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 na wypadek pobytu w szpitalu „Ochrona Szpitalna" (dalej zwane „OWU"):

1. Tytuł otrzymuje nowe następujące brzmienie „OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU "OCHRONA SZPITALNA".
2. § 1 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie i na Wypadek pobytu w szpitalu „Ochrona Szpitalna", przyjęte w dniu 16 października 2018r. przez Zarząd Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited, zwane dalej OWU, stosuje się do umów zawieranych od 15 listopada 2018r".
3. § 1 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie „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. Umowa może być zawarta na warunkach uzgodnionych przez strony umowy".
4. § 2 pkt 19 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;. W przypadku, gdy Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej opuszczą Unię Europejską bez wystarczających umów prawnych (twardy Brexit), aby umożliwić ubezpieczycielowi dalsze świadczenie usług ubezpieczeniowych w Unii Europejskiej, ubezpieczyciel planuje przeniesienie siedziby do państwa członkowskiego Unii Europejskiej, o czym poinformuje ubezpieczającego, jeżeli taka sytuacja będzie miała miejsce".
5. W § 2 punkty od 21 do 24 otrzymują odpowiednio nową numerację od 22 do 25.
6. Z zastrzeżeniem poprzedzającego postanowienia Aneksu, w § 2 dodaje się nowy punkt 21 o następującym brzmieniu „uposażony – osobę fizyczną lub prawną wskazaną przez ubezpieczającego za zgodą ubezpieczonego jako uprawnioną do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego".
7. § 3 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i hospitalizacja ubezpieczonego".
8. § 3 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy oraz pobyt ubezpieczonego w szpitalu w okresie obowiązywania umowy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku wymagających hospitalizacji, jeśli przyjęcie do szpitala w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpi nie później niż 30 dni od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku oraz w zgodzie z zapisami OWU".
9. 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".
10. Tytuły oraz paragrafy do nich przypisane począwszy od § 7 (SKŁADKI) do § 14 (POSTANOWIENIA KOŃCOWE) otrzymują odpowiednio nową numerację od § 8 do § 15.
11. 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".

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

a. § 5 ust. 3 „Umowa zostaje zawarta na okres 5 lat od daty rozpoczęcia odpowiedzialności wskazanej w polisie, z zastrzeżeniem § 6 i § 8 poniżej. *Ubezpieczyciel* poinformuje *ubezpieczającego* o warunkach przedłużenia umowy w terminie co najmniej 45 dni przed upływem okresu na jaki została zawarta".

b. § 6 ust. 3 „Jeżeli umowa została zawarta w wariancie ze współmałżonkiem, po ustaniu związku małżeńskiego lub nieformalnego, o których mowa w § 2 punkt 24, na wniosek ubezpieczającego i po akceptacji ubezpieczonych, umowa może być kontynuowana w wariancie ze współmałżonkiem na dotychczasowych warunkach lub w wariancie indywidualnym dla każdego z ubezpieczonych na warunkach przedstawionych przez ubezpieczyciela".

c. § 9 ust. 3 „W przypadku dodania do umowy kolejnej osoby ubezpieczonej, terminy, o których mowa w §10 ust. 5, będą liczone od daty dodania osoby ubezpieczonej, ale tylko dla osoby, która zostaje dodana do ubezpieczenia".

d. § 9 ust. 4 „W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia, terminy, o których mowa w § 10 ust. 5 będą liczone od daty podwyższenia sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie, ale tylko dla kwoty, o którą podwyższona została suma ubezpieczenia".

e. § 10 ust. 4 „W okresie trwania umowy ubezpieczyciel wypłaci jednorazowe świadczenie w wysokości równej 5-krotności kwoty dziennego świadczenia wskazanego w polisie w przypadku gdy ubezpieczony jest leczony chemioterapią lub radioterapią. Świadczenie to przysługuje każdemu ubezpieczonemu zgodnie z § 10 punkt 5b i wyłączeniami wskazanymi w § 12 i ogranicza się do jednej wypłaty świadczenia dla każdego ubezpieczonego w trakcie trwania umowy".

13. § 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".

14. § 10 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w przypadku śmierci ubezpieczonego oraz za okres hospitalizacji dłuższy niż 2 dni w wyniku choroby lub uszkodzenia ciała. Hospitalizacja w rozumieniu niniejszych OWU nie obejmuje dnia, w którym ubezpieczony został wypisany ze szpitala".

