

ANEKS DO UMOWY UBEZPIECZENIA

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

1. Tytuł otrzymuje nowe następujące brzmienie „OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ORAZ NA WYPADEK SPECJALISTYCZNEGO LECZENIA “POWAŻNE ZACHOROWANIA”.
2. § 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie oraz na Wypadek Specjalistycznego Leczenia “Poważne Zachorowania”, zwane dalej „OWU”, przyjęte w dniu 25 listopada 2016 r. przez Zarząd Red Sands Insurance Company (Europe) Limited, dalej zwane jako OWU, mają zastosowanie do *umów* zawieranych od wyżej wymienionej daty. 2. Zmiany OWU mogą nastąpić tylko w przypadku zmiany prawa, na skutek wytycznych organów administracji i po podjęciu właściwej uchwały Zarządu Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited. Wszelkie zmiany OWU wymagają formy pisemnej oraz ich doręczenia drugiej stronie *umowy*.”
3. § 2 pkt 13 otrzymuje nowe następujące brzmienie „*ubezpieczyciel* – Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited z siedzibą przy Level 3, Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltar”.
4. W § 2 punkty od 15 do 16 otrzymują odpowiednio nową numerację od 16 do 17.
5. Z zastrzeżeniem poprzedzającego postanowienia Aneksu, w § 2 dodaje się nowy punkt 15 o następującym brzmieniu „*uposażony* – osobę fizyczną lub prawną wskazaną przez ubezpieczającego za zgodą ubezpieczonego jako uprawnioną do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego;”
6. § 3 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego”.
7. § 3 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy oraz zastosowanie u ubezpieczonego po raz pierwszy jednej z metod specjalistycznego leczenia w okresie obowiązywania umowy”.
8. 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”.
9. Tytuły oraz paragrafy do nich przypisane począwszy od § 7 (SKŁADKI) do § 14 (POZOSTAŁE POSTANOWIENIA) otrzymują odpowiednio nową numerację od § 8 do § 15.
10. 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”.

11. W związku z powyższą zmianą numeracji następujące postanowienia OWU otrzymują brzmienie:

- a. § 5 ust. 4 „*Umowa zostaje rozwiązana z momentem wypłaty świadczenia w związku z zastosowaniem u ubezpieczonego po raz pierwszy specjalistycznego leczenia lub z datą jej zakończenia zgodnie z §5 ust. 3, lub §6 ust. 1 i 2 lub §8 ust. 2 w zależności które z tych zdarzeń będzie pierwsze*”.
- b. § 6 ust. 3 „Jeżeli umowa została zawarta w wariantcie ze współmałżonkiem, po ustaniu związku małżeńskiego lub nieformalnego, o których mowa w § 2 punkt 17, na wniosek ubezpieczającego i po akceptacji ubezpieczonych, umowa może być kontynuowana w wariantcie ze współmałżonkiem na dotychczasowych warunkach lub w wariantcie indywidualnym dla każdego z ubezpieczonych na warunkach przedstawionych przez ubezpieczyciela”.

12. § 9 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Na dowód, że ubezpieczyciel pozytywnie zweryfikował wniosek o zmianę wysokości świadczenia wskazanego w polisie jako suma ubezpieczenia z tytułu hospitalizacji i suma ubezpieczenia na życie, dostarczy ubezpieczającemu potwierdzenie dokonania zmiany. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej przed zmianą sumy ubezpieczenia konieczne jest uzyskanie zgody ubezpieczonego”.

13. § 10 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „*Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w przypadku śmierci ubezpieczonego oraz w przypadku zastosowania u ubezpieczonego po raz pierwszy jednej z metod specjalistycznego leczenia pod warunkiem, że specjalistyczne leczenie i diagnoza będą miały miejsce: a) po pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dniach od daty rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela i ; b) przed końcem okresu obowiązywania umowy zgodnie z §5 i/lub §6 i ; c) ubezpieczony przeżyje co najmniej 14 (czternaście) dni od daty pierwszego zastosowania u ubezpieczonego jednej z metod specjalistycznego leczenia*”.

