OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA OD NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW „OCHRONA DLA DZIECKA”

01.06.2023

SKOROWIDZ OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA OD NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW „OCHRONA DLA DZIECKA”

Rodzaj informacji/ postanowienia wzorca umownego	Nr zapisu
1. przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 pkt. 2 § 8, § 10
2. ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 8 pkt. 2, 4, 6 § 11

1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków „Ochrona dla Dziecka”, przyjęte Uchwałą Zarządu Quantum Leben AG z siedzibą Städtle 18, 9490 Vaduz, Liechtenstein, zwane dalej „OWU”, stosuje się do umów zawieranych od 01 czerwca 2023 r.
2. Zmiany OWU mogą nastąpić tylko w przypadku zmiany prawa lub na skutek wytycznych organów administracji. Wszelkie zmiany OWU wymagają formy pisemnej albo innej formy uzgodnionej z ubezpieczającym oraz ich doręczenia drugiej stronie umowy.
3. Umowa, do której zastosowanie mają OWU, może zostać zawarta zarówno poprzez złożenie pisemnego wniosku, jak i przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, z zachowaniem obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa.

2. DEFINICJE

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. **Bójka** – starcie dwóch albo więcej osób wzajemnie zadających sobie razy (ciosy), z których każda występuje w podwójnym charakterze (jako napadnięty i napastnik);
3. **Choroba** – reakcję organizmu na działanie czynnika chorobo twórczego, prowadzącą do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, będącą podstawą diagnozy lekarskiej, która rozpoczęła się i trwa w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela;
4. **Choroba istniejąca**– chorobę lub choroby, na które zachorował ubezpieczony w okresie 10 (dziesięciu) lat poprzedzających rozpoczęcie odpowiedzialności ubezpie czyciela lub uszkodzenie ciała będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, którego ubezpieczony doznał przed rozpoczęciem odpowiedzialności ubezpieczyciela, wymagające opieki lekarza, leczenia lub hospitalizacji;
5. **Dziecko**– w rozumieniu OWU jest to osoba od 1. (pierwszego) roku życia do ukończenia 21. (dwudziestego pierwszego) roku życia;

6. **Hospitalizacja** – pobyt ubezpieczonego w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku trwający nieprzerwanie minimum 7 (siedem) dni, licząc od dnia przyjęcia do szpitala. Hospitalizacja powinna mieć miejsce w terminie 30 (trzydziestu) dni od daty nieszczęśliwego wypadku i służyć przywracaniu lub poprawie zdrowia u ubezpieczonego na zlecenie lekarza. Hospitalizacja w rozumieniu niniejszych OWU nie obejmuje dnia, w którym ubezpieczony został wypisany ze szpitala;
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 miało miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej. Za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się omdlenia, zasłabnięcia, ataku epilepsji i innych chorób, nawet występujących nagle;
9. **Paraplegia** – całkowite, trwałe i nieodwracalne porażenie dwukończynowe obejmujące nogi;
10. **Polisa** – dokument wystawiony przez ubezpieczyciela i dostarczony przez 4Life Direct potwierdzający zawarcie umowy;
11. **Rodzic Ubezpieczonego**– osoba posiadająca władzę rodzicielską i uprawnienia nad ubezpieczonym lub opiekun Ubezpieczonego ustanowiony przez sąd. Za rodzica uważa się również ojca lub matkę dziecka w wieku od 18. (osiemnastego) do 21. (dwudziestego pierwszego) roku życia, pomimo ustania władzy rodzicielskiej nad dzieckiem;
12. **Rok polisowy**– to okres 12 miesięcy liczony od daty rozpoczęcia odpowiedzialności wskazanej na polisie, w następnych latach: każde kolejne 12 miesięcy liczone od następnego dnia po zakończeniu roku polisowego.
13. **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;
14. **Suma ubezpieczenia**– kwotę wskazaną w aktualnej polisie wypłacaną według zasad określonych w umowie;
15. **świadczenie** – kwotę należną osobie uprawnionej, wypłacaną zgodnie z ogólnymi warunkami umowy w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego
16. **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, placówek leczenia odwykowego, klinik i placówek leczenia schorzeń psychiatrycznych, nawet jeśli formalnie według prawa polskiego są „szpitalami”;
17. **Tetraplegia** – całkowity, trwały i nieodwracalny niedowład czterokończynowy uniemożliwiający korzystanie z funkcji wszystkich kończyn;
18. **Trwałe uszkodzenie mózgu** – śmierć tkanki mózgowej, której skutkiem jest stały i nieodwracalny deficyt neurologiczny;
19. **Ubezpieczający** – osobę fizyczną zawierającą z ubezpie czycielem umowę; osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą zawierają umowę poza zakresem tej działalności; W przypadku zawarcie umowy z inną osobą niż rodzic dziecka czy ubezpieczony niezbędne jest uzyskanie zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową przez rodzica dziecka.
20. **Ubezpieczony** – dziecko na rachunek którego została zawarta umowa ubezpieczenia;
21. **Ubezpieczyciel** – Quantum Leben AG zarejestrowany w Liechtensteinie w Rejestrze Handlowym pod numerem FL-0002.124.995-9, z siedzibą przy Städtle 18, 9490 Vaduz, Liechtenstein, Licencjonowanego i regulowanego przez Urząd ds. rynku finansowego („FMA”);
22. **Umowa** – umowę ubezpieczenia zawartą na podstawie wniosku oraz OWU;

