

ANEKS NR I DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA MIENIA PRYWATNEGO, ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ W ŻYCIU PRYWATNYM, NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW I HOME ASSISTANCE

**zatwierdzonych przez Zarząd Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group
uchwałą nr 155/2015 z dnia 9 października 2015 roku.**

Niniejszym aneksem wprowadza się następujące zmiany do Ogólnych warunków ubezpieczenia mienia prywatnego, odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym, następstw nieszczęśliwych wypadków i home assistance („OWU”):

1. Zmienia się brzmienie § 1 ust. 2 w sposób następujący:

„2. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU jest prawo polskie. W sprawach nie uregulowanych w OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych aktów prawnych obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej.”

2. Zmienia się brzmienie § 3 w sposób następujący:

„1. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na własny lub cudzy rachunek.

2. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek:

1) Ubezpieczający zobowiązany jest umożliwić Ubezpieczonemu zapoznanie się z warunkami ubezpieczenia oraz wszelkimi innymi informacjami dotyczącymi praw i obowiązków Ubezpieczonego wynikających z umowy;

2) Ubezpieczony może żądać by Towarzystwo udzieliło mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego; Towarzystwo zobowiązane jest na żądanie Ubezpieczonego, zapewnić mu dostęp do ww. materiałów informacyjnych w formie papierowej, elektronicznej lub w inny uzgodniony z nim sposób;

3) Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od Towarzystwa, chyba że strony uzgodniły inaczej; jednakże uzgodnienie takie nie może zostać dokonane, jeżeli zdarzenie objęte ubezpieczeniem już zaszło;

4) roszczenie o zapłatę składki przysługuje Towarzystwu wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu;

5) zarzut mający wpływ na odpowiedzialność Towarzystwa może ono podnieść również przeciwko Ubezpieczonemu.

3. Ubezpieczonym może być wyłącznie osoba fizyczna.

4. Obowiązki, wynikające z umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, ciąży zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy ubezpieczenia na jego rachunek.”

3. W § 52 dodaje się ust. 11 następującej treści:

„11. Składki ubezpieczeniowe ustalane są przez Towarzystwo w wysokości zapewniającej środki finansowe na wypłatę odszkodowań i świadczeń, tworzenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych i funduszy rezerwowych oraz na pokrycie kosztów działalności ubezpieczeniowej Towarzystwo (w szczególności wynikające z przepisów prawa opłaty przeznaczone na koszty utrzymania nadzoru nad działalnością ubezpieczeniową oraz innych instytucji rynku ubezpieczeniowego, wynikające z przepisów prawa opłaty ewidencyjne na pokrycie kosztów tworzenia i utrzymania rejestrów danych, koszty reasekuracji).”

4. W § 66 zmienia się treść ust. 1 w sposób następujący:

„1. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy w terminie

30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie..”

5. Zmienia się brzmienie § 60, następująco:

„WYPŁATA ODSZKODOWANIA LUB ŚWIADCZENIA § 60.

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

2. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego, zawiadomienie o zajściu zdarzenia losowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobierca; w takim przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.

3. Postanowień ust. 1 i 2 nie stosuje się do zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia assistance, jeżeli świadczenie jest spełnione bezpośrednio po zgłoszeniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową lub bez przeprowadzania postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia.

4. Jeżeli w terminach określonych w ust. 12 Towarzystwo nie wypłaci odszkodowania lub świadczenia, zawiadamia na piśmie:

1) osobę zgłaszającą roszczenie oraz

2) Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, w szczególności w ubezpieczeniu grupowym, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie

– o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także powinna wypłacić bezsporną część świadczenia.

5. Jeżeli odszkodowanie lub świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo informuje o tym na piśmie:

1) osobę występującą z roszczeniem oraz

2) Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, w ubezpieczeniu grupowym, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie

– wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia; informacja powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

6. Towarzystwo udostępnia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z umowy, informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności

Towarzystwa lub wysokości odszkodowania lub świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Towarzystwo udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Towarzystwo.

7. Informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 6, Towarzystwo udostępnia, na żądanie, w postaci elektronicznej.