14. § 11 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Obowiązek wypłaty świadczenia powstaje w przypadku w śmierci ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy oraz w przypadku pierwszego zastosowania u ubezpieczonego jednej z metod specjalistycznego leczenia w okresie obowiązywania umowy, nie wcześniej jednak niż po pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dniach obowiązywania umowy pod warunkiem: a) że ubezpieczony przeżyje co najmniej 14 (czternaście) dni od daty j zastosowania u ubezpieczonego specjalistycznego leczenia i; b)pierwsza diagnoza będzie miała miejsce po pierwszych 90 dniach od daty rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela”.

15. W § 12 dodaje się nowe następujące postanowienia „3. Obowiązek wypłaty świadczenia nie zachodzi, jeśli śmierć ubezpieczonego nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń: a) chorób lub nieprawidłowości wrodzonych, na które ubezpieczony cierpiał przed rozpoczęciem odpowiedzialności ubezpieczyciela wynikającej z umowy; b) aktywnej służby lub szkolenia w formacji wojskowej, obrony cywilnej, policji, agencji ochrony osób i mienia lub każdej innej formacji o charakterze militarnym lub paramilitarnym; c) działania wroga (w sensie militarnym), wojny (wypowiedzianej lub nie), wojny domowej, strajku, lokautu, zamieszek o charakterze rebelii lub rewolucyjnym, uzurpacji władzy, aktywnego udziału w działaniach militarnych, paramilitarnych lub policyjnych; d) samookaleczenia lub próby samobójczej (niezależnie czy podjętej w pełni władz umysłowych, czy przy ograniczonej poczytalności) z zastrzeżeniem, że wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela trwa w okresie 2 pierwszych lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia; e) uprawiania wspinaczki górskiej i jaskiniowej, nurkowania, skoków spadochronowych, skoków na bungee, lotniarstwa, sportów zimowych, wodnych, lub motorowych, oraz każdego sportu uprawianego zawodowo; f) pozostawaniem pod wpływem alkoholu, narkotyków lub leków z wyjątkiem leków przepisanych przez uprawnionego lekarza; g) używania narkotyków, uzależnienia, psychoterapii, leczenia zaburzeń natury psychiatrycznej; h) jakichkolwiek aktów łamania przez ubezpieczonego obowiązującego prawa; i) wypadków lotniczych z wyłączeniem lotów o charakterze pasażerskim, samolotem dopuszczonym do eksploatacji i z pilotem posiadającym odpowiednie kwalifikacje do jego prowadzenia oraz lotów pomiędzy zarejestrowanymi komercyjnymi portami lotniczymi organizowanymi przez uprawnione linie lotnicze; j) promieniowania,

skażenia promieniotwórczego, reakcji jądrowej, skażenia chemicznego, w tym z zatrucia substancjami stałymi, cieczami, oparami lub gazami trującymi; k) epidemii ogłaszanych oficjalnie przez odpowiednie organy administracji samorządowej lub Ministerstwa Zdrowia; l) prowadzenia niebezpiecznej działalności zawodowej i gospodarczej polegającej na wykonywaniu pracy i czynności pod wodą i pod ziemią na głębokości poniżej 40 metrów, pracy i czynności z materiałami wybuchowymi, pracy i czynności na wysokości powyżej 20 metrów (inne niż praca biurową). 4. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci ubezpieczonego”.

16. W § 14 ust. 3 dodaje się zdania „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„.

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

SKOROWIDZ

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ORAZ NA WYPADEK SPECJALISTYCZNEGO LECZENIA „POWAŻNE ZACHOROWANIA”

Rodzaj informacji/ postanowienia wzorca umownego	Nr zapisu
1. przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 10 i 11
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 12

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ORAZ NA WYPADEK SPECJALISTYCZNEGO LECZENIA "POWAŻNE ZACHOROWANIA"

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie oraz na Wypadek Specjalistycznego Leczenia "Poważne Zachorowania", zwane dalej „OWU”, przyjęte w dniu 25 listopada 2016 r. przez Zarząd Red Sands Insurance Company (Europe) Limited, dalej zwane jako OWU, mają zastosowanie do umów zawieranych od wyżej wymienionej daty.
2. Zmiany OWU mogą nastąpić tylko w przypadku zmiany prawa, na skutek wytycznych organów administracji i po podjęciu właściwej uchwały Zarządu Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited. Wszelkie zmiany OWU wymagają formy pisemnej oraz ich doręczenia drugiej stronie umowy.