23. **Uposażony** – osobę fizyczną lub prawną wskazaną przez ubezpieczającego za zgodą ubezpieczonego lub rodzica ubezpieczonego jeżeli ubezpieczony ma mniej niż 18 (osiemnaście) lat uprawnioną do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
24. **Uszkodzenie ciała**– fizyczne uszkodzenie ciała, wymienione w Tabeli Świadczeń, doznane przez ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, wymagające porady lekarskiej, leczenia, opieki lub hospitalizacji;
25. **Utrata funkcji kończyn(y)** – całkowitą, stałą i nieodwracalną fizyczną utratę kończyn(y) (amputacja urazowa) lub jej funkcji powyżej nadgarstka lub stawu skokowego. Ampu tacja kończyny będąca następstwem leczenia i powikłań chorób nie jest amputacją urazową w rozumieniu OWU;
26. **Utrata mowy**– całkowitą, trwałą i nieodwracalną utratę zdolności mówienia;
27. **Utrata słuchu**– trwałą i nieodwracalną utratę słuchu w stopniu większym niż 95 decybeli we wszystkich częstotliwościach mierzoną w uchu o lepszej słyszalności za pomocą audiogramu;
28. **Utrata wzroku–** całkowitą, trwałą i nieodwracalną utratę wzroku w stopniu, w którym nawet przy użyciu pomocy wizualnych, badanie wzroku wynosi 3/60 lub mniej w skali ostrości wzroku przy użyciu tablic Snellena;
29. **Wniosek** – wniosek ubezpieczeniowy o zawarcie umowy sporządzony w formie pisemnej lub przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość;
30. **Wnioskodawca**– osobę występującą z roszczeniem.
31. **Złamanie**– przerwanie ciągłości kości wskutek nieszczęśliwego wypadku potwierdzone badaniami diagnostycznymi. Złamania wieloodłamowe tej samej kości traktowane są jako jedno złamanie w ramach jednego zdarzenia. Za złamanie, w rozumieniu niniejszych OWU, nie uznaje się złamań w miejscu zmian patologicznych, tj. złamań w obrębie tkanki kostnej zmienionej procesem chorobowym. Złamanie odnosi się do następujących kategorii złamań:
    a. kość biodrowa– złamanie kości biodrowej;
    b. kość szczękowa– parzyste kości twarzoczaszki;
    c. kręgosłup– złamanie kości kręgosłupa, w tym kości krzyżowej i guzicznej;
    d. łopatka– złamanie kości łączącej kość ramienną z obojczykiem;
    e. noga – złamanie kości udowej, piszczelowej, strzałkowej i pięty, z wyłączeniem rzepki, pozostałych kości stępu, śródstopia i palców
    f. obojczyk– złamanie kości łączącej łopatkę i mostek;
    g. ramię – złamanie kości ramiennej, łokciowej oraz pro- mieniowej, z wyłączeniem kości nadgarstka, śródręcza i palców
    h. żuchwa – nieparzysta ruchoma część twarzoczaszki.

3. PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje
    a. śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz;
    b. uszkodzenie ciała ubezpieczonego w wyniku nieszczę śliwego wypadku, które miały miejsce w okresie odpowie dzialności ubezpieczyciela.

