niniejszych OWU oznaczają:

1. **4Life Direct** – 4Life Direct sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, pod adresem ul. Chmielna 132/134, 00-805 Warszawa, będącą agentem ubezpieczeniowym działającym na rzecz ubezpieczyciela, wpisanym do rejestru

pośredników ubezpieczeniowych pod numerem 11185495/A;

2. **choroba** – reakcję organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadzącą do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, będącą podstawą diagnozy lekarskiej, 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. **hospitalizacja** – całodobowy pobyt w szpitalu wynikający z uszkodzenia ciała, zgodnie z Tabelą Świadczeń §9 ust. 9, będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku włącznie z dniem przyjęcia. Hospitalizacja powinna mieć miejsce w terminie 30 dni od daty nieszczęśliwego wypadku i służyć przywracaniu lub poprawie zdrowia u ubezpieczonego na zlecenie lekarza. Hospitalizacja w rozumieniu niniejszych OWU nie obejmuje dnia, w którym ubezpieczony został wypisany ze szpitala;

5. **lekarz** – osobę posiadającą właściwe kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych, potwierdzone wymaganymi przez prawo Rzeczypospolitej Polskiej dokumentami;

6. **nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli i istniejącego stanu zdrowia ubezpieczonego gwałtowne i nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło po dacie rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela wskazanej w polisie, prowadzące do fizycznego uszkodzenia ciała ubezpieczonego. Zawał serca, udar mózgu, wylew krwi do mózgu, następstwa zdrowotne dźwignięcia czy długotrwałego lub nadmiernego wysiłku fizycznego nie są uznawane za nieszczęśliwy wypadek;

7. **paraplegia** – całkowite, trwałe i nieodwracalne porażenie dwukończynowe obejmujące nogi;

8. **pasażer** – osoba podróżująca z ważnym biletem uprawniającym do korzystania z publicznego środka transportu u licencjonowanego przewoźnika;

9. **polisa** – dokument wystawiony w imieniu ubezpieczyciela 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. **suma ubezpieczenia** – kwotę wskazaną w aktualnej polisie wypłacaną według zasad określonych w umowie;
12. **świadczenie** – kwotę należną ubezpieczonemu wypłacaną zgodnie z ogólnymi warunkami umowy ubezpieczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
13. **szpital** – zakład opieki zdrowotnej będący w rozumieniu obowiązujących przepisów zakładem lecznictwa zamkniętego lub zakładem udzielającym całodobowo świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym pomieszczeniu, zatrudniający w pełnym wymiarze godzin profesjonalny i wykwalifikowany personel medyczny, zlokalizowany na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, z wyłączeniem zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, sanatoriów, prewentoriów, hospicjów, ośrodków leczniczych i uzdrowiskowych, spa, wodolecznictwa, placówek leczenia odwykowego, domów opieki dla rekonwalescentów i osób starszych, klinik i placówek leczenia schorzeń psychiatrycznych, nawet jeśli formalnie są według prawa polskiego „szpitalami”;

14. **tetraplegia** – całkowity, trwały i nieodwracalny niedowład czterokończynowy uniemożliwiający korzystanie z funkcji wszystkich kończyn;
15. **trwałe kalectwo** – uszkodzenie ciała ubezpieczonego, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku który miał miejsce w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, które spowodowało trwałą i całkowitą niezdolność do pracy w jakimkolwiek zawodzie oraz do samodzielnej egzystencji na stałe. Niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji powinna być potwierdzona orzeczeniem wydanym przez lekarza orzecznika ZUS, KRUS lub inny podmiot uprawniony do orzekania w tym zakresie;
16. **trwałe uszkodzenie mózgu** – śmierć tkanki mózgowej której skutkiem jest stały i nieodwracalny deficyt neurologiczny;
17. **ubezpieczający** – osobę fizyczną zawierającą z ubezpieczycielem umowę; osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą zawierają umowę poza zakresem tej działalności;
18. **ubezpieczony** – osobę fizyczną wymienioną w polisie, na rzecz której zawarto umowę;
19. **ubezpieczyciel** – Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited z siedzibą przy Level 3, Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltar. 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;

20. **umowa** – umowę ubezpieczenia zawartą na podstawie wniosku oraz OWU;
21. **uposażony** – osobę fizyczną lub prawną wskazaną przez ubezpieczającego za zgodą ubezpieczonego jako uprawnioną do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego;
22. **uszkodzenie ciała** – fizyczne uszkodzenie ciała doznane przez ubezpieczonego wymienione w Tabeli Świadczeń (niepełnosprawność i złamanie) wskutek nieszczęśliwego wypadku, wymagające porady lekarskiej, leczenia, opieki lub hospitalizacji;
23. **utrata funkcji kończyn(y)** – całkowita, stała i nieodwracalna fizyczna utrata kończyn(y) (amputacja urazowa) lub jej funkcji powyżej nadgarstka lub stawu skokowego. Amputacja kończyny będąca następstwem leczenia i powikłań chorób nie jest w rozumieniu OWU amputacją urazową.
24. **utrata mowy** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata zdolności mówienia;

25. **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;
26. **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;
27. **wniosek** – wniosek ubezpieczeniowy o zawarcie umowy ubezpieczenia sporządzony w formie pisemnej lub przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość;
28. **wnioskodawca** - osoba występująca z roszczeniem;
29. **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;
30. **złamanie** – przerwanie ciągłości kości wskutek *nieszczęśliwego wypadku* potwierdzone badaniami diagnostycznymi. Złamania wieloodłamowe tej samej kości traktowane są jako jedno złamanie. Za złamanie w rozumieniu niniejszych OWU nie uznaje się złamań w miejscu zmian patologicznych w

obrębie kości lub złamań, które były spowodowane chorobą tkanki kostnej. Złamanie odnosi się do następujących kategorii złamań:

- a) **czaszka** – kości głowy: tj. skroniowa, czołowa, ciemieniowa, potyliczna, klinowa i sitowa z wyłączeniem kości twarzy i nosa;
- b) **kości miednicy** – kość biodrowa, kulszowa i łonowa z wyłączeniem kości krzyżowej i guzicznej;
- c) **kręgosłup** – kości kręgosłupa, w tym kość krzyżowa i guziczna;
- d) **łopatka** – kość łącząca kość ramienną z obojczykiem;
- e) **noga** – kość udowa, piszczelowa, strzałkowa i pięta z wyłączeniem kości stępu, śródstopia i palców
- f) **obojczyk** – kość łącząca łopatkę i mostek;
- g) **ramię** – kość ramienna, łokciowa oraz promieniowa z wyłączeniem kości nadgarstka i śródrezcza i palców

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*.
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.

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* zaakceptował *wniosek* i na dowód zawarcia *umowy* wystawił oraz doręczył Ubezpieczającemu *polisę*.
2. *Ubezpieczyciel* zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia *umowy* lub zaproponowania zmiany jej warunków zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

3. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek (na rachunek ubezpieczonego). W takim przypadku ubezpieczający zobowiązany jest do uzyskania zgody ubezpieczonego na objęcie ochroną ubezpieczeniową oraz na sumę ubezpieczenia.
4. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, ubezpieczony może żądać by 4Life Direct, działający w imieniu ubezpieczyciela, udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego.

OBOWIĄZYWANIE UMOWY

§ 5

1. Umowa zaczyna obowiązywać w dniu wskazanym w *polisie*.
2. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy w terminie 30 dni od daty rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia *umowy ubezpieczyciel* nie poinformował *ubezpieczającego* będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym *ubezpieczający* będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. W przypadku odstąpienia od umowy przez ubezpieczającego, ubezpieczyciel zwraca ubezpieczającemu wpłacone składki.
3. Umowa zostaje zawarta na okres 5 lat od daty rozpoczęcia odpowiedzialności wskazanej w *polisie*. *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 ust. 4 i 5 oraz §7 ust. 2, z dniem ukończenia przez ubezpieczonego 80 roku życia z zastrzeżeniem §5 ust. 8, lub z datą wypłacenia sumy ubezpieczenia zgodnie z §5 ust. 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 29, 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 ust. 8.

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. Jeżeli pomimo uprzedniego wezwania wystosowanego przez *ubezpiezyciela*, *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 *ubezpiezyciela* ustaje.
3. 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* z tytułu uszkodzenia ciała uzależniona jest od wysokości wybranej sumy ubezpieczenia i rodzaju *uszkodzenia ciała ubezpieczonego* zgodnie z Tabelą Świadczeń.
3. Świadczenie z tytułu hospitalizacji będzie wypłacone tylko w przypadku gdy hospitalizacja związana z uszkodzeniem ciała rozpocznie się w ciągu 30 dni od daty nieszczęśliwego wypadku i będzie trwała nieprzerwanie co najmniej 14 dni zgodnie z Tabelą Świadczeń). Tylko jedno świadczenie zostanie wypłacone za hospitalizację związaną z uszkodzeniem ciała wskutek tego samego nieszczęśliwego wypadku.
4. Wysokość *świadczenia* o którym mowa w ust. 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 8.
5. 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 ust. 4.

6. 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.
7. Ubezpieczyciel wypłaci jedno świadczenie za każdą kategorię złamania (niezależnie od liczby i rodzaju złamanych kości) w każdym 5-letnim okresie trwania umowy z zastrzeżeniem że świadczenie będzie należne za złamanie prawej i lewej nogi, ramienia, łopatki lub obojczyka.
8. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do każdego ubezpieczonego za wyjątkiem ust. 4.
9. 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. Złamanie	11. kości miednicy	50%
	11.1 nogi, czaszki, , kręgosłupa, łopatki, obojczyka, ramienia.	10%
C. Hospitalizacja	12. Świadczenie za 14 dni nieprzerwanej	5%

	hospitalizacji będącej wynikiem uszkodzenia ciała zgodnie z punktem A i B Tabeli Świadczeń	
--	--	--

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. Wnioskodawca zgłaszający roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązany jest złożyć następujące dokumenty:
 - a) wypełniony i podpisany wniosek o wypłatę świadczenia
 - b) wypełniony wniosek – oświadczenie lekarza;
 - c) kopię dokumentu tożsamości wnioskodawcy;
 - d) kartę informacyjną leczenia szpitalnego;
 - e) dokumentację medyczną potwierdzającą uraz w tym wyniki badania RTG, płyty CD;
 - f) kopię protokołu powypadkowego BHP /policji lub prokuratury) potwierdzającego

zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony;

g) w przypadku trwałego kalectwa – orzeczenie ZUS, KRUS lub innego podmiotu

uprawnionego do orzekania potwierdzające całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji na stałe

4. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w punkcie 3 powyżej okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia, Ubezpieczyciel za pośrednictwem 4Life Direct może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
5. *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.
6. 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.
7. Występujący z roszczeniem jest zobowiązany do podania wszystkich informacji zgodnie ze stanem faktycznym.
8. *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, uszkodzenie ciała lub hospitalizacja 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 lub hospitalizacja *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 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. Tajemnicą 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 wnioski ubezpieczeniowe 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.

NX/OWU/v2/25.03.2019



James Clayton-Wright

Menedżer ds. Underwritingu Ubezpieczeń

*Red Sands Life Assurance Company (Europe)
Limited*