8. Sposób:

1) udostępniania informacji i dokumentów, o których mowa w ust. 6;
2) zapewniania możliwości pisemnego potwierdzenia udostępnianych zgodnie z ust. 6 informacji;

3) zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem, zgodnie z ust. 6 – nie może wiązać się z nadmiernymi utrudnieniami dla osób, o których mowa w ust. 6.

9. Koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej, ponoszone przez osoby, o których mowa w ust. 6, nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.

10. Towarzystwo przechowuje informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 6, do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z umowy ubezpieczenia.

11. Towarzystwo wypłaca odszkodowanie lub świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń dokonanych w przeprowadzonym przez siebie postępowaniu, o którym mowa w ustępie powyżej, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.

12. Towarzystwo obowiązane jest wypłacić odszkodowanie / spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu objętym ubezpieczeniem. Jeżeli wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości odszkodowania lub innego świadczenia nie jest możliwe, odszkodowanie lub inne świadczenie wypłacane jest w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporna część odszkodowania lub innego świadczenia zostanie wypłacona w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.

13. Zaspokojenie lub uznanie przez osobę objętą ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym roszczenia o naprawienie wyrządzonej przez nią szkody nie ma skutków prawnych względem Towarzystwa.”

6. § 62 zostaje uchylony.

7. Zmienia się treść § 67 następująco:

„POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE SKŁADANIA REKLAMACJI PRZEZ OSOBY FIZYCZNE § 67.

“ 1. Dla celów niniejszego paragrafu wprowadza się następujące pojęcia:

1) Klient – będący osobą fizyczną (w tym osoba fizyczna wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej) Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia;

2) Reklamacja – wystąpienie skierowane do Towarzystwa przez jej Klienta, w którym Klient zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.

2. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa, w której zakresie obowiązków jest obsługa Klienta. Złożenie skargi niezwłocznie po powzięciu przez Klienta zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie przez Towarzystwo.

3. Reklamacja może stać złożona przez Klienta w formie:

1) pisemnej – składając osobiście pismo w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej albo listownie;

2) ustnej – telefonicznie na numer telefonu 22 501 61 00 albo osobiście w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej do protokołu podczas wizyty Klienta w tej jednostce;

3) elektronicznej na adres e-mail reklamacje@compensa.pl.

4. Reklamacja powinna zawierać:

1) imię i nazwisko (nazwa firmy) Klienta;

2) adres Klienta;

3) informację, czy Klient wyraża zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, a jeżeli tak - również adres email, na który odpowiedź ma zostać przesłana;

4) PESEL/REGON;

5) numer dokumentu ubezpieczenia lub nr szkody.

5. Na żądanie Klienta, Towarzystwo potwierdzi fakt złożenia Reklamacji na piśmie lub w inny sposób uzgodniony z Klientem.

6. Z zachowaniem postanowień ust. 7 poniżej, odpowiedzi na Reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Termin wskazany w zdaniu pierwszym uważa się za dotrzymany, jeżeli odpowiedź została wysłana przed jego upływem.

7. W przypadku uzasadnionej niemożności udzielenia odpowiedzi w ww. terminie, Towarzystwo zobowiązane jest poinformować osobę skarżącą o:

1) przyczynach braku możliwości dotrzymania ww. terminu;

2) okolicznościach, które muszą zostać ustalone;

3) przewidywanym terminie udzielenia odpowiedzi, nie dłuższym jednak niż 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.

8. Odpowiedzi na Reklamację Towarzystwo udziela w formie papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, chyba że Klient wystąpi z wnioskiem o przesłanie odpowiedzi pocztą elektroniczną. W takim przypadku odpowiedź zostanie przesłana na adres e-mail podany przez Klienta.

9. Po otrzymaniu odpowiedzi na Reklamację rozpatrzoną negatywnie Klient ma prawo odwołać się do Towarzystwa.

10. Po wyczerpaniu trybu składania Reklamacji wskazanego powyżej Klient ma prawo złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.

11. Na wniosek Klienta, spór z Towarzystwem może zostać poddany pozasądowemu postępowaniu w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego przeprowadzonemu przez Rzecznika Finansowego.”

