

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	§ 8
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 NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW
„DLA LOJALNYCH KLIENTÓW”
01.06.2020



POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

- Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie i od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków „Dla Lojalnych Klientów”, przyjęte w dniu 14 maja 2020 przez Zarząd Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited, zwane dalej „OWU”, stosuje się do umów zawieranych od 1 czerwca 2020 r.
- Zmiany OWU mogą nastąpić tylko w przypadku zmiany prawa lub na skutek wytycznych właściwych organów nadzoru i administracji. Wszelkie zmiany OWU wymagają formy pisemnej oraz ich doręczenia drugiej stronie umowy.
- 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:

- 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;
- hospitalizacja** – całonocny pobyt w szpitalu wynikający z uszkodzenia ciała, zgodnie z Tabelą Świadczeń § 8 punkt 10, będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku

włącznie z dniem przyjęcia. Hospitalizacja powinna mieć miejsce w terminie 30 dni od daty nieszczęśliwego wypadku i ma służyć przywracaniu lub poprawie zdrowia u ubezpieczonego po zajściu nieszczęśliwego wypadku na zlecenie lekarza. Hospitalizacja w rozumieniu niniejszych OWU nie obejmuje dnia, w którym ubezpieczony został wypisany ze szpitala;

- lekarz** – osobę posiadającą właściwe kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych, potwierdzone wymaganymi przez prawo Rzeczypospolitej Polskiej dokumentami;
- 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;
- paraplegia** – całkowite, trwałe i nieodwracalne porażenie dwukończynowe obejmujące nogi;
- pasażer** – osoba podróżująca z ważnym biletem uprawniającym do korzystania z publicznego środka transportu u licencjonowanego przewoźnika;
- polisa** – dokument wystawiony w imieniu ubezpieczyciela przez 4Life Direct potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 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;
- suma ubezpieczenia** – kwotę wskazaną w aktualnej polisie wypłacaną według zasad określonych w umowie;
- świadczenie** – kwotę należną ubezpieczonemu lub uposażonemu wypłacaną zgodnie z ogólnymi warunkami umowy ubezpieczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- szpital** – zakład opieki zdrowotnej będący w rozumieniu obowiązujących przepisów zakładem lecznictwa zamkniętego lub zakładem udzielającym całonocowo świadczeń zdrowotnych w odpowiednim stałym

- pomieszczeniu, zatrudniający w pełnym wymiarze godzin profesjonalny i wykwalifikowany personel medyczny, zlokalizowany na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, z wyłączeniem zakładów opiekuńczo-leczniczych, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, sanatoriów, prewentoriów, hospicjów, ośrodków leczniczych i uzdrowiskowych, spa, wodolecznictwa, placówek leczenia odwykowego, domów opieki dla rekonwalescentów i osób starszych, klinik i placówek leczenia schorzeń psychiatrycznych, nawet jeśli formalnie są według prawa polskiego „szpitalami”;
15. **tetraplegia** – całkowity, trwały i nieodwracalny niedowład cztero kończynowy uniemożliwiający korzystanie z funkcji wszystkich kończyn;
 16. **trwałe kalectwo** – uszkodzenie ciała ubezpieczonego, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku 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;
 17. **trwałe uszkodzenie mózgu** – śmierć tkanki mózgowej której skutkiem jest stały i nieodwracalny deficyt neurologiczny;
 18. **ubezpieczający** – osobę fizyczną zawierającą z ubezpieczycielem umowę; osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą zawierają umowę poza zakresem tej działalności;
 19. **ubezpieczony** – osobę fizyczną wymienioną w polisie, na rzecz której zawarto umowę; której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia;
 20. **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;
 21. **umowa** – umowę ubezpieczenia zawartą na podstawie wniosku oraz OWU;
 22. **uposażony** – osobę fizyczną lub prawną wskazaną przez ubezpieczającego za zgodą ubezpieczonego jako uprawnioną do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego;
 23. **uszkodzenie ciała** – fizyczne uszkodzenie ciała doznane przez ubezpieczonego wymienione w Tabeli Świadczeń (niepełnosprawność i złamanie) wskutek nieszczęśliwego wypadku, wymagające porady lekarskiej, leczenia, opieki lub hospitalizacji;
 24. **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;
 25. **utrata mowy** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata zdolności mówienia;
 26. **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;
 27. **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;
 28. **wniosek** – wniosek ubezpieczeniowy o zawarcie umowy ubezpieczenia sporządzony w formie pisemnej lub przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość;
 29. **wnioskodawca** – osoba występująca z roszczeniem.
 30. **współmałżonek** – osobę wskazaną w polisie, z którą w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie, ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim albo w partnerskim związku nieformalnym (konkubincie) i prowadzi wspólne gospodarstwo domowe z ubezpieczonym, przy czym obie osoby w tym związku są stanu wolnego;
 31. **złamanie** – przerwanie ciągłości kości wskutek nieszczęśliwego wypadku potwierdzone badaniami diagnostycznymi. Złamania wieloodłamowe tej samej kości traktowane są jako jedno załamanie. 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.
 32. **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”;
 33. **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 i uszkodzenie ciała ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku.
 2. Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- a) śmierć ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy oraz;
 - b) uszkodzenie ciała ubezpieczonego 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. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek (na rachunek ubezpieczonego). W takim przypadku ubezpieczający zobowiązany jest do uzyskania zgody ubezpieczonego na objęcie ochroną ubezpieczeniową oraz na sumę ubezpieczenia.
5. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, ubezpieczony może żądać by 4Life Direct, działający w imieniu Ubezpieczyciela, udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego.

