

ANEKS DO UMOWY UBEZPIECZENIA

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

1. Tytuł otrzymuje nowe następujące brzmienie „OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I OD NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW „DLA LOJALNYCH KLIENTÓW”
2. § 1 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie i od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków „Dla Lojalnych Klientów” , przyjęte w dniu 25 listopada 2016 r. przez Zarząd Red Sands Insurance Company (Europe) Limited, zwane dalej OWU, stosuje się do umów zawieranych od tej daty”.
3. § 2 punkt 24 otrzymuje nowe następujące brzmienie „umowa – umowę ubezpieczenia na Życie i od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków „Dla Lojalnych Klientów” zawartą na podstawie wniosku oraz OWU”
4. W § 2 punkty od 25 do 35 otrzymują odpowiednio nową numerację od 26 do 36.
5. Z zastrzeżeniem poprzedzającego postanowienia Aneksu, w § 2 dodaje się nowy punkt 25 o następującym brzmieniu „uposażony – osobę fizyczną lub prawną wskazaną przez ubezpieczającego za zgodą ubezpieczonego jako uprawnioną do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego;”
6. § 2 punkt 35 otrzymuje nowe następujące brzmienie „polisa uprawniającą do rabatu lojalnościowego – jedną z niżej wymienionych umów ubezpieczenia zawartą z ubezpieczającym przez zakład ubezpieczeń, który wchodzi w skład grupy Red Sands, która pozostaje aktywna na moment zawarcia umowy “Dla Lojalnych Klientów”. Do umów tych należą: „Moi Bliscy”, „Moi Bliscy Pro”, „Moi Bliscy Profit”, „Bezterminowe Ubezpieczenie na życie z Premią Finansową”, „Bezterminowe Ubezpieczenie na życie”, „Bezterminowe Ubezpieczenie na życie Plus”.
7. § 2 punkt 36 otrzymuje nowe następujące brzmienie „rabat lojalnościowy – rabat w składce za ubezpieczenie „Dla Lojalnych Klientów” wskazany w polisie ubezpieczeniowej, należny ubezpieczającemu jeśli posiada co najmniej jedną aktywną polisę uprawniającą do rabatu lojalnościowego”.
8. § 3 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego oraz uszkodzenie ciała ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku”.
9. § 3 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy oraz uszkodzenie ciała ubezpieczonego powstałe w wyniku nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie obowiązywania umowy”.
10. W § 4 dodaje się nowe następujące postanowienia „3. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek (na rachunek ubezpieczonego). W takim przypadku ubezpieczający zobowiązany jest do uzyskania zgody ubezpieczonego na objęcie ochroną ubezpieczeniową oraz na sumę ubezpieczenia. 4. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, ubezpieczony może żądać by 4Life Direct, działający w imieniu ubezpieczyciela, udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego”.
11. Tytuły oraz paragrafy do nich przypisane poczynawszy od § 6 (SKŁADKI) do § 13 (POSTANOWIENIA KOŃCOWE) otrzymują odpowiednio nową numerację od § 7 do § 14.
12. Z zastrzeżeniem poprzedzającego postanowienia Aneksu dodaje się nowy Tytuł „UPOSAŻONY” i § 6 o następującym brzmieniu „1. Ubezpieczający może wskazać uposażonych do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy. Ubezpieczający może to wskazanie w każdym czasie zmienić lub odwołać. W przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek wskazanie oraz zmiana uposażonego wymaga uprzedniej pisemnej zgody ubezpieczonego. 2. Jeżeli wskazano kilku uposażonych, z których jeden lub kilku nie żyje w chwili śmierci ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, pozostałe w ten sposób udziały przypadają pozostałym uposażonym proporcjonalnie do ich udziałów. 3. Jeżeli nie wskazano uposażonych, uposażeni nie żyją w chwili śmierci ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, świadczenie jest wypłacane członkom rodziny ubezpieczonego według kolejności pierwszeństwa: a) małżonek w całości; b) dzieci w częściach równych jeśli brak współmałżonka; c) wnuki w częściach równych jeśli brak współmałżonka i dzieci; d) rodzice w częściach równych jeśli

brak współmałżonka, dzieci i wnuków; e) rodzeństwo w częściach równych jeśli brak osób wymienionych powyżej; f) inni ustawowi spadkobiercy ubezpieczonego w częściach równych jeśli brak osób wymienionych powyżej. 4. Jeżeli nie wskazano procentu alokacji świadczenia dla osób uposażonych, uznaje się, iż świadczenie należne jest im w częściach równych”.