8. Zmienia się treść § 68 następująco:

„POSTANOWIENIA DOTYCZĄCE SKŁADANIA SKARG / ZAŻALEŃ PRZEZ OSOBY PRAWNE I JEDNOSTKI ORGANIZACYJNE NIE BĘDĄCE OSOBAMI PRAWNYMI § 68.

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia nie będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo do wniesienia skargi lub zażalenia (łącznie zwanych dalej skargą) dotyczącego usług świadczonych przez Towarzystwo lub wykonywania przez Towarzystwo działalności ubezpieczeniowej. Złożenie skargi lub zażalenia niezwłocznie po powzięciu przez skarżącego zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie przez Towarzystwo.

2. Skargę można złożyć:

1) w formie pisemnej - za pośrednictwem poczty, kuriera lub pisma złożonego osobiście w Centrali Towarzystwa (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa) lub jednostce terenowej;

2) ustnie – telefonicznie, dzwoniąc pod numer infolinii: 22 501 61 00.

2. Skarga powinna zawierać:

1) imię i nazwisko (nazwa firmy) skarżącego;

2) adres skarżącego;

3) informację, czy skarżący wyraża zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, a jeżeli tak - również adres email, na który odpowiedź ma zostać przesłana;

- 4) REGON;
- 5) numer dokumentu ubezpieczenia lub nr szkody.
3. Na żądanie skarżącego, Towarzystwo potwierdzi fakt złożenia skargi na piśmie lub w inny sposób uzgodniony ze skarżącym.
4. Odpowiedź na skargę powinna zostać udzielona przez Towarzystwo bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. W przypadku uzasadnionej niemożności udzielenia odpowiedzi w tym terminie, Towarzystwo zobowiązane jest poinformować osobę skarżącą o:
 - 1) przyczynach braku możliwości dotrzymania ww. terminu;
 - 2) okolicznościach, które muszą zostać ustalone;
 - 3) przewidywanym terminie udzielenia odpowiedzi, nie dłuższym jednak niż 90 dni od dnia otrzymania skargi.
5. Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że uzgodniono ze skarżącym inną formę odpowiedzi.
6. Jeśli życzeniem skarżącego jest otrzymanie odpowiedzi drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail i skarżący wyraził zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, odpowiedź wysyłana jest mu tą drogą.
7. Po otrzymaniu odpowiedzi na skargę rozpatrzoną negatywnie osoba skarżąca ma prawo odwołać się do Towarzystwa.”

9. Wprowadza się § 69, o następującej treści:
**„WAŻNE INFORMACJE DLA UBEZPIECZAJĄCEGO,
UBEZPIECZONEGO I UPRAWNIONEGO Z UMOWY
§ 69.**

1. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
2. W przypadku zastrzeżeń co do wykonywania działalności przez Towarzystwo Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo wystąpienia do Komisji Nadzoru Finansowego.
3. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy miejscowo dla siedziby Towarzystwa) albo przed sądem właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
4. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd

właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

5. Osoba będąca konsumentem może ponadto zwrócić się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumenta.”

10. Wprowadza się § 70, o następującej treści:

**„POSTANOWIENIA KOŃCOWE
§ 70**

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony w związku z umową ubezpieczenia powinny być dokonywane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia, wysłane listem poleconym lub dokonywane w inny uzgodniony sposób. Strony zobowiązują się informować wzajemnie o zmianie ich siedziby (adresu). Pisemne zawiadomienie o szkodzie Ubezpieczający może złożyć w każdej jednostce terenowej Towarzystwa.
2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do żądania zwrotu faktycznie poniesionych kosztów związanych z dochodzeniem należności wynikających z umowy ubezpieczenia.
3. Niniejsze OWU zostały zatwierdzone przez Zarząd Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group uchwałą nr 155/2015 z dnia 25 września 2015 roku i mają zastosowanie do umów zawieranych od dnia 31 października 2015 roku.”

11. Pozostałe postanowienia OWU pozostają bez zmian.

12. Niniejszy Aneks został zatwierdzony przez Zarząd Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group uchwałą nr 200/2015 z dnia 30 listopada 2015 roku i ma zastosowanie do umów zawieranych od dnia 1 stycznia 2016 roku.



Artur Borowiński
Prezes Zarządu



Michał Gomowski
Zastępca Prezesa Zarządu