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 prowadzony przez Komisję Nadzoru Finansowego pod numerem 11185495/A;
2. *choroba* – reakcję organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, będącą podstawą diagnozy lekarskiej;

3. *diagnoza* – rozpoznanie kliniczne postawione przez lekarza w oparciu o objawy, badanie podmiotowe i/lub wyniki badań potwierdzające istnienie choroby u ubezpieczonego;
4. *specjalistyczne leczenie* – oznacza chemioterapię, radioterapię, pomostowanie aortalno-wieńcowe, wymiana lub naprawa zastawki serca, przeszczep głównych narządów lub stałe dializowanie, wskazane i zdefiniowane w § 9 niniejszych OWU;
5. *stan zdrowia istniejący wcześniej* – wszelkie wcześniejsze objawy lub zmiany w organizmie ubezpieczonego, *zdiagnozowanie chorób skutkujących wymogiem poddania ubezpieczonego specjalistycznemu leczeniu* lub zastosowanie *specjalistycznego leczenia* u ubezpieczonego, które miało miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu zawartej umowy;
6. *lekarz* – osobę posiadającą właściwe kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych, potwierdzone wymaganymi przez prawo Rzeczypospolitej Polskiej dokumentami;
7. *polisa* – dokument wystawiony w imieniu ubezpieczyciela przez 4Life Direct potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
8. *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;
9. *suma ubezpieczenia* – kwotę wskazaną w aktualnej polisie wypłacaną według zasad

określonych w umowie;

10. *świadczenie* – kwotę należną ubezpieczonemu zgodnie z ogólnymi warunkami umowy ubezpieczenia;
11. *ubezpieczający* – osobę fizyczną zawierającą z ubezpieczycielem umowę;
12. *ubezpieczony* – osobę fizyczną wymienioną w polisie, na rzecz której zawarto umowę;
13. *ubezpieczyciel* – Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited z siedzibą przy Level 3, Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltár;
14. *umowa* – umowę ubezpieczenia zawartą na podstawie wniosku oraz zgodnie z OWU;
15. *uposażony* – osobę fizyczną lub prawną wskazaną przez ubezpieczającego za zgodą ubezpieczonego jako uprawnioną do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego;
16. *wniosek* – wniosek ubezpieczeniowy o zawarcie umowy złożony na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
17. *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;

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy oraz zastosowanie u ubezpieczonego po raz pierwszy jednej z metod *specjalistycznego leczenia* 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* zostanie zawarta jeśli spełnione są łącznie następujące warunki:
 - a) w dniu jej zawarcia zarówno *ubezpieczający*, jak i *ubezpieczony* mają ukończony 18 (osiemnasty) rok życia, a *ubezpieczony* nie ma ukończonych 60 (sześćdziesięciu) lat;
 - b) *ubezpieczyciel* otrzymał podpisany *wniosek*;
 - c) *ubezpieczony* podał we *wniosku* oraz w procesie wnioskowania o objęcie ubezpieczeniem wszystkie informacje dokładne i zgodne ze stanem faktycznym;
 - d) *ubezpieczający* zapłacił pierwszą *składkę*;
 - e) *ubezpieczyciel* rozpatrzył i zaakceptował *wniosek* oraz na dowód zawarcia umowy wystawił *polisę*.
2. *Ubezpieczyciel* zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy lub do zaproponowania zmiany jej warunków zgodnie z właściwymi 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.

WARUNKI 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. *Ubezpieczający* ma prawo do wypowiedzenia umowy w każdym czasie ze skutkiem na koniec okresu, za jaki została opłacona ostatnia *składka*.
4. *Umowa* zostaje rozwiązana z momentem wypłaty *świadczenia* w związku z zastosowaniem u *ubezpieczonego* po raz pierwszy *specjalistycznego leczenia* lub z datą jej zakończenia zgodnie z §5 ust. 3, lub §6 ust. 1 i 2 lub §8 ust. 2 w zależności które z tych zdarzeń będzie pierwsze.