15. § 10 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Świadczenie dzienne z tytułu hospitalizacji dotyczące dzieci, które nie ukończyły 5. roku życia, wynosi 50% świadczenia dziennego określonego w polisie".

16. § 11 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie „Obowiązek wypłaty świadczenia powstaje w przypadku w śmierci ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy oraz hospitalizacji ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy. Świadczenie będzie wypłacone w terminie 7 dni roboczych od daty dostarczenia do 4Life Direct kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia zgodnie ze wzorem umieszczonym na stronie internetowej 4Life Direct i jest przekazywane w wysokości określonej w polisie oraz wynikającej z § 10. Termin wypłaty świadczeń nie przekroczy terminów do wypłaty określonych przepisami prawa".

17. § 12 otrzymuje nowe następujące brzmienie „1. Obowiązek wypłaty świadczenia nie zachodzi, jeśli śmierć lub hospitalizacja 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 i terroryzmu; d. 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; e. uprawiania wspinaczki górskiej i jaskiniowej, nurkowania, skoków spadochronowych, skoków na bungee, lotniarstwa, sportów zimowych, wodnych lub motorowych, rekreacyjnie uprawianych sportów walki oraz każdego sportu uprawianego zawodowo; f. pozostawania przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub leków upośledzających możliwość postrzegania, możliwości poznawcze oraz możliwości podejmowania swobodnych decyzji z wyjątkiem leków przepisanych przez uprawnionego lekarza; g. używania narkotyków, alkoholu, uzależnienia, psychoterapii, leczenia chorób i zaburzeń natury psychicznej; 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); 2. Obowiązek wypłaty *świadczenia* nie zachodzi, jeśli *hospitalizacja ubezpieczonego* nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń: a. ponownego przyjęcia do szpitala z tej samej przyczyny w okresie 12 miesięcy z zastrzeżeniem § 10 ust. 4c; b. hospitalizacji spowodowanej rutynowymi lub innymi badaniami, które nie są bezpośrednio wynikiem choroby lub nieszczęśliwego wypadku; c. hospitalizacji wynikającej z choroby istniejącej ; d. kosmetycznych zabiegów stomatologicznych; e. zabiegów chirurgii plastycznej, kosmetycznej, niepłodności, otyłości, zabiegów sztucznego zapłodnienia lub zabiegów wynikających z wyboru ubezpieczonego, chyba że są wynikiem obrażeń doznanych w nieszczęśliwym wypadku; f. pobytów w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, sanatoriach, prewentoriach, hospicjach, ośrodkach leczniczych i uzdrowiskowych, spa, szpitali uzdrowiskowych i sanatoryjnych, wodolecznictwa lub w miejscach odbywania kwarantanny, placówkach lecznictwa odwykowego i placówkach rehabilitacyjno- uzdrowiskowych; g. przypadków hospitalizacji, gdy ubezpieczony nie zostanie skierowany na nią przez uprawnionego lekarza; h. ciąży i porodu ubezpieczonego; i. astmy oskrzelowej, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POCHP), przewlekłego zapalenia oskrzeli. 3. Hospitalizacją nie jest, w rozumieniu niniejszych OWU, pobyt w szpitalu w celach rehabilitacyjnych. 4. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci ubezpieczonego.

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

SKOROWIDZ

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU „OCHRONA SZPITALNA”

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 POBYTU W SZPITALU ”OCHRONA SZPITALNA”

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie i na Wypadek pobytu w szpitalu „Ochrona Szpitalna”, przyjęte w dniu 16 października 2018 r. przez Zarząd Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited, zwane dalej OWU, stosuje się do umów zawieranych od 15 listopada 2018 r.
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. Umowa może być zwarta na warunkach uzgodnionych przez strony 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 numerem 11185495/A;
2. ***choroba*** – reakcję organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadzącą do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, będącą podstawą diagnozy lekarskiej, która rozpoczęła się i trwa w okresie obowiązywania umowy;