4. ZAWARCIE UMOWY

1. Umowa może zostać zawarta, jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:
    a. w dniu jej zawarcia ubezpieczający ma ukończone 18 (osiemnaście) lat;
    b. w dniu jej zawarcia ubezpieczony ma ukończony 1. (pierwszy) rok życia i nie ma ukończonych 17 (siedemnastu) lat;
    c. ubezpieczyciel zaakceptował wniosek i na dowód zawarcia umowy wystawił oraz doręczył ubezpieczającemu polisę.
2. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy lub zaproponowania zmiany jej warunków, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

5. OBOWIĄZYWANIE UMOWY

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od daty wskazanej w polisie jako data rozpoczęcia odpowie dzialności jednak nie wcześniej niż po zaksięgowaniu składki na rachunku bankowym 4Life Direct.
2. Ubezpieczający ma prawo do 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 mu wpłacone składki.
3. Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia umowy w każdym czasie ze skutkiem na koniec okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka.
4. W przypadku, gdy ubezpieczony ukończy 21. (dwudziesty pierwszy) rok życia odpowiedzialność ubezpieczyciela wygasa.
5. Umowa rozwiązuje się w dniu śmierci ubezpieczonego lub z datą wypowiedzenia umowy zgodnie z § 5 punkt 3 oraz § 6 punkt 2, lub z dniem ukończenia przez ubezpieczonego 21. roku życia, lub z datą wypłacenia sumy ubezpieczenia zgodnie z § 8 punkt 6, 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.
7. Umowa rozwiązuje się z datą wypłaty przez ubezpieczyciela świadczenia, które wraz z kwotą wypłaconych wcześniej świadczeń będzie równe sumie ubezpieczenia, zgodnie z § 8 punkt 6.

6. SKŁADKI

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 (trzydziestu) dni od terminu jej wymagalności, umowę uważa się za wypowiedzianą przez ubezpieczającego, a odpowiedzialność ubezpieczyciela wygasa.
3. Składki zostały obliczone z uwzględnieniem rodzaju i wysokości sumy ubezpieczenia oraz prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń uprawniających do wypłaty należnych świadczeń w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, jak również opłat oraz kosztów zawarcia i obsługi umowy.

7. ZMIANA UMOWY

1. Ubezpieczyciel, na wniosek ubezpieczającego, a w przy padku gdy ubezpieczający i ubezpieczony to różne osoby, również za zgodą ubezpieczonego, przedstawia warunki zmiany umowy oraz wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie.
2. Jeżeli ubezpieczyciel pozytywnie rozpatrzy wniosek o zmianę umowy, dostarczy ubezpieczającemu nową polisę stanowiącą potwierdzenie dokonania zmiany.
3. Ubezpieczający może odstąpić od uzgodnionych zmian umowy w ciągu 30 (trzydziestu) dni od daty rozpoczęcia obowiązywania nowej sumy ubezpieczenia i jest uprawniony do otrzymania zwrotu różnicy zapłaconej składki. Jeżeli do czasu zawarcia zmian w umowie ubezpieczyciel nie poinformował ubezpieczającego o prawie do odstąpienia, okres 30 (trzydziestu) dni rozpoczyna się od dnia, w którym ubezpieczający został poinformowany o prawie do odstąpienia. W przypadku odstąpienia strony pozostają związane wcześniejszymi warunkami umowy. Ubezpie czający nie będzie uprawniony do zwrotu składki, jeżeli odstąpi od uzgodnionych zmian lub wypowie umowę po upływie 30 (trzydziestu) dni.

8. ŚWIADCZENIA

1. W przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczę śliwego wypadku ubezpieczyciel wypłaci uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w polisie.
2. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie za uszkodzenie ciała w przypadku, gdy ubezpieczony przeżyje okres co najmniej 14 (czternastu) dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
3. Wysokość świadczenia z tytułu uszkodzenia ciała uzależ niona jest od wysokości wybranej sumy ubezpieczenia i rodzaju uszkodzenia ciała ubezpieczonego, zgodnie z Tabelą Świadczeń.
4. Świadczenie z tytułu hospitalizacji będzie wypłacone tylko w przypadku, gdy hospitalizacja rozpocznie się w ciągu 30 (trzydziestu) dni od daty nieszczęśliwego wypadku i będzie trwała nieprzerwanie co najmniej 7 (siedem) dni. Z tytułu hospitalizacji będzie wypłacone 1 (jedno) świadczenie w ciągu roku polisowego i maksymalnie 5 (pięć) świadczeń w ciągu całego okresu trwania umowy ubezpieczenia.
5. Świadczenie za uszkodzenia ciała ubezpieczonego nie jest należne, jeżeli upłynęło więcej niż 12 (dwunastu) miesięcy od dnia nieszczęśliwego wypadku, za wyjątkiem tetraplegii, paraplegii oraz trwałego uszkodzenia mózgu.
6. Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie jedno świadczenie za złamanie w każdym roku polisowym.
7. Suma ubezpieczenia stanowi górną granicę odpowie dzialności ubezpieczyciela w stosunku do ubezpieczonego.