OBOWIĄZYWANIE UMOWY

§ 6

1. *Umowa* zostaje rozwiązana w dniu śmierci *ubezpieczonego* lub z dniem ukończenia przez *ubezpieczonego* 65 lat, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. Jeżeli *umowa* została zawarta w wariantcie ze *współmałżonkiem*, po śmierci jednego ze *współmałżonków* lub ukończeniu przez jedno ze *współmałżonków* 65 lat *umowa* nie rozwiązuje się, 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. *Umowa* zawarta w wariantcie ze *współmałżonkiem* rozwiązuje się w dniu śmierci drugiego *współmałżonka* lub z dniem ukończenia przez niego 65 lat.
3. Jeżeli *umowa* została zawarta w wariantcie ze *współmałżonkiem*, po ustaniu związku małżeńskiego lub nieformalnego, o których mowa w § 2 punkt 17, na *wniosek ubezpieczającego* i po akceptacji *ubezpieczonych*, *umowa* może być kontynuowana w wariantcie ze *współmałżonkiem* na dotychczasowych warunkach lub w wariantcie indywidualnym dla każdego z *ubezpieczonych* na warunkach przedstawionych przez *ubezpieczyciela*.
4. W przypadku śmierci *ubezpieczającego*, który nie jest *ubezpieczonym*, wszelkie jego prawa i obowiązki wynikające z umowy przechodzą na jego następców prawnych.

UPOSAŻONY

§ 7

1. Ubezpieczający może wskazać uposażonych do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy. Ubezpieczający może to wskazanie w każdym czasie zmienić lub odwołać. W przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek wskazanie oraz zmiana uposażonego wymaga uprzedniej pisemnej zgody ubezpieczonego.

2. Jeżeli wskazano kilku uposażonych, z których jeden lub kilku nie żyje w chwili śmierci ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, pozostałe w ten sposób udziały przypadają pozostałym uposażonym proporcjonalnie do ich udziałów.

3. Jeżeli nie wskazano uposażonych, uposażeni nie żyją w chwili śmierci ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, świadczenie jest wypłacane członkom rodziny ubezpieczonego według kolejności pierwszeństwa:

- a) małżonek w całości;
- b) dzieci w częściach równych jeśli brak współmałżonka;
- c) wnuki w częściach równych jeśli brak współmałżonka i dzieci;
- d) rodzice w częściach równych jeśli brak współmałżonka, dzieci i wnuków;
- e) rodzeństwo w częściach równych jeśli brak osób wymienionych powyżej;
- f) inni ustawowi spadkobiercy ubezpieczonego w częściach równych jeśli brak osób wymienionych powyżej.

4. Jeżeli nie wskazano procentu alokacji świadczenia dla osób uposażonych, uznaje się, iż świadczenie należne jest im w częściach równych.

SKŁADKI

§ 8

1. *Składki* płatne są miesięcznie w kwocie wskazanej w *polisie ubezpieczeniowej*, zgodnie z wyborem *ubezpieczającego*.
2. W przypadku, gdy, pomimo wcześniejszego zawiadomienia przez *ubezpieczyciela*, *ubezpieczający* nie dokonał wpłaty zaległej *składki*, w dodatkowym okresie 30 (trzydziestu) dni od pierwotnej daty zapłaty, *umowa* zostaje uznana za rozwiązaną przez ubezpieczającego, a odpowiedzialność ubezpieczyciela wygasa.
3. *Składki* zostały obliczone w stałej wysokości na cały okres trwania *umowy*. *Składki* uwzględniają rodzaj i poziom należnego *świadczenia*, jak również prawdopodobieństwo, że *świadczenie* stanie się należne w okresie trwania *umowy*, a także opłaty i koszty zawarcia i obsługi *umowy*.