3. ***choroba istniejąca*** *uszkodzenie ciała, chorobę* lub choroby, na które zachorował *ubezpieczony* lub z powodu których rozpoczęto postepowanie diagnostyczno-lecznicze przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela, wymagające opieki lekarza, leczenia lub hospitalizacji. Definicja ta obejmuje również choroby które są następstwem i powikłaniem choroby istniejącej, nawet jeśli wystąpiły w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela;
4. ***dziecko/ dzieci*** – dzieci naturalne lub przysposobione, od 6. miesiąca do 18. roku życia, pozostające na utrzymaniu *ubezpieczonego*, wymienione w *polisie*;
5. ***chemioterapia*** – metodę systemowego leczenia choroby nowotworowej za pomocą leków stosowanych dożylnie lub doustnie. Są to leki stosowane do niszczenia komórek nowotworowych lub zatrzymania ich wzrostu (mogą to być leki cytostatyczne, leki ukierunkowane lub terapia biologiczna). Chemioterapią w rozumieniu OWU nie jest terapia hormonalna;
6. ***hospitalizacja*** – całodobowy pobyt w *szpitalu* służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorego na zlecenie *lekarza*, włącznie z dniem przyjęcia;
7. ***lekarz*** – osobę posiadającą właściwe kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych, potwierdzone wymaganymi przez prawo Rzeczypospolitej Polskiej dokumentami;
8. ***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* i *hospitalizacji*. Zawał serca, udar mózgu, wylew krwi do mózgu nie są uznawane za nieszczęśliwy wypadek. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się także następstw zdrowotnych dźwignięcia, długotrwałego lub nadmiernego wysiłku fizycznego;
9. ***podwójne świadczenie szpitalne*** – świadczenie dodatkowe podwajającą kwotę wypłaty *świadczenia* dziennego maksymalnie przez okres 14 dni, jeżeli *hospitalizacja* jest bezpośrednio wynikiem *nieszczęśliwego wypadku*;.
10. ***polisa*** – dokument wystawiony w imieniu u*bezpieczyciela* przez *4Life Direct* potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
11. ***radioterapia*** – leczenie nowotworów złośliwych promieniami jonizującymi;
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. ***szpital*** – zakład opieki zdrowotnej będący w rozumieniu obowiązujących przepisów zakładem lecznictwa 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, szpitali uzdrowiskowych i sanatoryjnych, placówek leczenia odwykowego, domów opieki dla rekonwalescentów i osób starszych, klinik i placówek leczenia schorzeń psychiatrycznych, nawet jeśli formalnie są według prawa polskiego „szpitalami”;
14. ***świadczenie*** – kwotę należną *ubezpieczonemu* w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, wypłacaną według zasad określonych w *umowie*;
15. ***świadczenie dodatkowe*** – wskazane w *polisie* świadczenie dodatkowe (jeżeli takie świadczenie wybrano), które za opłatą dodatkowej *składki* dołączono do *umowy* ubezpieczenia „Ochrona Szpitalna”;
16. ***świadczenie dzienne*** - kwotę wskazaną w aktualnej *polisie,* należną *ubezpieczonemu* za każdy dzień *hospitalizacji*, wypłacaną według zasad określonych w *umowie;*
17. ***ubezpieczający*** – osobę fizyczną zawierającą z *ubezpieczycielem umowę*; osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą zawierają umowę poza zakresem tej działalności;
18. ***ubezpieczony*** – osobę fizyczną wymienioną w *polisie*, na rzecz której zawarto *umowę*;
19. ***ubezpieczyciel*** – Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited z siedzibą przy Level 3, Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltar;. W przypadku, gdy Zjednoczone Królestwo Wielkiej Brytanii i

Irlandii Północnej opuszczą Unię Europejską bez wystarczających umów prawnych (twardy Brexit), aby umożliwić ubezpieczycielowi dalsze świadczenie usług ubezpieczeniowych w Unii Europejskiej, ubezpieczyciel planuje przeniesienie siedziby do państwa członkowskiego Unii Europejskiej, o czym poinformuje ubezpieczającego, jeżeli taka sytuacja będzie miała miejsce;