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

- a) § 2 pkt 5 „hospitalizacja – spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem całodobowy pobyt w szpitalu włącznie z dniem przyjęcia, będący wynikiem uszkodzenia ciała zgodnie z Tabelą Świadczeń § 9 punkt 11. Hospitalizacja powinna mieć miejsce w terminie 30 dni od daty nieszczęśliwego wypadku i służyć przywracaniu lub poprawie zdrowia chorego na zlecenie lekarza. Hospitalizacja w rozumieniu niniejszych OWU nie obejmuje dnia, w którym ubezpieczony został wypisany ze szpitala;”
 - b) § 5 ust. 3 „Umowa zostaje zawarta na okres 5 lat od daty rozpoczęcia odpowiedzialności wskazanej w polisie. Ubezpieczający ma możliwość przedłużenia umowy na kolejne pięcioletnie okresy, z zastrzeżeniem, § 5 i § 7 poniżej. Ubezpieczyciel powiadomi ubezpieczającego o warunkach przedłużenia umowy co najmniej 45 dni przed upływem okresu, na jaki umowa została zawarta. Ubezpieczający poprzez zapłatę składki potwierdza przedłużenie umowy na kolejny okres”.
 - c) § 5 ust. 7 „Umowa kończy się w dniu śmierci ubezpieczonego, z datą wypowiedzenia umowy zgodnie z § 5 punkt 4, 5 i § 7 punkt 4, § 5 punkt 6 oraz § 5 punkt 11 w zależności które z tych zdarzeń będzie pierwsze”.
 - d) § 5 ust. 9 „Jeżeli umowa została zawarta w wariantcie ze współmałżonkiem, po ustaniu związku małżeńskiego lub nieformalnego, o których mowa w § 2 punkt 33, na wniosek ubezpieczającego po akceptacji ubezpieczonych, umowa może być kontynuowana w wariantcie ze współmałżonkiem na dotychczasowych warunkach lub w wariantcie indywidualnym dla każdego z ubezpieczonych na warunkach przedstawionych przez ubezpieczyciela”.
 - e) § 5 ust. 11 „Umowa kończy się z datą kiedy ubezpieczyciel wypłaci świadczenie które wraz z kwotą wypłaconych wcześniej świadczeń będzie równe sumie ubezpieczenia zgodnie z § 9”.
 - f) § 9 ust. 6 „W przypadku trwałego kalectwa, tetraplegii, paraplegii czy trwałego uszkodzenia mózgu jeżeli istnieją wątpliwości co do stopnia uszkodzenia ciała ubezpieczonego, który jest niezbędny do kalkulacji wartości wysokości świadczenia, wysokość świadczenia ustala się, nie później niż w ciągu 12 miesięcy od dnia nieszczęśliwego wypadku. W przypadku braku wątpliwości wypłata świadczenia odbywa się zgodnie z § 10 punkt 4”.
 - g) § 9 ust. 10 „Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do każdego ubezpieczonego za wyjątkiem § 9 punkt 5”.
14. § 7 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie „2. Rabat lojalnościowy będzie miał zastosowanie przy ustaleniu wysokości składki jeżeli ubezpieczający posiada co najmniej jedną aktywną polisę uprawniającą do rabatu lojalnościowego. W przypadku gdy polisa uprawniającą do rabatu lojalnościowego przestanie być aktywna ubezpieczający utraci prawo do rabatu lojalnościowego w polisie „Dla Lojalnych Klientów” i będzie zobowiązany płacić składkę za tę polisę w pełnej wysokości od miesiąca następującego bezpośrednio po rozwiązaniu polisy uprawniającej do rabatu lojalnościowego”.
15. § 8 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Na dowód, że ubezpieczyciel pozytywnie zweryfikował wniosek o zmianę wysokości świadczenia wskazanego w polisie jako suma ubezpieczenia wypadkowego i sumy ubezpieczenia na życie, dostarczy ubezpieczającemu potwierdzenie dokonania zmiany. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej przed zmianą sumy ubezpieczenia konieczne jest uzyskanie zgody ubezpieczonego”.
16. § 9 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w przypadku śmierci ubezpieczonego oraz gdy ubezpieczony przeżyje okres co najmniej 14 dni od daty nieszczęśliwego wypadku”.
17. § 10 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Obowiązek wypłaty świadczenia powstaje w przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy oraz gdy w okresie obowiązywania umowy ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku”.
18. § 11 otrzymuje nowe następujące brzmienie „1. Obowiązek wypłaty świadczenia nie zachodzi, jeśli śmierć lub uszkodzenie ciała ubezpieczonego nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń: a) aktywnej służby lub szkolenia w formacji wojskowej, obrony cywilnej, policji, agencji ochrony osób i mienia