8. Tabela Świadczeń

Zakres		Wysokość świadczenia wyrażona jako % sumy ubezpieczenia
A. Śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku		100%
B. Uszkodzenie ciała	1. Utrata wzroku w obu oczach	100%
	2. Utrata funkcji dwóch lub więcej kończyn	100%
	3. Tetraplegia	100%
	4. Paraplegia	100%
	5. Trwałe uszkodzenie mózgu	100%
	6. Utrata wzroku w jednym oku	50%
	7. Utrata funkcji jednej z kończyn	50%
	8. Utrata mowy	50%
	9. Utrata słuchu	50%
C. Złamanie	10. kości: biodrowej, szczękowej; kręgosłupa, łopatki,nogi, obojczyka ramienia, żuchwy	10%
D. Hospitalizacja	11. Świadczenie za 7 dni nieprzerwanej hospitalizacji (nie licząc dnia wypisu) będącej wynikiem nieszczęśliwego wypadku	10%

9. UPOSAŻONY

1. Ubezpieczający może wskazać uposażonych do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku 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 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. rodzice w częściach równych, jeśli brak współmałżonka, dzieci;
    d. rodzeństwo w częściach równych, jeśli brak osób wymienionych powyżej;
    e. inni ustawowi spadkobiercy ubezpieczonego w częściach równych, jeśli brak osób wymienionych powyżej, z wyłą czeniem gminy właściwej dla ostatniego miejsca zamieszkania ubezpieczonego oraz Skarbu Państwa.
4. Jeżeli udziały procentowe uposażonych w kwocie świad czenia nie zostaną określone, przyjmuje się, że są one równe.

10. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Obowiązek wypłaty świadczenia z tytułu uszkodzenia ciała powstaje, gdy w okresie obowiązywania odpowiedzialności ubezpieczyciela ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała wskutek nieszczęśliwego wypadku
2. W celu rozpoczęcia procedury wypłaty świadczenia, wniosko dawca powinien skontaktować się z ubezpieczycielem za pośrednictwem 4Life Direct.
3. Wnioskodawca zgłaszający roszczenie o wypłatę świad czenia zobowiązany jest złożyć następujące dokumenty:
    a. wypełniony i podpisany wniosek o wypłatę świadczenia oraz kopia dokumentu tożsamości wnioskodawcy;
    b. wypełniony wniosek – oświadczenie lekarza;
    c. kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego;
    d. kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej uraz, w tym wyników badania RTG (płyty CD);
    e. kopię protokołu powypadkowego (BHP /policji lub proku ratury) potwierdzającego zajście nieszczęśliwego wypadku, jeżeli taki protokół był sporządzony;
    f. w przypadku śmierci ubezpieczonego – dodatkowo kopię odpisu skróconego aktu zgonu, karty zgonu, a w przypadku, o którym mowa w § 9 punkt 3, dokument potwierdzający bycie członkiem rodziny, a stosownym wykazaniem takiego stanu będą w szczególności: kopia aktu małżeństwa, kopia aktu urodzenia, kopia prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku, kopia notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia.
4. W sytuacji gdy dokumenty wymienione w punkcie 4 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia, ubezpieczyciel za pośrednictwem 4Life Direct może zwrócić się o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
5. 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.
6. 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, oraz dokumentów, o których mowa w punkcie 3 i 4. Termin wypłaty świadczeń nie przekroczy terminów do wypłaty określonych przepisami prawa.
7. Występujący z roszczeniem jest zobowiązany do podania wszystkich informacji zgodnie ze stanem faktycznym.
8. Oceny zasadności roszczenia dokonuje się na podstawie dokumentacji, o której mowa w punkcie 3 i 4, lub opinii wskazanego przez ubezpieczyciela lekarza orzecznika. W uzasadnionych przypadkach 4Life Direct może skierować ubezpieczającego na dodatkowe badania medyczne w placówkach medycznych współpracujących z ubezpie czycielem. Koszty orzeczenia lekarskiego oraz zleconych badań dodatkowych pokrywane są przez ubezpieczyciela

11. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Obowiązek wypłaty świadczenia z tytułu uszkodzenia ciała, hospitalizacji i śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku nie zachodzi, jeśli roszczenie ubezpieczonego nastąpi w bezpośredniej konsekwencji następujących zdarzeń:
    a. stresu pourazowego;
    b. jakiejkolwiek choroby nie będącej zgodnie z wiedzą medyczną następstwem nieszczęśliwego wypadku;
    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. wynikających z choroby istniejącej;
    e. jakichkolwiek aktów łamania przez ubezpieczonego obowiązującego prawa
    f. ponownego przyjęcia do szpitala z tej samej lub powiązanej przyczyny;
    g. niedorozwoju umysłowego ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych ubezpieczonego oraz ich skutków;
    h. złamań patologicznych;
    i. spożycia przez ubezpieczonego alkoholu (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
    j. pozostawania przez ubezpieczonego pod wpływem narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, usiłowania lub popełnienia przestępstwa przez ubezpieczonego, próby samobójczej ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia ubezpie czonego lub okaleczenia ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
    k. wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika;
    l. prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
    m. prowadzenia niebezpiecznej działalności zawodowej i gospo darczej 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 powierzchni znajdującej się na wysokości powyżej 20 metrów, która nie jest osłonięta ze wszystkich stron do wysokości co najmniej 1,5 m pełnymi ścianami lub ścianami z oknami oszklonymi albo wyposażona w inne stałe konstrukcje lub urządzenia chroniące przed upadkiem z wysokości;
    n. wynikających z promieniowania, skażenia promienio twórczego, reakcji jądrowej, skażenia chemicznego, w tym z zatrucia substancjami stałymi, cieczami, oparami lub gazami trującymi;

o. uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywno ściach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (upra wiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych;
p. aktywnej służby lub szkolenia w formacji wojskowej, obrony cywilnej, policji, agencji ochrony osób i mienia lub każdej innej formacji o charakterze militarnym lub paramilitarnym;
q. zabiegów chirurgii plastycznej, kosmetycznej, niepłodności, otyłości, zabiegów sztucznego zapłodnienia lub zabiegów wynikających z wyboru ubezpieczonego, chyba że są wynikiem obrażeń doznanych w nieszczęśliwym wypadku.
r. w wyniku udziału ubezpieczonego w zakładach, wyścigach, bójkach (z wyjątkiem działania w obronie koniecznej).

2. W rozumieniu niniejszych OWU hospitalizacją nie jest pobyt w szpitalu w celach rehabilitacyjnych.
3. Wypłata świadczenia z tytułu hospitalizacji nie przysługuje, jeżeli ubezpieczony umrze w ciągu 14 (czternastu) dni od daty nieszczęśliwego wypadku.
4. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci, uszkodzenia ciała lub hospitalizacji w wyniku uszkodzenia ciała ubezpieczonego.

12. REKLAMACJE

1. Będący osobą fizyczną ubezpieczający, ubezpieczony, uposażony lub uprawniony z umowy do otrzymania świad czenia (zwany w tym paragrafie „klient") może składać w każdym czasie zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez ubezpieczyciela, w tym skargi i zażalenia (zwane dalej „reklamacje"). Reklamacje mogą być składane również przez poszukującego ochrony ubezpieczeniowej lub zleceniodawcę gwarancji ubezpieczeniowej, jak również ubezpieczających lub ubezpieczonych, w tym będących osobami prawnymi lub spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej.
2. Reklamacje mogą być składane:
   a. w formie pisemnej – osobiście w siedzibie 4Life Direct wskazanej w § 2 punkt 1 albo przesyłane przesyłką pocztową;
   b. ustnie – telefonicznie pod numerem +48 22 354 50 00 albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w miejscu, o którym mowa w punkcie 1 powyżej.
3. Reklamacja powinna zawierać dane klienta umożliwiające jego identyfikację, numer polisy oraz zastrzeżenia zgłaszane przez klienta.