20. ***umowa*** – umowę ubezpieczenia „Ochrona Szpitalna" zawartą na podstawie *wniosku* oraz OWU;
21. uposażony – osobę fizyczną lub prawną wskazaną przez ubezpieczającego za zgodą ubezpieczonego jako uprawnioną do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego;
22. ***uszkodzenie ciała*** – fizyczne uszkodzenie ciała doznane przez *ubezpieczonego* w wyniku działania siły mechanicznej, środków chemicznych lub temperatury, wymagające porady lekarskiej, leczenia, opieki lub *hospitalizacji*;
23. ***wniosek*** – wniosek ubezpieczeniowy o zawarcie *umowy* złożony na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela;
24. ***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;
25. ***świadczenie za bezszkodowość*** – kwotę wypłacaną po upływie 5 rocznicy umowy i po upływie każdych następnych 5 lat obowiązywania umowy, pod warunkiem, że na dzień wypłaty *świadczenia za bezszkodowość* umowa nadal obowiązuje i nie została wypowiedziana przez ubezpieczającego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i hospitalizacja ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy oraz pobyt ubezpieczonego w szpitalu w okresie obowiązywania umowy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku wymagających hospitalizacji, jeśli przyjęcie do szpitala w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpi nie później niż 30 dni od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku oraz w zgodzie z zapisami OWU.
3. *Umowa* może być zawarta w jednym z trzech wariantów:

a. indywidualnym, z jednym *ubezpieczonym*;
b. ze *współmałżonkiem* ubezpieczonego jako dodatkowo *ubezpieczonym*;
c. rodzinnym, ze *współmałżonkiem* i *dziećmi* (do 3) wskazanymi w *polisie* jako dodatkowi *ubezpieczeni*. *Umową* ubezpieczenia w wariancie rodzinnym objętych może zostać więcej niż 3 *dzieci*, po opłaceniu dodatkowej *składki* za każde kolejne *dziecko*.

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 (chyba, że *ubezpieczony* wymieniony jest w *polisie* jako *dziecko*), a *ubezpieczony* nie ma ukończonych 76 lat;
b. *ubezpieczyciel* otrzymał podpisany przez ubezpieczającego i ubezpieczonego *wniosek*;
c. *ubezpieczyciel* pozytywnie zweryfikował *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.* 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, z zastrzeżeniem §6 i §8 poniżej. *Ubezpieczyciel* poinformuje *ubezpieczającego* o warunkach przedłużenia umowy w terminie co najmniej 45 dni przed upływem okresu na jaki została zawarta.
4. W celu akceptacji warunków przedłużenia umowy zaproponowanych przez *ubezpieczyciela* zgodnie z ust. 3 powyżej, *ubezpieczający* jest zobowiązany opłacić składkę wynikającą z tych warunków. Jeżeli *składka* wynikająca z warunków przedłużenia umowy nie zostanie opłacona, umowa nie będzie kontynuowana i zostanie rozwiązana z końcem okresu na jaki została zawarta i za jaki została zapłacona odpowiednia składka.
5. Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia umowy w każdym czasie ze skutkiem na koniec okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka.
6. Dzieci objęte ubezpieczeniem, po osiągnięciu wieku 18 lat (tj w dniu ukończenia 18 roku życia), automatycznie przestają być objęte ubezpieczeniem na warunkach określonych polisą. Gdy *ubezpieczony* lub *współmałżonek* kończą 80 lat (tj. w dniu ukończenia 80 roku życia), ubezpieczenie przestaje działać dla tej osoby, która przekracza wspomniany wiek.
7. Umowa kończy się w miesiącu w którym zostanie wypłacone świadczenie za maksymalna liczbę dni hospitalizacji.

