

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 „Plan Na Raka” (dalej zwane „OWU”):

1. Tytuł otrzymuje nowe następujące brzmienie „OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I NA WYPADEK ZACHOROWANIA „PLAN NA RAKA”.
2. § 1 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie i na Wypadek Zachorowania „Plan na Raka”, zwane dalej „OWU”, przyjęte w dniu 25 marca 2017r. przez Zarząd Red Sands Insurance Company (Europe) Limited zwane dalej OWU, stosuje się do umów zawieranych od tej daty”.
3. W § 2 punkt 20 otrzymuje nową numerację 21.
4. Z zastrzeżeniem poprzedzającego postanowienia Aneksu, w § 2 dodaje się nowy punkt 20 o następującym brzmieniu „*uposażony* – osobę fizyczną lub prawną wskazaną przez ubezpieczającego za zgodą ubezpieczonego jako uprawnioną do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego;”
5. § 3 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego”.
6. § 3 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy oraz zdiagnozowanie po raz pierwszy u ubezpieczonego raka objętego ochroną w okresie obowiązywania umowy”.
7. W § 4 dodaje się nowe następujące postanowienia „3. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek (na rachunek ubezpieczonego). W takim przypadku ubezpieczający zobowiązany jest do uzyskania zgody ubezpieczonego na objęcie ochroną ubezpieczeniową oraz na sumę ubezpieczenia. 4. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, ubezpieczony może żądać by 4Life Direct, działający w imieniu ubezpieczyciela, udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego”.
8. § 5 ust. 5 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Umowa kończy się w dniu śmierci ubezpieczonego, kiedy po raz pierwszy zostanie zdiagnozowany u ubezpieczonego rak objęty ochroną, z datą jej wypowiedzenia zgodnie z §5 ust. 4 lub §8 ust.2 lub §5 ust. 3, w zależności od tego, które z tych zdarzeń będzie pierwsze”.
9. Tytuły oraz paragrafy do nich przypisane poczynawszy od § 7 (SKŁADKI) do § 15 (POSTANOWIENIA KOŃCOWE) otrzymują odpowiednio nową numerację od § 8 do § 16.
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. § 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”.

12. § 10 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w przypadku śmierci ubezpieczonego oraz w przypadku pierwszej diagnozy raka objętego ochroną u ubezpieczonego, pod warunkiem, że pierwsza diagnoza będzie po pierwszych 90 dniach od daty rozpoczęcia umowy i przed końcem okresu obowiązywania umowy jak określono w § 5 oraz ubezpieczony przeżyje co najmniej 14 dni od daty pierwszej diagnozy”.
13. § 11 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Obowiązek wypłaty świadczenia powstaje w przypadku w śmierci ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy oraz w przypadku zdiagnozowania po raz pierwszy u ubezpieczonego raka objętego ochroną w okresie obowiązywania umowy, pod warunkiem, że ubezpieczony przeżyje co najmniej 14 dni od daty pierwszej diagnozy”.
14. W § 12 ust. 2 zdanie pierwsze otrzymuje nowe następujące brzmienie „Obowiązek wypłaty świadczenia z tytułu zdiagnozowania raka nie występuje, jeśli u ubezpieczonego pierwsza diagnoza raka objętego ochroną wynika bezpośrednio z/ lub jest skutkiem:”
15. W § 12 ust. 3 zdanie pierwsze otrzymuje nowe następujące brzmienie „Obowiązek wypłaty świadczenia z tytułu zdiagnozowania raka nie występuje, jeżeli ubezpieczony:”
16. W § 12 dodaje się nowe następujące postanowienia „4. 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) pozostawianiem 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 biurowa). 5. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci ubezpieczonego”.
17. Poniżej przyjmuje się jednolity tekst OWU uwzględniający wszystkie powyższe zmiany.

SKOROWIDZ
OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I NA WYPADEK ZACHOROWANIA „PLAN NA RAKA”

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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I NA WYPADEK ZACHOROWANIA „PLAN NA RAKA”

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie i na Wypadek Zachorowania „Plan na Raka”, zwane dalej „OWU”, przyjęte w dniu 25 marca 2017 r. przez Zarząd Red Sands Insurance Company (Europe) Limited zwane dalej OWU, stosuje się do umów zawieranych od tej daty.

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.

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 nr 11185495/A;

2. *diagnoza* – medyczna diagnoza potwierdzona przez lekarza;
3. *hiperkeratoza* - znaczne pogrubienie warstwy rogowej naskórka, związane z nadmiernym rogowaceniem;
4. *histologia* - badanie komórek i tkanek pod mikroskopem w celu określenia typu raka;
5. *lekarz* – osobę posiadającą właściwe kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych, potwierdzone wymaganymi przez prawo Rzeczypospolitej Polskiej dokumentami;
6. *polisa* – dokument wystawiony w imieniu

ubezpieczyciela przez 4Life Direct potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;