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.

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 § 6 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.
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 i 5 oraz § 6 punkt 2, z dniem ukończenia przez ubezpieczonego 80 roku życia z zastrzeżeniem § 5 punkt 8, lub z datą wypłacenia sumy ubezpieczenia zgodnie z § 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 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 § 8 punkt 9.

SKŁADKI

§ 6

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 płacić 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

§ 7

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. Zmiana umowy na niekorzyść ubezpieczonego wymaga zgody tego ubezpieczonego.
3. Na dowód, że ubezpieczyciel pozytywnie zweryfikował wniosek o zmianę umowy dostarczy ubezpieczającemu nową polisę na potwierdzenie dokonania zmiany.

ŚWIADCZENIA

§ 8

1. W przypadku śmierci ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej na polisie.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie za uszkodzenie ciała w przypadku gdy ubezpieczony przeżyje okres co najmniej 14 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
3. Wysokość świadczenia z tytułu uszkodzenia ciała uzależniona jest od wysokości wybranej sumy ubezpieczenia i rodzaju uszkodzenia ciała ubezpieczonego zgodnie z Tabelą Świadczeń.
4. 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.
5. Wysokość świadczenia o którym mowa w punktach 3 i 4 powyżej ulega podwojeniu w przypadku wystąpienia u ubezpieczonego uszkodzenia ciała w trakcie podróży pod warunkiem że ubezpieczony spełnia definicję pasażera zgodnie z § 2 punkt 9.
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.
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. 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.
9. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do każdego ubezpieczonego za wyjątkiem § 8 punkt 5.

10. 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 hospitalizacji będącej wynikiem uszkodzenia ciała zgodnie z punktem A i B Tabeli Świadczeń	5%

UPOSAŻONY

§ 9

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 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.

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 10

1. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego 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.
2. Obowiązek wypłaty świadczenia z tytułu uszkodzenia ciała powstaje gdy w okresie obowiązywania umowy ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała wskutek nieszczęśliwego wypadku.