lub każdej innej formacji o charakterze militarnym lub paramilitarnym; b) działania wroga (w sensie militarnym), wojny (wypowiedzianej lub nie), wojny domowej, strajku, lokautu, zamieszek o charakterze rebelii lub rewolucyjnym, uzurpacji władzy, aktywnego udziału w działaniach militarnych, paramilitarnych lub policyjnych; c) samookaleczenia lub próby samobójczej (niezależnie czy podjętej w pełni władz umysłowych, czy przy ograniczonej poczytalności) z zastrzeżeniem, że w przypadku śmierci ubezpieczonego wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela trwa w okresie 2 pierwszych lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia; d) uprawiania wspinaczki górskiej i jaskiniowej, nurkowania, skoków spadochronowych, skoków na bungee, lotniarstwa, sportów zimowych, wodnych lub motorowych, oraz każdego sportu uprawianego zawodowo; e) prowadzenia niebezpiecznej działalności zawodowej i gospodarczej polegającej na wykonywaniu pracy i czynności pod wodą i pod ziemią na głębokości poniżej 40 metrów, pracy i czynności z materiałami wybuchowymi, pracy i czynności na wysokości powyżej 20 metrów (inne niż praca biurowa); f) pozostawianiem przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub leków, upośledzających rozumowanie z wyjątkiem leków przepisanych przez uprawnionego lekarza; g) jakichkolwiek aktów łamania obowiązującego prawa; h) wypadków lotniczych z wyłączeniem lotów o charakterze pasażerskim, samolotem dopuszczonym do eksploatacji i z pilotem posiadającym odpowiednie kwalifikacje do jego prowadzenia oraz lotów pomiędzy zarejestrowanymi komercyjnymi portami lotniczymi organizowanymi przez uprawnione linie lotnicze; i) promieniowania, skażenia promieniotwórczego, reakcji jądrowej, skażenia chemicznego, w tym zatrucia substancjami stałymi, cieczami, oparami lub gazami trującymi. 2. Obowiązek wypłaty świadczenia nie zachodzi, jeśli uszkodzenie ciała ubezpieczonego nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń: a) stresu pourazowego; b) jakiejkolwiek choroby nie będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku; c) ciąży ubezpieczonego; d) hospitalizacji spowodowanej rutynowymi lub innymi badaniami, które nie są bezpośrednio wynikiem choroby lub nieszczęśliwego wypadku; e) hospitalizacji wynikającej z choroby istniejącej; f) kosmetycznych zabiegów stomatologicznych; g) pobytów w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, sanatoriach, prewentoriach, hospicjach, ośrodkach leczniczych i uzdrowiskowych, spa, wodolecznictwa lub w miejscach odbywania kwarantanny; h) ponownego przyjęcia do szpitala z tej samej lub powiązanej przyczyny w okresie 12 miesięcy; i) przypadków hospitalizacji, gdy ubezpieczony nie zostanie skierowany na nią przez uprawnionego lekarza; j) zabiegów chirurgii plastycznej, kosmetycznej, niepłodności, otyłości, zabiegów sztucznego zapłodnienia lub zabiegów wynikających z wyboru ubezpieczonego, chyba że są wynikiem obrażeń doznanych w nieszczęśliwym wypadku. 3. Hospitalizacją nie jest, w rozumieniu niniejszych OWU, pobyt w szpitalu w celach rehabilitacyjnych. 4. Wypłata świadczenia z tytułu uszkodzenia ciała nie przysługuje, jeżeli ubezpieczony umrze w ciągu 14 dni od daty nieszczęśliwego wypadku. 5. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci ubezpieczonego. Świadczenie nie przysługuje ubezpieczonemu który umyślnie przyczynił się do uszkodzenia ciała lub hospitalizacji w wyniku uszkodzenia ciała”.