ZMIANA SUMY UBEZPIECZENIA

§ 9

1. *Ubezpieczyciel*, na wniosek *ubezpieczającego* za zgodą *ubezpieczonego* w przypadkach, w których *ubezpieczający* i *ubezpieczony* są różnymi osobami, przedstawia warunki zmiany wysokości *sumy ubezpieczenia* wskazanej w *polisie*.
2. Na dowód, że ubezpieczyciel pozytywnie zweryfikował wniosek o zmianę wysokości świadczenia wskazanego w *polisie* jako sumę ubezpieczenia z tytułu hospitalizacji i sumę 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

§ 10

1. *Ubezpieczyciel* wypłaci *świadczenie* w przypadku śmierci ubezpieczonego oraz w przypadku zastosowania u ubezpieczonego po raz pierwszy jednej z metod *specjalistycznego leczenia* pod warunkiem, że *specjalistyczne leczenie* i *diagnoza* będą miały miejsce:
 - a) po pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dniach od daty rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela i ;
 - b) przed końcem okresu obowiązywania *umowy* zgodnie z §5 i/lub §6 i ;
 - c) *ubezpieczony* przeżyje co najmniej 14 (czternaście) dni od daty pierwszego zastosowania u ubezpieczonego jednej z metod *specjalistycznego leczenia*.
2. *Świadczenie* o którym mowa w ustępie 1 zostanie wypłacone w przypadku zastosowania po raz pierwszy u *ubezpieczonego* jednej z metod *specjalistycznego leczenia*:
 - a) Chemioterapia – poddanie ubezpieczonego systemowemu leczeniu choroby nowotworowej za pomocą leków stosowanych dożylnie lub doustnie zgodnie z zaleceniami lekarza onkologa. Są to leki stosowane do niszczenia komórek nowotworowych lub zatrzymania ich wzrostu (mogą to być leki cytostatyczne, leki molekularnie ukierunkowane lub terapia biologiczna). Chemioterapią w rozumieniu OWU nie jest terapia hormonalna;
 - b) *radioterapia* – poddanie ubezpieczonego leczeniu nowotworu złośliwego promieniami

- jonizującymi zgodnie z zaleceniami lekarza onkologa;
- c) pomostowanie aortalno - wieńcowe – poddanie ubezpieczonego zabiegowi operacyjnemu (wymagający otwarcia klatki piersiowej) na zlecenie specjalisty lekarza kardiologa w celu korekty zwężenia (usunięcia niedrożności) naczyń wieńcowych poprzez wytworzenie pomostów aortalno-wieńcowych (by-pass);
- Niniejsza umowa nie obejmuje :
- angioplastyki naczyń wieńcowej - zabieg przezskórny polegający na poszerzaniu światła naczynia wieńcowego w miejscu zwężenia za pomocą specjalnego cewnika (balonikowanie)
 - założenia stentu;
 - aterektomii – przezskórny zabieg usunięcia zatorów z wnętrza tętnicy w miejscu zwężenia cewnikiem o ostrym ostrzu;
 - zabiegów angioplastyki laserowej.
- d) wymiana lub naprawa zastawki serca – poddanie ubezpieczonego operacji na otwartym sercu na zlecenie lekarza kardiologa w celu wymiany lub naprawy jednej lub więcej zastawek serca wykonana drogą torakotomii (otwarcie klatki piersiowej poprzez nacięcia mostka).
- e) transplantacja głównych narządów – przeszczepienie ubezpieczonemu jako biorcy lub zakwalifikowanie ubezpieczonego na Krajową Listę Oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- a. przeszczep szpiku kostnego;
 - b. przeszczep serca, nerki, wątroby,

- płuca lub trzustki;
- c. przeszczep płata wątroby;
 - d. przeszczep płata płuca.
- Niniejsza umowa nie obejmuje przeszczepów innych narządów, części narządów, tkanek lub komórek.
- f) stałe dializowanie – (sztuczna nerka) zabieg umożliwiający usunięcie szkodliwych produktów przemiany materii u pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek skutkującą trwałą i systematyczną dializoterapią.
3. W całym okresie ubezpieczenia *świadczenie* będzie wypłacone tylko raz. Maksymalne *świadczenie* płatne w okresie umowy jest ograniczone do 100% (stu procent) *sumy ubezpieczenia*.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 11

1. Obowiązek wypłaty świadczenia powstaje w przypadku w śmierci ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy oraz w przypadku pierwszego zastosowania u *ubezpieczonego* jednej z metod *specjalistycznego leczenia* w okresie obowiązywania *umowy*, nie wcześniej jednak niż po pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dniach obowiązywania *umowy* pod warunkiem:
 - a) że *ubezpieczony* przeżyje co najmniej 14 (czternaście) dni od daty j zastosowania u ubezpieczonego *specjalistycznego leczenia* i;
 - b) pierwsza diagnoza będzie miała miejsce po pierwszych 90 dniach od daty rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela.
2. W celu rozpoczęcia procedury wypłaty

świadczenia, należy skontaktować się z *ubezpieczycielem* za pośrednictwem *4Life Direct*.