3. W celu rozpoczęcia procedury wypłaty świadczenia, wnioskodawca powinien skontaktować się z ubezpieczycielem za pośrednictwem 4Life Direct.
4. 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;
 - h) oryginał aktu zgonu lub kopia aktu zgonu potwierdzona za zgodność z oryginałem – w przypadku śmierci ubezpieczonego;
 - i) kartę zgonu lub inny dokument potwierdzający przyczynę śmierci ubezpieczonego.
5. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w punkcie 4 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.
6. 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.
7. 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.
8. Występujący z roszczeniem jest zobowiązany do podania wszystkich informacji zgodnie ze stanem faktycznym.
9. 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 z tytułu uszkodzenia ciała nie zachodzi, jeśli roszczenie ubezpieczonego nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń:
 - a) stresu pourazowego;
 - b) jakiegokolwiek choroby nie będącej zgodnie z wiedzą medyczną następstwem nieszczęśliwego wypadku;
 - c) ciąży ubezpieczonego;
 - d) 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 i terroryzmu;
 - e) hospitalizacji spowodowanej rutynowymi lub innymi badaniami, które nie są bezpośrednio wynikiem choroby lub nieszczęśliwego wypadku;
 - f) wynikających z choroby istniejącej;
 - g) jakichkolwiek aktów łamania przez ubezpieczonego obowiązującego prawa;
 - h) złamań w miejscu zmian patologicznych w obrębie kości lub złamań które były spowodowane chorobą tkanki kostnej
 - i) kosmetycznych zabiegów stomatologicznych;
 - j) pobytów w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, sanatoriach, prewentoriach, hospicjach, ośrodkach leczniczych i uzdrowiskowych, spa, wodolecznictwa lub w miejscach odbywania kwarantanny;
 - k) ponownego przyjęcia do szpitala z tej samej lub powiązanej przyczyny;
 - l) pozostawaniem przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub leków, upośledzających rozumowanie z wyjątkiem leków przepisanych przez uprawnionego lekarza;
 - m) 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);
 - n) wynikających z promieniowania, skażenia promieniotwórczego, reakcji jądrowej, skażenia chemicznego, w tym z zatrucia substancjami stałymi, cieczami, oparami lub gazami trującymi;
 - o) uprawiania wspinaczki górskiej i jaskiniowej, nurkowania, skoków spadochronowych, skoków na bungee, lotniarstwa, sportów zimowych, wodnych lub motorowych, rekreacyjnie uprawianych sportów walki oraz każdego sportu uprawianego zawodowo;
 - p) uszkodzenia ciała powstałego w wyniku aktywnej służby lub szkolenia w formacji wojskowej, obrony cywilnej, policji, agencji ochrony osób i mienia lub każdej innej formacji o charakterze militarnym lub paramilitarnym;
 - q) uszkodzenia ciała powstałego w wyniku samookaleczenia lub próby samobójczej;
 - r) 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;
 - s) zabiegów chirurgii plastycznej, kosmetycznej, niepłodności, otyłości, zabiegów sztucznego zapłodnienia lub zabiegów wynikających z wyboru ubezpieczonego, chyba że są wynikiem obrażeń doznanych w nieszczęśliwym wypadku.
2. Hospitalizacją nie jest, w rozumieniu niniejszych OWU, pobyt w szpitalu w celach rehabilitacyjnych.
 3. Wypłata świadczenia nie przysługuje, jeżeli ubezpieczony umrze w ciągu 14 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
 4. Obowiązek wypłaty świadczenia nie zachodzi jeśli śmierć ubezpieczonego nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń:
 - a) pozostawaniem przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub leków upośledzających

- rozumowanie z wyjątkiem leków przepisanych przez uprawnionego lekarza;
- b) czynnego udziału ubezpieczonego w przestępstwie (w tym usiłowaniu popełnienia przestępstwa);
 - c) w wyniku działań wojennych (wypowiedzianych lub nie) i terroryzmu;
 - d) jeśli w ciągu 24 miesięcy od daty rozpoczęcia odpowiedzialności z powyższej umowy śmierć ubezpieczonego nastąpi w wyniku samobójstwa, w tym samookaleczenia.
5. Świadczenie nie przysługuje osobie która umyślnie przyczyniła się do uszkodzenia ciała lub hospitalizacji w wyniku uszkodzenia ciała ubezpieczonego.

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. Podmiot 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,

jakąkolwiek 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.

NE/OWU/v3/01.06.2020



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