19. W § 13 ust. 3 dodaje się zdanie o brzmieniu „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”

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

SKOROWIDZ

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

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

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

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

- Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie i od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków „Dla Lojalnych Klientów”, przyjęte w dniu 25 listopada 2016 r. przez Zarząd Red Sands Insurance Company (Europe) Limited, zwane dalej „OWU”, stosuje się do umów zawieranych od tej daty.
- Zmiany OWU mogą nastąpić tylko w przypadku zmiany prawa lub na skutek wytycznych organów administracji. Wszelkie zmiany OWU wymagają

formy pisemnej oraz ich doręczenia drugiej stronie umowy.

DEFINICJE

§ 2

Określenia użyte w niniejszych OWU oznaczają:

- 4Life Direct** – 4Life Direct sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, pod adresem ul. Chmielna 132/134, 00-805 Warszawa, będącą agentem ubezpieczeniowym działającym na rzecz ubezpieczyciela, wpisanym do rejestru pośredników ubezpieczeniowych pod numerem 11185495/A;

- aktywna polisa** – polisę, która weszła w życie i z tytułu której ubezpieczający opłaca składki;
- choroba** – reakcję organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadzącą do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, będącą podstawą diagnozy lekarskiej;
- choroba istniejąca** – chorobę lub choroby, na które zachorował ubezpieczony, lub uszkodzenie ciała będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, którego ubezpieczony doznał przed datą rozpoczęcia