WARIANTY

§ 6

1. *Umowa* kończy się w dniu śmierci *ubezpieczonego* lub z dniem ukończenia przez *ubezpieczonego* 80 lat, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. Jeżeli *umowa* została zawarta w wariancie ze *współmałżonkiem* lub rodzinnym, po śmierci jednego ze *współmałżonków 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 *świadczenia dziennego*, zaś wariant rodzinny pozostaje bez zmian. *Umowa* zawarta w wariancie ze *współmałżonkiem* lub rodzinnym wygasa w dniu śmierci drugiego *współmałżonka* lub z dniem ukończenia przez niego 80 lat.
3. Jeżeli *umowa* została zawarta w wariancie ze *współmałżonkiem*, po ustaniu związku małżeńskiego lub nieformalnego, o których mowa w § 2 punkt 24, na wniosek *ubezpieczającego i* po akceptacji *ubezpieczonych*, *umowa* może być kontynuowana w wariancie ze *współmałżonkiem* na dotychczasowych warunkach lub w wariancie 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* są płatne miesięcznie w wysokości wskazanej w *polisie* oraz zgodnie z wyborem *ubezpieczającego.*
2. Jeżeli pomimo uprzedniego wezwania wystosowanego przez *ubezpieczyciela*, *ubezpieczający* nie dokonał wpłaty zaległej *składki*, odpowiedzialność *ubezpieczyciela* ustaje, a *umowa* wygasa z końcem terminu, za jaki została opłacona ostatnia *składka*.
3. *Składki* obliczane są w oparciu o wiek *ubezpieczonego* i uwzględniają rodzaj, poziom należnych świadczeń oraz prawdopodobieństwo wypłaty świadczeń w tym przedziale wieku, jak również opłaty oraz koszty związane z zawarciem i obsługą *umowy*.
4. W przypadku zaległości w opłacaniu *składek*, przekazywane kwoty przeznaczone są w pierwszej kolejności na pokrycie zaległości.

ZMIANA UMOWY

§ 9

1. *Ubezpieczyciel*, na wniosek *ubezpieczającego*, za zgodą *ubezpieczonego* przedstawia warunki dodania kolejnych *dzieci*, zmiany wariantu *umowy* oraz wysokości *dziennego świadczenia* wskazanego w *polisie. Ubezpieczyciel może także zaproponować zmianę warunków umowy tj. zaproponować dodanie świadczenia dodatkowego lub/i zaproponować podwyższenie wysokości świadczenia dziennego. .*
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.
3. W przypadku dodania do *umowy* kolejnej osoby ubezpieczonej, terminy, o których mowa w §10 ust. 5, będą liczone od daty dodania osoby ubezpieczonej, ale tylko dla osoby, która zostaje dodana do ubezpieczenia.
4. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia, terminy, o których mowa w § 10 ust. 5 będą liczone od daty podwyższenia sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie, ale tylko dla kwoty, o którą podwyższona została suma ubezpieczenia.

ŚWIADCZENIA

§ 10

1. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w przypadku śmierci ubezpieczonego oraz za okres hospitalizacji dłuższy niż 2 dni w wyniku choroby lub uszkodzenia ciała. Hospitalizacja w rozumieniu niniejszych OWU nie obejmuje dnia, w którym ubezpieczony został wypisany ze szpitala.
2. Świadczenie dzienne z tytułu hospitalizacji dotyczące dzieci, które nie ukończyły 5. roku życia, wynosi 50% świadczenia dziennego określonego w polisie.
3. Wypłacone *świadczenie* będzie równe sumie *świadczeń dziennych* za każdy dzień *hospitalizacji*, z tym zastrzeżeniem, iż świadczenie będzie płacone za maksymalnie 20 dni hospitalizacji w przypadku pobytu w szpitalu będącego przyczyną danego nieszczęśliwego wypadku, *choroby* czy *uszkodzenia ciała lub hospitalizacji powiązanej z* danym nieszczęśliwym wypadkiem, *chorobą* czy *uszkodzeniem ciała* aż do maksymalnie 80 dni wszystkich hospitalizacji w ciągu całego okresu trwania umowy.
4. W okresie trwania umowy *ubezpieczyciel* wypłaci jednorazowe *świadczenie* w wysokości równej 5-krotności kwoty dziennego *świadczenia* wskazanego w polisie w przypadku gdy ubezpieczony jest leczony *chemioterapią* lub *radioterapią.* Świadczenie to przysługuje każdemu ubezpieczonemu zgodnie z § 10 punkt

5b i wyłączeniami wskazanymi w § 12 i ogranicza się do jednej wypłaty świadczenia dla każdego ubezpieczonego w trakcie trwania umowy.

5. Obowiązują następujące „okresy karencji”:

a. *hospitalizacja* w następstwie *nieszczęśliwego wypadku* – odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem oznaczonym w *polisie* (tj. nie ma „okresu karencji”);

b. *hospitalizacja* w następstwie *choroby* – podlega ubezpieczeniu po 6 miesiącach, licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela;

6. Obowiązek wypłaty *świadczenia za bezszkodowość* w wysokości 10% wszystkich składek zapłaconych w poprzednich 5 latach obowiązywania umowy powstaje w przypadku, gdy umowa pozostaje w mocy na koniec każdego 5 roku obowiązywania umowy i nie została wypowiedziana. Wypłata *świadczenia za bezszkodowość* jest należna, jeżeli w poprzednich 5 latach nie zostało wypłacone żadne świadczenie wynikające z obowiązywania umowy.