3. *Ubezpieczyciel* za pośrednictwem *4Life Direct* informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności *ubezpieczyciela* lub wysokości *świadczenia*, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
4. *Suma ubezpieczenia* zostanie wypłacona po dostarczeniu do *4Life Direct* kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, zgodnie ze wzorem umieszczonym na stronie internetowej *4Life Direct*. Termin wypłaty *sumy ubezpieczenia* nie przekroczy terminów do wypłaty określonych przepisami prawa.
5. Osoba występująca z roszczeniem jest zobowiązana podać wszystkie znane sobie okoliczności, zgodnie ze stanem faktycznym.
6. *Ubezpieczyciel* zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań *ubezpieczonego* przez lekarza powołanego przez *ubezpieczyciela*. Koszty badań będą pokrywane przez *ubezpieczyciela*. Wszelkie świadczenia z tytułu *umowy* zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 12

1. Jeżeli *ubezpieczający* lub *ubezpieczony* podali dane niezgodne z prawdą lub zataili prawdę o okolicznościach, o które zapytywał *ubezpieczyciel* przy zawieraniu *umowy*, *ubezpieczyciel* będzie wolny od

odpowiedzialności z zastrzeżeniem bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa.

2. *Ubezpieczyciel* nie jest zobowiązany do wypłaty *świadczenia* w przypadku, gdy pierwszy wymóg zastosowania u *ubezpieczonego* jednej z metod *specjalistycznego leczenia* wynika bezpośrednio z lub jest skutkiem (pozostaje w związku przyczynowo skutkowym):
- a) Promieniowania, reakcji atomowej, skażenia radioaktywnego, w tym skażenia trującą, gazami lub mgłami trującymi;
 - b) Zdiagnozowania u *ubezpieczonego choroby* która wymagała poddania się *specjalistycznemu leczeniu* przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności *ubezpieczyciela*;
 - c) Stanu zdrowia *istniejącego wcześniej*, który wymaga zastosowania *specjalistycznego leczenia*;
 - d) Gdy *ubezpieczony* korzystał z konsultacji lekarskiej odnośnie występowania jakichkolwiek objawów choroby, zażywał lekarstwa lub rozpoczęło u *ubezpieczonego* postępowanie diagnostyczno lecznicze przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności *ubezpieczyciela*, w odniesieniu do *choroby* która może wymagać zastosowania *specjalistycznego leczenia*;
 - e) Zgłoszenia roszczenia gdy *ubezpieczony* korzystał z porady lekarskiej, posiadał jakiegokolwiek objawy choroby, przechodził jakiegokolwiek badania lub otrzymał jakiegokolwiek leczenie mające związek z zaleceniem poddania się

specjalistycznemu leczeniu w ciągu pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia odpowiedzialności;

- f) Pierwszej *diagnozy choroby* która wymaga zastosowania *specjalistycznego leczenia* w okresie pierwszych 90 (dziewięćdziesięciu) dni od daty rozpoczęcia odpowiedzialności *ubezpieczyciela*;
- g) Drugiej i kolejnych *diagnoz chorób które wymagają zastosowania specjalistycznego leczenia* zdefiniowanego w §9 po pierwszych 90 dniach od daty rozpoczęcia odpowiedzialności *ubezpieczyciela* ;
- h) Gdy *ubezpieczony* był już poddany jakimkolwiek *specjalistycznemu leczeniu* wymienionemu w § 2 punkt 4;
- i) Zastosowanie *specjalistycznego leczenia* po ukończeniu przez *ubezpieczonego* 65 (sześćdziesiątego piątego) roku życia;
- j) *Diagnozy i zalecenia* zastosowania *specjalistycznego leczenia* postawionej przez osobę inną niż zarejestrowany lekarz.