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

23. **ubezpieczyciel** – Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited z siedzibą przy Level 3, Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltar;
24. **umowa** – umowę ubezpieczenia na Życie i od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków „Dla Lojalnych Klientów” zawartą na podstawie wniosku oraz OWU;
25. **uposażony** – osobę fizyczną lub prawną wskazaną przez ubezpieczającego za zgodą ubezpieczonego jako uprawnioną do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego;
26. **uszkodzenie ciała** – fizyczne uszkodzenie ciała doznane przez ubezpieczonego wymienione w Tabeli Świadczeń (niepełnosprawność, oparzenia, złamania kości i trwałe okaleczenie twarzy) w wyniku wypadku, wymagające porady lekarskiej, leczenia, opieki lub hospitalizacji;
27. **utrata funkcji kończyn(y)** – całkowita, stała i nieodwracalna fizyczna utrata kończyn(y) lub jej funkcji powyżej nadgarstka lub stawu skokowego.
28. **utrata mowy** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata zdolności mówienia;
29. **utrata słuchu** – trwała i nieodwracalna utrata słuchu w stopniu większym niż 95 decybeli we wszystkich częstotliwościach mierzona w uchu o lepszej słyszalności za pomocą audiogramu;
30. **utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku w stopniu, w którym nawet przy użyciu pomocy wizualnych, badanie wzroku wynosi 3/60 lub gorzej w skali ostrości wzroku przy użyciu tablic Snellena;
31. **wniosek** – wniosek ubezpieczeniowy o zawarcie umowy złożony na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela;
32. **wnioskodawca** - osoba występująca z roszczeniem.
33. **współmałżonek** – osobę wskazaną w polisie, z którą w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie, ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim albo w partnerskim związku nieformalnym (konkubinacie) i prowadzi wspólne gospodarstwo domowe z ubezpieczonym, przy czym obie osoby w tym związku są stanu wolnego;
34. **złamanie kości** – przerwanie ciągłości kości w wyniku *nieszczęśliwego wypadku*, wyłącznie w odniesieniu do następujących obszarów:
- a) **czaszka** – kości głowy z wyłączeniem kości twarzy i nosa;
 - b) **kość miedniczna** – wszystkie kości wchodzące w skład kości miednicznej w tym kość guziczna ale z wyłączeniem kości krzyżowej;
 - c) **kość szczękowa** – parzyste kości twarzoczaszki;
 - d) **kręgi** – kości kręgosłupa, w tym kość krzyżowa;
 - e) **łopatka** – kość łącząca kość ramienną z obojczykiem;
 - f) **noga** – kość udowa, piszczelowa, strzałkowa i pięta;
 - g) **obojczyk** – kość łącząca łopatkę i mostek;
 - h) **ramię** – kość ramienna, łokciowa oraz promieniowa z wyłączeniem kości nadgarstka i śródręcza;
 - i) **staw biodrowy** – kość biodra i stawu biodrowego;
 - j) **żuchwa** – nieparzysta ruchoma część czaszki.
35. **polisa uprawniająca do rabatu lojalnościowego** – jedną z niżej wymienionych umów ubezpieczenia zawartą z ubezpieczającym przez zakład ubezpieczeń, który wchodzi w skład grupy Red Sands, która pozostaje aktywna na moment

zawarcia umowy „Dla Lojalnych Klientów”. Do umów tych należą: „Moi Bliscy”, „Moi Bliscy Pro”, „Moi Bliscy Profit”, „Bezterminowe Ubezpieczenie na życie z Premią Finansową”, „Bezterminowe Ubezpieczenie na życie”, „Bezterminowe Ubezpieczenie na życie Plus”.

36. **rabat lojalnościowy** – rabat w składce za ubezpieczenie „Dla Lojalnych Klientów” wskazany w polisie ubezpieczeniowej, należny ubezpieczającemu jeśli posiada co najmniej jedną aktywną polisę uprawniającą do rabatu lojalnościowego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY

§ 3

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

ZAWARCIE UMOWY

§ 4

1. *Umowa* może zostać zawarta, jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:

- a) w dniu jej zawarcia zarówno *ubezpieczający* jak i *ubezpieczony* mają ukończone 18 lat a *ubezpieczony* nie ma ukończonych 71 lat;
 - b) *ubezpieczyciel* otrzymał podpisany przez ubezpieczającego i ubezpieczonego *wniosek*;
 - c) *ubezpieczyciel* zaakceptował *wniosek* i na dowód zawarcia *umowy* wystawił *polisę*.
2. *Ubezpieczyciel* zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia *umowy* lub zaproponowania zmiany jej warunków zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
 3. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek (na rachunek ubezpieczonego). W takim przypadku ubezpieczający zobowiązany jest do uzyskania zgody ubezpieczonego na objęcie ochroną ubezpieczeniową oraz na sumę ubezpieczenia.
 4. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, ubezpieczony może żądać by 4Life Direct, działający w imieniu ubezpieczyciela, udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego.

