

SKOROWIDZ
OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
„UBEZPIECZENIE OD NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW”

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	§ 9 § 10

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
„UBEZPIECZENIE OD NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW”
01.10.2020



POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki „Grupowego Ubezpieczenia od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków” przyjęte w dniu 16 września 2020 r. przez Zarząd Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited, zwane dalej „OWU”, stosuje się do umowy grupowego ubezpieczenia zawartej pomiędzy Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited a 4Life Direct Sp. z o.o. jako ubezpieczającym zawieranych od 1 października 2020 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 do zawarcia umowy ubezpieczenia 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;
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. **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. Zawał serca, udar mózgu, wylew krwi do mózgu nie są uznawane za nieszczęśliwy wypadek.

Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się także następstw zdrowotnych dźwignięcia, długotrwałego lub nadmiernego wysiłku fizycznego;

5. **paraplegia** – całkowite, trwałe i nieodwracalne porażenie dwukończynowe obejmujące nogi;
6. **polisa** – dokument wystawiony w imieniu ubezpieczyciela przez 4Life Direct potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
7. **składka** – kwotę należną z tytułu umowy;
8. **suma ubezpieczenia** – kwotę wskazaną w aktualnej polisie wypłacaną według zasad określonych w umowie;
9. **świadczenie** – kwotę należną ubezpieczonemu w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, wypłacaną według zasad określonych w umowie;
10. **tetraplegia** – całkowity, trwały i nieodwracalny niedowład cztero kończynowy uniemożliwiający korzystanie z funkcji wszystkich kończyn;
11. **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. 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;
12. **trwałe uszkodzenie mózgu** – śmierć tkanki mózgowej w wyniku stałego i nieodwracalnego deficytu neurologicznego;
13. **ubezpieczający** – 4Life Direct;
14. **ubezpieczony** – osobę fizyczną wymienioną w polisie, na rzecz której zawarto umowę;
15. **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;
16. **umowa** – umowę ubezpieczenia zawartą na podstawie wniosku oraz OWU;

17. **uszkodzenie ciała** – fizyczne uszkodzenie ciała doznane przez ubezpieczonego wymienione w Tabeli Świadczeń w wyniku nieszczęśliwego wypadku, wymagające porady lekarskiej, leczenia, opieki lub hospitalizacji;
18. **utrata funkcji kończyn(y)** – całkowita, stała i nieodwracalna fizyczna utrata kończyn (amputacja urazowa) lub jej funkcji powyżej nadgarstka lub stawu skokowego. Amputacja kończyn będąca następstwem leczenia i powikłań chorób nie jest w rozumieniu OWU amputacją urazową.
19. **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;
20. **wnioskodawca** – osoba występująca z roszczeniem.
21. **wniosek** – wniosek ubezpieczeniowy o zawarcie umowy;
22. **współmałżonek** – osobę wskazaną w polisie, z którą w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie, ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim albo w partnerskim związku nieformalnym (konkubincji) i prowadzi wspólne gospodarstwo domowe z ubezpieczonym, przy czym obie osoby w tym związku są stanu wolnego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest uszkodzenie ciała ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje 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 ubezpieczony ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 71 lat;
 - b) 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.

OBOWIĄZYWANIE UMOWY

§ 5

1. Umowa zaczyna obowiązywać w dniu wskazanym w polisie.
2. Ubezpieczony ma prawo odstąpienia od umowy w terminie 30 dni od daty rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela.
3. Umowa zostaje zawarta na okres 1 roku od daty rozpoczęcia odpowiedzialności wskazanej w polisie.
4. Ubezpieczony ma prawo do wypowiedzenia umowy w każdym czasie.
5. Umowa kończy się po roku zgodnie z § 5 punkt 3, w dniu śmierci ubezpieczonego, z datą wypowiedzenia umowy zgodnie z § 5 punkt 4, lub § 6 punkt 3 w zależności które z tych zdarzeń będzie pierwsze.

WARIANTY

§ 6

1. Jeżeli umowa została zawarta w wariantcie ze współmałżonkiem, po śmierci jednego ze współmałżonków umowa nie wygasa, a drugi ze współmałżonków może kontynuować umowę. W takim przypadku wariant małżeński zmieniany jest na wariant indywidualny z dotychczasową wysokością sumy ubezpieczenia.
2. Jeżeli umowa została zawarta w wariantcie ze współmałżonkiem, po ustaniu związku małżeńskiego lub nieformalnego, o których mowa w § 2 punkt 22, 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.
3. Umowa kończy się z datą kiedy ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe sumie ubezpieczenia.