7. Jeżeli do umowy dodano podwójne świadczenie szpitalne o którym mowa w § 2 punkt 9 niniejszych OWU, za pierwsze 14 dni *hospitalizacji* będącej następstwem *nieszczęśliwego wypadku* zostanie wypłacona podwójna wysokość kwoty świadczenia dziennego. Kolejne hospitalizacje dotyczące tego samego *nieszczęśliwego wypadku* będą wypłacone w kwocie podstawowej *świadczeni*a dziennego.

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 11

1. Obowiązek wypłaty świadczenia powstaje w przypadku w śmierci ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy oraz hospitalizacji ubezpieczonego w okresie obowiązywania umowy. Świadczenie będzie wypłacone w terminie 7 dni roboczych od daty dostarczenia do 4Life Direct kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia zgodnie ze wzorem umieszczonym na stronie internetowej 4Life Direct i jest przekazywane w wysokości określonej w polisie oraz wynikającej z § 10. Termin wypłaty świadczeń nie przekroczy terminów do wypłaty określonych przepisami prawa.
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. Zgłaszający roszczenie jest zobowiązany do powiadomienia ubezpieczyciela za pośrednictwem 4Life Direct o zdarzeniu stanowiącym podstawę wypłaty świadczenia w terminie 7 dni od dnia, w którym zdarzenie nastąpiło lub w terminie 7 dni od dnia ustania przyczyny niemożności powiadomienia, wynikłej ze stanu zdrowia osoby zgłaszającej roszczenie.
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

§ 12

1. Obowiązek wypłaty świadczenia nie zachodzi, jeśli śmierć lub hospitalizacja 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 i terroryzmu;

d. 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;
e. uprawiania wspinaczki górskiej i jaskiniowej, nurkowania, skoków spadochronowych, skoków na bungee, lotniarstwa, sportów zimowych, wodnych lub motorowych, rekreacyjnie uprawianych sportów walki oraz każdego sportu uprawianego zawodowo;
f. pozostawania przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub leków upośledzających możliwość postrzegania, możliwości poznawcze oraz możliwości podejmowania swobodnych decyzji z wyjątkiem leków przepisanych przez uprawnionego lekarza;
g. używania narkotyków, alkoholu, uzależnienia, psychoterapii, leczenia chorób i zaburzeń natury psychicznej;
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);
2. Obowiązek wypłaty *świadczenia* nie zachodzi,
jeśli *hospitalizacja ubezpieczonego* nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń:
a. ponownego przyjęcia do szpitala z tej samej przyczyny w okresie 12 miesięcy z zastrzeżeniem § 10 ust. 4c;
b. hospitalizacji spowodowanej rutynowymi lub innymi badaniami, które nie są bezpośrednio wynikiem choroby lub nieszczęśliwego wypadku;
c. hospitalizacji wynikającej z choroby istniejącej;
d. kosmetycznych zabiegów stomatologicznych;
e. zabiegów chirurgii plastycznej, kosmetycznej, niepłodności, otyłości, zabiegów sztucznego zapłodnienia lub zabiegów wynikających z wyboru ubezpieczonego, chyba że są wynikiem obrażeń doznanych w nieszczęśliwym wypadku;
f. pobytów w zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych, sanatoriach, prewentoriach, hospicjach, ośrodkach leczniczych i uzdrowiskowych, spa, szpitali uzdrowiskowych i sanatoryjnych, wodolecznictwa lub w miejscach odbywania kwarantanny, placówkach lecznictwa odwykowego i placówkach rehabilitacyjno- uzdrowiskowych;
g. przypadków hospitalizacji, gdy ubezpieczony nie zostanie skierowany na nią przez uprawnionego lekarza;
h. ciąży i porodu ubezpieczonego;
i. astmy oskrzelowej, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POCHP), przewlekłego zapalenia oskrzeli.
3. Hospitalizacją nie jest, w rozumieniu niniejszych OWU, pobyt w szpitalu w celach rehabilitacyjnych.
4. 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.
4. 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. Dane osobowe Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Uposażonych (dalej łącznie jako „Podmioty Danych" lub z osobna jako „Podmiot Danych") będą przetwarzane przez Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited z siedzibą przy Level 3, Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltar (dalej jako „Administrator Danych") w celu zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym wypłaty świadczeń wynikających z umów ubezpieczenia, dokonywania oceny ryzyka oraz podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia.
2. Administrator Danych wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować pocztą elektroniczną pod adresem email: underwriter@redsands.gi lub pisząc na adres Red Sands Life AssuranceCompany (Europe) Limited z siedzibą przy Level 3, Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltar.
3. Podstawą przetwarzania danych osobowych Podmiotów Danych jest art. 6 ust. 1 lit. b), lit. c) i lit. f) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
4. Przetwarzanie danych osobowych Podmiotów Danych jest dokonywane w celach związanych z zawarciem i wykonywaniem umowy ubezpieczenia, w tym w szczególności wypłaty świadczeń przysługujących uprawnionym podmiotom na podstawie tej umowy, wykonania obowiązków wynikających z obowiązujących przepisów prawa oraz zabezpieczenia przed ewentualnymi roszczeniami.
5. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do realizacji celu przetwarzania.
6. Podmiotowi Danych przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania oraz przenoszenia danych.
7. Podmiotowi Danych przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
8. Odbiorcami danych osobowych Podmiotów Danych będą: 4Life Direct sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, podmioty realizujące na rzecz Podmiotów Danych świadczenia z tytułu umów dodatkowych, wskazanych w polisie (jeżeli taką opcję wybrał ubezpieczający) , a także podmioty świadczące na rzecz Administratora Danych usługi w zakresie obsługi IT oraz związane z weryfikacją praw do świadczeń, przysługujących Podmiotom Danych na podstawie umowy ubezpieczenia.
9. Dane osobowe Podmiotów Danych mogą podlegać przekazaniu do państw trzecich (spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego), wśród nich takich, co do których Komisja Europejska nie wydała decyzji o stwierdzeniu lub braku odpowiedniego stopnia ochrony danych osobowych. W takich przypadkach dane będą przekazywane zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa z