OBOWIĄZYWANIE UMOWY

§ 5

1. Umowa zaczyna obowiązywać w dniu wskazanym w *polisie*.
2. *Ubezpieczający* ma prawo odstąpienia od *umowy* w terminie 30 dni od daty rozpoczęcia odpowiedzialności *ubezpieczyciela*. W przypadku odstąpienia od *umowy* przez *ubezpieczającego*, *ubezpieczyciel* zwraca *ubezpieczającemu* wpłacone w tym terminie *składki*. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia *umowy* *ubezpieczyciel* nie poinformował *ubezpieczającego* będącego konsumentem o

prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym *ubezpieczający* będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. W przypadku odstąpienia od *umowy* przez *ubezpieczającego*, *ubezpieczyciel* zwraca *ubezpieczającemu* wpłacone *składki*

3. Umowa zostaje zawarta na okres 5 lat od daty rozpoczęcia odpowiedzialności wskazanej w *polisie*. *Ubezpieczający* ma możliwość przedłużenia umowy na kolejne pięcioletnie okresy, z zastrzeżeniem, § 5 i § 7 poniżej. *Ubezpieczyciel* powiadomi *ubezpieczającego* o warunkach przedłużenia umowy co najmniej 45 dni przed upływem okresu, na jaki umowa została zawarta. *Ubezpieczający* poprzez zapłatę składki potwierdza przedłużenie umowy na kolejny okres.
4. *Ubezpieczyciel* na 45 dni przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa może zaproponować jej przedłużenie na zmienionych warunkach. Jeżeli *ubezpieczający* ich nie zaakceptuje, umowa zostaje rozwiązana z końcem okresu, za jaki została opłacona ostatnia *składka*.
5. *Ubezpieczający* ma prawo do wypowiedzenia umowy w każdym czasie ze skutkiem na koniec okresu, za jaki została opłacona ostatnia *składka*.
6. Gdy *ubezpieczony* lub *współmałżonek* ukończą 80 lat, ubezpieczenie przestaje obowiązywać dla tej osoby.
7. Umowa kończy się w dniu śmierci ubezpieczonego, z datą wypowiedzenia umowy zgodnie z § 5 punkt 4, 5 i § 7 punkt 4, § 5 punkt 6 oraz § 5 punkt 11 w zależności które z tych zdarzeń będzie pierwsze.
8. Jeżeli *umowa* została zawarta w wariantcie ze *współmałżonkiem*, po śmierci jednego ze *współmałżonków* lub ukończeniu przez jedno ze *współmałżonków* 80 lat umowa nie wygasa, a

drugi ze *współmałżonków* może kontynuować *umowę*, pod warunkiem terminowego opłacania *składek*. W takim przypadku wariant małżeński zmieniany jest na wariant indywidualny z dotychczasową wysokością sumy ubezpieczenia i *składką* odpowiadającą wariantowi indywidualnemu.

9. Jeżeli umowa została zawarta w wariantcie ze *współmałżonkiem*, po ustaniu związku małżeńskiego lub nieformalnego, o których mowa w § 2 punkt 33, na *wniosek ubezpieczającego* po akceptacji *ubezpieczonych*, umowa może być kontynuowana w wariantcie ze *współmałżonkiem* na dotychczasowych warunkach lub w wariantcie indywidualnym dla każdego z *ubezpieczonych* na warunkach przedstawionych przez *ubezpieczyciela*.
10. W przypadku śmierci *ubezpieczającego*, który nie jest *ubezpieczonym*, wszelkie jego prawa i obowiązki wynikające z umowy przechodzą na jego następców prawnych.
11. *Umowa* kończy się z datą kiedy *ubezpieczyciel* wypłaci *świadczenie* które wraz z kwotą wypłaconych wcześniej *świadczeń* będzie równe sumie ubezpieczenia zgodnie z § 9.

UPOSAŻONY

§ 6

1. Ubezpieczający może wskazać uposażonych do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy. Ubezpieczający może to wskazanie w każdym czasie zmienić lub odwołać. W przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek wskazanie oraz zmiana uposażonego wymaga uprzedniej pisemnej zgody ubezpieczonego.
2. Jeżeli wskazano kilku uposażonych, z których jeden lub kilku nie żyje w chwili śmierci ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, pozostałe w ten sposób

udziały przypadają pozostałym uposażonym proporcjonalnie do ich udziałów.