7. *rak* - złośliwy nowotwór charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek złośliwych i inwazją tkanek włącznie z białaczką, chłoniakiem i mięsakiem;
8. *rak objęty ochroną* – każdy rak lub rak *in situ* jak określono w niniejszych OWU;
9. *rak in situ* - rak we wczesnej fazie, który nie przekracza błony podstawowej nabłonka, jest rosnący i nie rozprzestrzenił się nigdzie indziej w organizmie, zazwyczaj można wyleczyć go chirurgicznie poprzez usunięcie go;
10. *składka* – kwotę należną z tytułu umowy, określoną w polisie, wyrażoną w walucie będącej prawnym środkiem płatniczym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, ustalaną w

oparciu o taryfę składek obowiązującą w dniu złożenia wniosku;

11. *stan złośliwy* - nowotwór złośliwy, który nie jest ograniczony w swoim rozwoju i jest zdolny do rozprzestrzeniania się do sąsiednich tkanek, a także może rozprzestrzeniać się do odległych tkanek w organizmie;
12. *stan przednowotworowy* - komórki, które jeszcze nie są rakowe;
13. *stan istniejący wcześniej* - wszystkie poprzednie złośliwe zmiany komórkowe, objawy *raka* lub diagnozy które miały miejsce przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej;
14. *suma ubezpieczenia* – kwotę wskazaną w aktualnej polisie wypłacaną według zasad określonych w umowie;
15. *świadczenie* – kwotę należną ubezpieczonemu zgodnie z ogólnymi warunkami umowy ubezpieczenia;
16. *ubezpieczający* – osobę fizyczną zawierającą z ubezpieczycielem umowę;
17. *ubezpieczony* – osobę fizyczną wymienioną w *polisie*, na rzecz której zawarto umowę;
18. *ubezpieczyciel* – Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited z siedzibą przy Level 3 Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltar;
19. *umowa* – umowę ubezpieczenia „Plan na Raka” zawartą na podstawie wniosku oraz OWU;
20. *uposażony* – osobę fizyczną lub prawną wskazaną przez ubezpieczającego za zgodą ubezpieczonego jako uprawnioną do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego;
21. *wniosek* – wniosek ubezpieczeniowy o zawarcie umowy złożony na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy oraz zdiagnozowanie po raz pierwszy u ubezpieczonego *raka objętego ochroną* w okresie obowiązywania umowy.

ZAWARCIE UMOWY

§ 4

1. Umowa zostanie 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 60 lat;
 - b) ubezpieczyciel otrzymał podpisany przez ubezpieczającego i ubezpieczonego wniosek;
 - c) ubezpieczony podał do wiadomości ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności o które zapytywał ubezpieczyciel zarówno podczas procesu weryfikacji przystąpienia do ubezpieczenia jak również na formularzu wniosku ubezpieczeniowego;
 - d) ubezpieczony podpisał oświadczenie o stanie zdrowia jako część procesu weryfikacji;
 - e) ubezpieczający opłacił pierwszą składkę;
 - f) ubezpieczyciel zaakceptował wniosek ubezpieczeniowy i 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.

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 składki.
3. Umowa przestaje obowiązywać gdy ubezpieczony ukończy 65 lat.
4. Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia umowy w każdym czasie ze skutkiem na koniec okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka.
5. Umowa kończy się w dniu śmierci ubezpieczonego, kiedy po raz pierwszy zostanie zdiagnozowany u ubezpieczonego rak objęty ochroną, z datą jej wypowiedzenia zgodnie z §5 ust. 4 lub §8 ust.2 lub §5 ust. 3, w zależności od tego, które z tych zdarzeń będzie pierwsze.

§ 6

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 są płatne miesięcznie w wysokości wskazanej w polisie, zgodnie z wyborem ubezpieczającego.
2. 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.
3. Składki zostały obliczone na poziomie niezmiennym dla całego okresu trwania ubezpieczenia. Składki uwzględniają rodzaj i wysokość sumy ubezpieczenia oraz prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzeń uprawniających do wypłaty należnych świadczeń w okresie trwania umowy, jak również opłaty, koszty zawarcia i obsługi umowy.

ZMIANA WYSOKOŚCI SUMY UBEZPIECZENIA

§ 9

1. Ubezpieczyciel, na wniosek ubezpieczającego za zgodą ubezpieczonego, 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 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.

ŚWIADCZENIE

§ 10

1. *Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w przypadku śmierci ubezpieczonego oraz w przypadku pierwszej diagnozy raka objętego ochroną u ubezpieczonego, pod warunkiem, że pierwsza diagnoza będzie po pierwszych 90 dniach od daty rozpoczęcia umowy i przed końcem okresu obowiązywania umowy jak określono w § 5 oraz ubezpieczony przeżyje co najmniej 14 dni od daty pierwszej diagnozy;*
2. Jeżeli pierwsza diagnoza *raka objętego ochroną*, wystąpi u *ubezpieczonego* przed upływem 90 dni od daty rozpoczęcia umowy i ubezpieczony przeżyje co najmniej 14 dni od daty pierwszej diagnozy, wypłata świadczenia jest ograniczona do kwoty równej 100% wartości wpłaconych składek ubezpieczeniowych.
3. Podczas całego okresu umowy suma ubezpieczenia będzie wypłacona raz. Maksymalne świadczenie należne ubezpieczonemu w okresie trwania umowy jest ograniczony do 100% wysokości *sumy ubezpieczenia* wskazanej w polisie.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 11