zapewnieniem odpowiednich zabezpieczeń, na podstawie standardowych klauzul ochrony danych przyjętych przez Komisję Europejską. Podmiot Danych może uzyskać kopię danych osobowych przekazywanych do państwa trzeciego.

10. 10. Dane osobowe Podmiotów Danych będą przetwarzane przez czas niezbędny do realizacji umowy ubezpieczenia, a po tym okresie dla celów i przez czas oraz w zakresie wymaganym przez powszechnie obowiązujące przepisy prawa, lub dla zabezpieczenia ewentualnych roszczeń.
11. Dane Podmiotów Danych uważane są za tajemnicę ubezpieczenia. Tajemnica ubezpieczenia oznacza wszelkie dane – inne niż informacje poufne – będące w posiadaniu Administratorów Danych, dotyczące osobistych okoliczności lub sytuacji finansowej (lub spraw biznesowych) klientów (w tym zgłaszających roszczenia), oraz umów klientów z ubezpieczycielem. Klient, dla celów niniejszego ustępu, oznacza ubezpieczającego i ubezpieczonego, beneficjenta, jakąkolwiek inną osobę, która składa ofertę zawarcia umowy ubezpieczycielowi i która jest uprawniona do otrzymania świadczenia od ubezpieczyciela.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 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 powinny być składane przez *ubezpieczającego* lub *ubezpieczonego* w języku polskim na adres *4Life Direct* wskazany w § 2 punkt 1. Jeżeli zachodzi konieczność tłumaczenia dokumentacji związanej z wypłatą *świadczenia*, obowiązek dostarczenia tłumaczenia, dokonanego przez tłumacza przysięgłego, spoczywa na osobie wnioskującej o wypłatę *świadczenia.*

3. *Ubezpieczony* i *ubezpieczający* mają obowiązek informowania ubezpieczyciela za pośrednictwem *4Life Direct* o każdej zmianie danych kontaktowych zawartych we *wniosku.*
4. Ogólne Warunki Ubezpieczenia, polisa i 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. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie właściwe przepisy prawa polskiego.
7. W przypadku sporu miedzy 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.

DH/OWU/v3/15.11.2018

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