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

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

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

SKŁADKI

§ 7

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

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

3. W celu skorzystania z rabatu lojalnościowego *ubezpieczający* wyrazi we wniosku pisemną zgodę na przekazywanie Red Sands Insurance Company (Europe) Limited informacji od Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited niezbędnych do ustalenia czy powyższy rabat lojalnościowy przysługuje *ubezpieczającemu*.
4. 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.
5. *Składki* zostały obliczone z uwzględnieniem rodzaju i wysokości sumy *ubezpieczenia* oraz prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń uprawniających do wypłaty należnych *świadczeń* w okresie trwania umowy, jak również opłat kosztów zawarcia i obsługi umowy.

ZMIANA UMOWY

§ 8

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

potwierdzenie dokonania zmiany. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej przed zmianą sumy ubezpieczenia konieczne jest uzyskanie zgody ubezpieczonego.

ŚWIADCZENIA

§ 9

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

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

Uszkodzenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku:		Wysokość świadczenia wyrażona jako % sumy ubezpieczenia.	
A. Niepełnosprawność	1. Trwałe kalectwo		100%
	2. Utrata wzroku w obu oczach		100%
	3. Utrata możliwości korzystania z dwóch lub więcej kończyn		100%
	4. Tetraplegia		100%
	5. Paraplegia		100%
	6. Trwałe uszkodzenie mózgu		100%
	7. Utrata wzroku w jednym oku		50%
	8. Utrata funkcji jednej z kończyn		50%
	9. Utrata mowy		50%
	10. Utrata słuchu		50%
B. Oparzenia	11. Oparzenia: drugiego lub trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 30% powierzchni ciała		50%
C. Złamania kości	12.1 biodra lub miednicy		50%
	12.2 nogi, czaszki, żuchwy,		25%

	kręgow		
	12.3 łopatki, obojczyka, ramienia, górnej szczęki		10%
D. Trwałe okaleczenie twarzy	13. Trwałą, widoczną tkankę bliznowatą o powierzchni co najmniej dwóch centymetrów kwadratowych lub trwałą bliznę o długości co najmniej 2 centymetrów, na obszarze od linii włosów do żuchwy i uszu łącznie		10%
E. Hospitalizacja	14. Hospitalizacja będąca wynikiem uszkodzenia ciała, (dziennie świadczenie) zgodnie z punktami A, B, C i D		0,2%
	15. Świadczenie za 14 dni nieprzerwanego pobytu w szpitalu (jako dodatek do punkt E 14 powyżej)		5%

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 10

1. Obowiązek wypłaty świadczenia powstaje w przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy oraz gdy w okresie obowiązywania umowy *ubezpieczony* doznał *uszkodzenia ciała* w wyniku *nieszczęśliwego wypadku*.
2. W celu rozpoczęcia procedury wypłaty *świadczenia*, *wnioskodawca* powinien skontaktować się z *ubezpieczycielem* za pośrednictwem 4Life Direct.
3. *Ubezpieczyciel* za pośrednictwem 4Life Direct informuje *wnioskodawcę* pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności *ubezpieczyciela* lub wysokości *świadczenia*, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
4. Odpowiednie kwoty *świadczeń* będą wypłacone w terminie 7 dni roboczych od daty dostarczenia do 4Life Direct kompletnego wniosku o wypłatę *świadczenia* zgodnie ze wzorem umieszczonym na stronie internetowej 4Life Direct. Termin wypłaty *świadczeń* nie przekroczy terminów do wypłaty określonych przepisami prawa.
5. Występujący z roszczeniem jest zobowiązany do podania wszystkich informacji zgodnie ze stanem faktycznym.
6. *Ubezpieczyciel* zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań *ubezpieczonego* przez lekarza powołanego przez *ubezpieczyciela*. Koszty badań będą pokrywane przez *ubezpieczyciela*. Wszelkie świadczenia z tytułu umowy zostaną

wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

UBEZPIECZycIELA

§ 11

1. Obowiązek wypłaty świadczenia nie zachodzi, jeśli śmierć lub uszkodzenie ciała ubezpieczonego nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń:
 - a) aktywnej służby lub szkolenia w formacji wojskowej, obrony cywilnej, policji, agencji ochrony osób i mienia lub każdej innej formacji o charakterze militarnym lub paramilitarnym;
 - b) działania wroga (w sensie militarnym), wojny (wypowiedzianej lub nie), wojny domowej, strajku, lokautu, zamieszek o charakterze rebelii lub rewolucyjnym, uzurpacji władzy, aktywnego udziału w działaniach militarnych, paramilitarnych lub policyjnych;
 - c) samookaleczenia lub próby samobójczej (niezależnie czy podjętej w pełni władz umysłowych, czy przy ograniczonej poczytalności) z zastrzeżeniem, że w przypadku śmierci ubezpieczonego wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela trwa w okresie 2 pierwszych lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - d) uprawiania wspinaczki górskiej i jaskiniowej, nurkowania, skoków spadochronowych, skoków na bungee, lotniarstwa, sportów zimowych, wodnych lub motorowych, oraz każdego sportu uprawianego zawodowo;
 - e) prowadzenia niebezpiecznej działalności zawodowej i gospodarczej polegającej na wykonywaniu pracy i czynności pod wodą i pod ziemią na głębokości poniżej 40 metrów, pracy i

czynności z materiałami wybuchowymi, pracy i czynności na wysokości powyżej 20 metrów (inne niż praca biurowa);

f) pozostawianiem przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub leków, upośledzających rozumowanie z wyjątkiem leków przepisanych przez uprawnionego lekarza;

g) jakichkolwiek aktów łamania obowiązującego prawa;

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

i) promieniowania, skażenia promieniotwórczego, reakcji jądrowej, skażenia chemicznego, w tym zatrucia substancjami stałymi, cieczami, oparami lub gazami trującymi.

2. Obowiązek wypłaty *świadczenia* nie zachodzi, jeśli uszkodzenie ciała *ubezpieczonego* nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń:
 - a) *stresu pourazowego*;
 - b) jakiegokolwiek choroby nie będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku;
 - c) ciąży ubezpieczonego;
 - d) *hospitalizacji* spowodowanej rutynowymi lub innymi badaniami, które nie są bezpośrednio wynikiem *choroby* lub *nieszczęśliwego wypadku*;
 - e) *hospitalizacji* wynikającej z *choroby istniejącej*;
 - f) kosmetycznych zabiegów stomatologicznych;
 - g) pobytów w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, sanatoriach, prewentoriach, hospicjach, ośrodkach

- lecniczych i uzdrowiskowych, spa, wodolecznictwa lub w miejscach odbywania kwarantanny;
- h) ponownego przyjęcia do *szpitala* z tej samej lub powiązanej przyczyny w okresie 12 miesięcy;
 - i) przypadków *hospitalizacji*, gdy *ubezpieczony* nie zostanie skierowany na nią przez uprawnionego *lekarza*;
 - j) zabiegów chirurgii plastycznej, kosmetycznej, niepłodności, otyłości, zabiegów sztucznego zapłodnienia lub zabiegów wynikających z wyboru *ubezpieczonego*, chyba że są wynikiem obrażeń doznanych w *nieszczęśliwym wypadku*.
3. *Hospitalizacją* nie jest, w rozumieniu niniejszych OWU, pobyt w *szpitalu* w celach rehabilitacyjnych.
 4. Wypłata świadczenia z tytułu uszkodzenia ciała nie przysługuje, jeżeli ubezpieczony umrze w ciągu 14 dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
 5. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci ubezpieczonego. Świadczenie nie przysługuje ubezpieczonemu który umyślnie przyczynił się do *uszkodzenia ciała* lub *hospitalizacji* w wyniku uszkodzenia ciała.

OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

§ 12

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, udziela 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 ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2016 poz. 197. 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*, jakąkolwiek inną osobę, która składa ofertę zawarcia umowy *ubezpieczycielowi* i która jest uprawniona do otrzymania *świadczenia* od *ubezpieczyciela*.

4. Administratorzy 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 I ZAŻALENIA

§ 13

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

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

ND/OWU/v1/25.11.2016



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