1. Obowiązek wypłaty świadczenia powstaje w przypadku w śmierci ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy oraz w przypadku zdiagnozowania po raz pierwszy u *ubezpieczonego raka objętego ochroną* w okresie obowiązywania umowy, pod warunkiem, że *ubezpieczony* przeżyje co najmniej 14 dni od daty pierwszej *diagnozy*.
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. Wypłata wszystkich świadczeń następuje w ciągu 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. Osoba występująca z roszczeniem jest zobowiązana podać wszystkie znane sobie okoliczności, zgodnie ze stanem faktycznym.

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. Obowiązek wypłaty świadczenia z tytułu zdiagnozowania raka nie występuje, jeśli u ubezpieczonego pierwsza diagnoza raka objętego ochroną wynika bezpośrednio z/ lub jest skutkiem:
 - a) raka skóry innego niż czerniak lub *rak in situ skóry*;
 - b) *hiperkeratozy*, czerniaków i *raków* komórek

warstwy podstawnej i komórek płaskich nabłonka;

- c) raka gruczołu krokowego (prostata) histologicznie sklasyfikowanego jako niższy niż T2NOMO w klasyfikacji TNM lub niższy niż 6 punktów w skali Gleasona;
 - d) przewlekłej białaczki limfatycznej sklasyfikowanej jako białaczka z grupy B lub C w klasyfikacji Bineta;
 - e) wszelkich guzów histologicznie traktowanych jako stan przedrakowy;
 - f) promieniowania, reakcji jądrowej, skażenia radioaktywnego, skażenia chemicznego, w tym skażenia truciznami, gazami trującymi lub oparami;
 - g) zdiagnozowanie raka po śmierci;
 - h) zdiagnozowanie raka po 65 urodzinach ubezpieczonego;
 - i) diagnozy postawionej przez kogoś innego niż uprawnionego lekarza.
3. Obowiązek wypłaty świadczenia z tytułu zdiagnozowania raka nie występuje, jeżeli ubezpieczony:
 - a) miał *istniejącego wcześniej* raka lub *istniejące wcześniej* złośliwe zmiany w komórkach w dowolnej części ciała potwierdzone *diagnozą* ;
 - b) miał zmiany przed rozpoczęciem ochrony z umowy *dodatkowej*, które zostały zdefiniowane w zakresie badań *histologicznych* i/ lub wstępnie zdiagnozowane jako *przednowotworowe*, raka nieinwazyjny lub *raka in situ*;
 - c) konsultował się z lekarzem w przypadku grudek lub innych objawów *raka* i przeszedł w tym kierunku testy przed rozpoczęciem umowy dodatkowej;
 - d) otrzymał jakąkolwiek pomoc lekarską,

wystąpiły jakiegokolwiek symptomy, miał jakiegokolwiek testy, przeprowadzone leczenie lub zażywał jakiegokolwiek lekarstwa w odniesieniu do *raka* w ciągu pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony.

4. 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. pozostawianiem 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).

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

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

OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

§ 14

1. *Ubezpieczający i ubezpieczony* (dalej w niniejszym ustępie: „Osoby, których dotyczą dane”) poprzez podpisanie zgody na odpowiednim *wniosku* lub w jakiejkolwiek innej formie lub w formie ustnej dobrowolnej deklaracji wyrażenia zgody podczas nagrywanej rozmowy telefonicznej, udziela zgody *ubezpieczycielowi i 4Life Direct* wraz z powiązanymi z nimi kapitałowo spółkom grupy (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, Administratorom 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 procesowania, w tym zarządzania i przetwarzania danych jest zgoda Osób, których dotyczą dane. Administratorzy 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 Administratorów 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 administratorów danych, dotyczące osobistych okoliczności lub sytuacji finansowej (lub spraw biznesowych) klientów (w tym zgłaszających roszczenia), oraz umów klientów z *ubezpieczycielem*. Klient, dla celów niniejszego ustępu, oznacza *ubezpieczającego* i *ubezpieczonego*, *beneficjenta*, jakkolwiek inną osobę, która składa ofertę zawarcia umowy *ubezpieczycielowi* i która jest uprawniona do otrzymania *świadczenia* od *ubezpieczyciela*.

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 administratorów 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, administrator danych przekazuje 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 piśmie 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.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 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, ubezpieczonego lub uposażonego 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.

§ 16

1. Ogólne warunki ubezpieczenia, *polisa* i *wniosek ubezpieczeniowy* składają się na umowę i stanowią podstawę do ustalenia warunków udzielanej przez *ubezpieczyciela* ochrony ubezpieczeniowej.
2. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych z tytułu umowy regulują przepisy ustawy o podatku

dochodowym od osób fizycznych.

3. *Polisa* nie posiada wartości wykupu.
4. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie właściwe przepisy prawa polskiego.
5. 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, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

RP/OWU/v2/25.03.2017



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