SKŁADKI

§ 7

1. Składki są płatne przez ubezpieczającego.

ŚWIADCZENIA

§ 8

1. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w przypadku, gdy ubezpieczony przeżyje okres co najmniej 14 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia jest wskazana w polisie ubezpieczeniowej.
3. W przypadku trwałego kalectwa, tetraplegii, paraplegii czy trwałego uszkodzenia mózgu jeżeli istnieją wątpliwości co do stopnia uszkodzenia ciała ubezpieczonego, który jest niezbędny do wyliczenia 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 § 9 punkt 5.
4. 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.
5. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do każdego ubezpieczonego.
6. 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%

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 9

1. Obowiązek wypłaty świadczenia powstaje gdy w okresie obowiązywania umowy ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

2. W celu rozpoczęcia procedury wypłaty świadczenia, osoba występująca z roszczeniem powinna skontaktować się z ubezpieczycielem za pośrednictwem 4Life Direct.
3. Wnioskodawca zgłaszający roszczenie o wypłatę świadczenia zobowiązany jest złożyć następujące dokumenty:
 - a) wypełniony wniosek – oświadczenie lekarza;
 - b) kopię dokumentu tożsamość wnioskodawcy potwierdzoną za zgodność z oryginałem;
 - c) karta informacyjna leczenia szpitalnego;
 - d) dokumentacja medyczna potwierdzająca uraz w tym RTG, płyty CD;
 - e) kserokopię protokołu powypadkowego (z komisji BHP/policji lub prokuratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony;
 - f) w przypadku trwałego kalectwa – orzeczenie ZUS, KRUS lub innego podmiotu uprawnionego do orzekania potwierdzające całkowitą niezdolność do pracy.
4. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w punkcie 3 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, ubezpieczyciel za pośrednictwem 4Life Direct może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
5. Odpowiednie kwoty świadczeń będą wypłacone w terminie 7 dni roboczych od daty dostarczenia do 4Life Direct kompletu dokumentów o których mowa w § 9 punkt 3 i 4. Termin wypłaty świadczeń nie przekroczy terminów do wypłaty określonych przepisami prawa.
6. Wnioskodawca jest zobowiązany do podania wszystkich informacji zgodnie ze stanem faktycznym.
7. 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

§ 10

1. Obowiązek wypłaty świadczenia nie zachodzi, jeśli roszczenie ubezpieczonego nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń:
 - a) stresu pourazowego;
 - b) jakiegokolwiek choroby nie będącej 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) kosmetycznych zabiegów stomatologicznych;
 - i) pobyków w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, sanatoriach, prewentoriach, hospicjach, ośrodkach leczniczych i uzdrowiskowych, spa,

- wodolecznictwa lub w miejscach odbywania kwarantanny;
 - j) ponownego przyjęcia do szpitala z tej samej lub powiązanej przyczyny w okresie 12 miesięcy;
 - k) pozostawaniem przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub leków, upośledzających rozumowanie z wyjątkiem leków przepisanych przez uprawnionego lekarza;
 - l) prowadzenia niebezpiecznej działalności zawodowej i gospodarczej polegającej na wykonywaniu pracy i czynności pod wodą i pod ziemią na głębokości poniżej 40 metrów, pracy i czynności z materiałami wybuchowymi, pracy i czynności na wysokości powyżej 20 metrów (inne niż praca biurowa);
 - m) przypadków hospitalizacji, gdy ubezpieczony nie zostanie skierowany na nią przez uprawnionego lekarza;
 - n) schorzeń 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. Wypłata świadczenia nie przysługuje, jeżeli ubezpieczony umrze w ciągu 14 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
 3. Świadczenie nie przysługuje osobie która umyślnie przyczyniła się do uszkodzenia ciała ubezpieczonego.

SKARGI I ZAŻALENIA

§ 11

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

§ 12

1. Dane osobowe 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, uposażonego, jakkolwiek inną osobę, która składa ofertę zawarcia umowy ubezpieczycielowi i która jest uprawniona do otrzymania świadczenia od ubezpieczyciela.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 13

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 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 ma obowiązek informowania ubezpieczyciela za pośrednictwem 4Life Direct o każdej zmianie danych kontaktowych podanych we wniosku.
4. Ogólne Warunki Ubezpieczenia, polisa i wniosek 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 ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

NX/b/OWU/v2/01.10.2020



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