3. Obowiązek wypłaty *świadczenia* nie zachodzi, jeśli śmierć *ubezpieczonego* nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń:

- a. chorób lub nieprawidłowości wrodzonych, na które *ubezpieczony* cierpiał przed rozpoczęciem odpowiedzialności *ubezpieczyciela* wynikającej z umowy;
- b. aktywnej służby lub szkolenia w formacji wojskowej, obrony cywilnej, policji, agencji ochrony osób i mienia lub każdej innej formacji o charakterze militarnym lub paramilitarnym;
- c. działania wroga (w sensie militarnym),

wojny (wypowiedzianej lub nie), wojny domowej, strajku, lokautu, zamieszek o charakterze rebelii lub rewolucyjnym, uzurpacji władzy, aktywnego udziału w działaniach militarnych, paramilitarnych lub policyjnych;

d. samookaleczenia lub próby samobójczej (niezależnie czy podjętej w pełni władz umysłowych, czy przy ograniczonej poczytalności) z zastrzeżeniem, że wyłączenie odpowiedzialności *ubezpieczyciela* trwa w okresie 2 pierwszych lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia;

e. uprawiania wspinaczki górskiej i jaskiniowej, nurkowania, skoków spadochronowych, skoków na bungee, lotniarstwa, sportów zimowych, wodnych, lub motorowych, oraz każdego sportu uprawianego zawodowo;

f. pozostawaniem pod wpływem alkoholu, narkotyków lub leków z wyjątkiem leków przepisanych przez uprawnionego lekarza;

g. używania narkotyków, uzależnienia, psychoterapii, leczenia zaburzeń natury psychiatrycznej;

h. jakichkolwiek aktów łamania obowiązującego prawa;

i. wypadków lotniczych z wyłączeniem lotów o charakterze pasażerskim, samolotem dopuszczonym do eksploatacji i z pilotem posiadającym odpowiednie kwalifikacje do jego prowadzenia oraz lotów pomiędzy zarejestrowanymi komercyjnymi portami lotniczymi organizowanymi przez uprawnione linie lotnicze;

j. promieniowania, skażenia promieniotwórczego, reakcji jądrowej,

skażenia chemicznego, w tym z zatrucia substancjami stałymi, cieczami, oparami lub gazami trującymi;

k. epidemii ogłaszanych oficjalnie przez odpowiednie organy administracji samorządowej lub Ministerstwa Zdrowia;

l. prowadzenia niebezpiecznej działalności zawodowej i gospodarczej polegającej na wykonywaniu pracy i czynności pod wodą i pod ziemią na głębokości poniżej 40 metrów, pracy i czynności z materiałami wybuchowymi, pracy i czynności na wysokości powyżej 20 metrów (inne niż praca biurowa).

4. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci ubezpieczonego.

OCHRONA DANYCH

§ 13

1. *Ubezpieczający i ubezpieczony* (dalej w niniejszym ustępie: „Osoby, których dotyczą dane”) poprzez podpisanie zgody na odpowiednim *wniosku* lub w jakiegokolwiek innej formie lub w formie ustnej deklaracji wyrażenia zgody podczas nagrywanej rozmowy telefonicznej, udzielią zgody *ubezpieczycielowi* i *4Life Direct* (dalej w niniejszym ustępie: „Administratorzy Danych”) na zarządzanie oraz automatyczne i ręczne przetwarzanie danych osobowych przekazanych przez Osoby, których dotyczą dane w formularzu lub w ww. rozmowie telefonicznej, Kontrolerom Danych w związku z zawarciem i wykonaniem umowy, zgodnie z Ustawą CXII z roku 2011 w sprawie Prawa do decydowania o własnych informacjach oraz o swobodzie informacji (dalej jako: „Ustawy”), rozdział 5. Podstawą zarządzania i przetwarzania danych

jest zgoda Osób, których dotyczą dane. Kontrolerzy Danych są upoważnieni do zarządzania i przetwarzania tajemnicy ubezpieczeniowej klientów oraz ich danych osobowych.

2. Administratorzy Danych są upoważnieni do zarządzania i przetwarzania podanych danych tak długo, jak istnieje cel zebrania i przetwarzania danych zgodnie z punktem 3 poniżej.