4. Reklamacja rozpatrywana jest niezwłocznie po jej otrzymaniu. Odpowiedź na reklamację jest udzielana bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od chwili otrzymania reklamacji, chyba że mają miejsce szczególnie skomplikowane okoliczności, uniemożliwiające rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w tym terminie. W takim przypadku ubezpieczyciel za pośrednictwem 4Life Direct poinformuje klienta, który złożył reklamację o przyczynach opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 (sześćdziesięciu) dni od dnia otrzymania reklamacji.
5. Odpowiedź na reklamację jest udzielana w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika. Na wniosek klienta odpowiedź na reklamację może być dostarczona pocztą elektroniczną.
6. Spór między klientem a ubezpieczycielem może być zakoń czony w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientami a podmiotami rynku finansowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, przed Rzecznikiem Finansowym (www.rf.gov.pl).
7. Skargi i zażalenia składane przez inne podmioty, niż wymienione w punkcie 1 lub w innej formie, niż określona w punkcie 2, dotyczące działania lub zaniechania zwią zanego z zawarciem lub wykonaniem umowy ubezpie czenia, powinny zawierać dane i informacje, o których mowa w punkcie 3. Skargi i zażalenia, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, są rozpatrywane w terminie 30 (trzydziestu) dni od ich otrzymania przez ubezpieczyciela, najpóźniej w terminie 14 (czternastu) dni od wyjaśnienia okoliczności niezbędnych do ich załatwienia. Ubezpieczyciel za pośrednictwem 4Life Direct informuje zainteresowanego o sposobie załatwienia skargi lub zażalenia niezwłocznie po ich rozpatrzeniu, w sposób uzgodniony z tą osobą. Do skarg i zażaleń składanych zgodnie z niniejszym punktem nie mają zastosowania postanowienia punktów 4 i 5.
8. Niezależnie od powyższego klient może składać skargi i zażalenia na działalność ubezpieczyciela do uprawnionych organów, np. Komisji Nadzoru Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną klientów podmiotów rynku finansowego.
9. Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsu menckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE (rozporządzenie w sprawie ODR w sporach konsumenckich), istnieje możliwość pozasądowego rozstrzygania sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z internetowych umów sprzedaży lub umów o świadczenie usług zawieranych między konsumentami mieszkającymi w Unii Europejskiej a przedsiębiorcami mającymi siedzibę w Unii Europejskiej. Rozstrzyganie ww. sporów odbywa się za pośrednictwem platformy ODR dostępnej pod następującym adresem: https://webgate.ec.europa.eu/odr/main/?event=main.home.show&lng=PL.
10. Podmioty określone w punkcie 1, mogą składać zastrze żenia dotyczące usług świadczonych przez brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych i agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające, wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń (zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej), w zakresie niezwią zanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową, w sposób ustalony przez te podmioty rynku finansowego

13. OSTANOWIENIA KOŃCOWE

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, z wyłączeniem reklamacji, o których mowa w § 12. Jeżeli zachodzi konieczność tłumaczenia doku mentacji związanej z wypłatą świadczenia, obowiązek dostarczenia tłumaczenia spoczywa na osobie wniosku jącej o wypłatę świadczenia.
3. Ubezpieczony i ubezpieczający mają obowiązek informowa nia ubezpieczyciela za pośrednictwem 4Life Direct o każdej zmianie danych kontaktowych zawartych we wniosku.
4. Ogólne Warunki Ubezpieczenia, polisa i wniosek składają się na umowę i stanowią podstawę do ustalenia warunków udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
5. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych z tytułu umowy regulują przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.
6. Polisa nie posiada wartości wykupu.
7. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie właściwe przepisy prawa polskiego.
8. W przypadku sporu miedzy stronami umowy, właściwe są polskie sądy powszechne według właściwości ogólnej albo sądy powszechne właściwe według miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub upraw nionego z umowy ubezpieczenia.
9. Językiem obowiązującym w relacjach stron jest język polski

CT/OWU/v1/01.06.2023

Chris Hurford-Green
Przedstawiciel Ubezpieczyciela
Kierownik Działu
Ubezpieczeń i Roszczeń
Quantum Leben AG

Arjen van Dun
Dyrektor handlowy
Quantum Leben AG