3. Zarządzane i przetwarzane dane są następujące: dane osobowe klienta, suma ubezpieczenia oraz szczegóły płatności, wszelkie inne okoliczności dotyczące zawarcia, wykonania, rejestracji umowy oraz obsługi świadczonej przez Kontrolerów Danych. Dane osobowe oznaczają wszelkie informacje dotyczące osób, których dane dotyczą, w szczególności w odniesieniu do jego/jej nazwiska i imienia, numeru identyfikacyjnego lub jednego lub więcej czynników charakterystycznych dla jego/jej fizycznej, fizjologicznej, psychicznej, ekonomicznej, kulturalnej lub społecznej tożsamości, oraz odniesienia poczynione do tych informacji dotyczące Osób, których dotyczą dane. Tajemnica ubezpieczenia oznacza wszelkie dane – inne niż informacje poufne – będące w posiadaniu kontrolerów 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*.

4. Admisnitratorzy Danych przekazują dane osób, których dane dotyczą, w zakresie niezbędnym do wydruku i dostarczenia dokumentacji ubezpieczeniowej. Dla celów przetwarzania danych zastosowanie ma obowiązująca polityka prywatności danych kontrolerów danych.

5. Osoby, których dotyczą dane, mogą wnioskować do administratora danych:

a) o informację, kiedy przetwarzane są ich dane osobowe,

b) poprawienie ich danych osobowych, i

c) usunięcie lub blokadę ich danych osobowych, z wyjątkiem sytuacji, gdy przetwarzanie jest obowiązkowe.

6. Na wniosek osób, których dotyczą dane, kontroler danych przekaze informacje dotyczące danych odnoszących się do danej osoby, w tym te przetwarzane przez wynajętego przez Administratora Danych przetwarzającego dane lub innych na podstawie jego polecenia, źródeł z których zostały uzyskane, celu, podstawy i czasu trwania przetwarzania oraz nazwy i adresu przetwarzającego dane oraz jego działalności związanej z przetwarzaniem danych, okoliczności dotyczących zdarzenia naruszenia prywatności, jego wpływu oraz działań podjętych w celu naprawienia tej sytuacji oraz – jeśli dane osobowe Osób, których dane dotyczą, zostały udostępnione innym – podstawy prawnej i odbiorców.

7. Administratorzy Danych muszą realizować wnioski o udzielenie informacji bez zwłoki i przekazywać informacje, których wniosek dotyczy, w zrozumiałej formie, na pisemny wniosek Osób, które dane dotyczą, w terminie maksymalnie trzydziestu dni.

8. Dane Osób, których dane dotyczą, uważane za

tajemnicę ubezpieczenia, mogą być przetwarzane wyłącznie w zakresie, w jakim dotyczą danej umowy, jej zawarcia i rejestracji oraz obsługi. Przetwarzanie tych danych może mieć miejsce wyłącznie w zakresie niezbędnym dla zawarcia, zmiany i obsługi umowy ubezpieczeniowej oraz do oceny roszczeń wynikających z umowy lub dla innych celów określonych w Ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 roku poz. 922). Na podstawie odrębnej zgody dane osobowe osób, których dane dotyczą, są przetwarzane również dla celów marketingowych.

SKARGI

§ 14

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.

POZOSTAŁE POSTANOWIENIA

§ 15

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 składane są przez *ubezpieczającego*, *ubezpiezonego* lub osobę występującą z roszczeniem 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 występującej z roszczeniem.

3. *Ubezpieczony* i *ubezpieczający* mają obowiązek informowania *ubezpieczyciela* za pośrednictwem *4Life Direct* o każdej zmianie danych kontaktowych zawartych we *wniosku*.
4. Ogólne warunki ubezpieczenia, *polisa* i *wniosek ubezpieczeniowy* składają się na *umowę* i stanowią podstawę do ustalenia warunków udzielanej przez *ubezpieczyciela* ochrony ubezpieczeniowej.
5. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych z tytułu *umowy* regulują przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.
6. *Polisa* nie posiada wartości wykupu.
7. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie właściwe przepisy prawa polskiego.
8. W przypadku sporu między stronami *umowy* właściwe są polskie sądy powszechne według właściwości ogólnej albo sądy powszechne właściwe według miejsca zamieszkania lub siedziby *ubezpieczającego*, *ubezpiezonego* lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

CZ/OWU/v1/25.11.2016

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