

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO TERMINOWEGO
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE W RAZIE W
BRP-3018**

RODO RODO

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2, § 3, § 10, § 14, § 15
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2, § 5 ust. 3, § 5 ust. 4, § 5 ust. 6, § 10



OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE W RAZIE W BRP-3018

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

Niniejsze ogólne warunki indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie W razie W o symbolu BRP-3018 (zwane dalej OWU), stosuje się w Umowach ubezpieczenia zawieranych pomiędzy Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, z siedzibą w Warszawie, 02-342, Al. Jerozolimskie 162, zwanym dalej Towarzystwem, a Ubezpieczającymi.

§ 2. DEFINICJE

Terminy oraz nazwy pisane wielką literą użyte w OWU, Umowie ubezpieczenia oraz innych dołączonych dokumentach oznaczają:

1. Ubezpieczony – osoba fizyczna mająca w dniu wypełnienia Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia ukończone 18 lat oraz nie więcej niż 55 lat, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia.

2. Ubezpieczający – podmiot zawierający Umowę ubezpieczenia i zobowiązany do zapłaty Składki regularnej w Okresie ubezpieczenia. W rozumieniu OWU Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym.

3. Uposażony – osoba fizyczna lub inny podmiot prawa, wskazany przez Ubezpiezonego, jako uprawniony do Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpiezonego w Okresie ubezpieczenia.

4. Agent ubezpieczeniowy – przedsiębiorca, który wykonuje działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Towarzystwem i wpisany jest do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego.

5. Akt terroryzmu – planowane i zorganizowane działanie pojedynczych osób lub grup osób skutkujące naruszeniem istniejącego porządku prawnego, podjęte w celu zastraszenia bądź wymuszenia określonych zachowań lub świadczeń od społeczeństwa lub władz państwowych, naruszające lub zagrażające ludzkiemu życiu, zdrowiu lub mieniu.

6. Choroba – zdiagnozowany przez lekarza stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpiezonego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy (bakteria, wirus lub pasożyt wywołujący chorobę Ubezpiezonego). W rozumieniu OWU za chorobę nie uważa się ciąży, porodu oraz połogu.

7. Całkowita trwała niezdolność do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby – uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia, których doznał Ubezpieczony, spełniające łącznie następujące przesłanki:

- 1) było spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą,
- 2) wystąpiło w okresie odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpiezonego,
- 3) wystąpiło przed upływem 180 dni od daty Nieszczęśliwego wypadku,
- 4) wystąpiło przed ukończeniem przez Ubezpiezonego 60 roku życia,
- 5) spowodowało u Ubezpiezonego całkowitą utratę zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy,
- 6) wobec Ubezpiezonego orzeczono zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa niezdolność do pracy na okres dłuższy niż pięć lat w związku z uznaniem, iż według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy przed upływem tego okresu.

8. Czynniki zewnętrzny – czynnik oddziałujący na organizm Ubezpiezonego, który z medycznego punktu widzenia nie może być zakwalifikowany jako Choroba.

9. Dzień początku odpowiedzialności – potwierdzony w Polisie dzień, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpiezonego. Dzień początku odpowiedzialności jest zawsze pierwszym dniem miesiąca kalendarzowego.

10. Dzień wymagalności Składki regularnej – pierwszy dzień okresu, za który należna jest dana Składka regularna.

11. Dzień zapłaty Składki regularnej – dzień, w którym na rachunku bankowym Towarzystwa uznano Składkę regularną zapłaconą w pełnej wysokości.

12. Nieszczęśliwy wypadek – zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagłe zdarzenie, wywołane wskutek działania wyłącznie Czynnika zewnętrznego i niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpiezonego, w następstwie którego Ubezpieczony doznał Urazu lub zmarł.

13. Okres ubezpieczenia – okres obejmowania Ubezpiezonego ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo na podstawie OWU, liczony od dnia potwierzonego w Polisie jako Dzień początku odpowiedzialności do dnia wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia. Okres ubezpieczenia wynosi pięć lat.

14. Polisa – dokument ubezpieczenia wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia i jej warunki.

15. Pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan, w którym stężenie alkoholu we krwi danej osoby wynosi co najmniej 0,2‰ lub zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1mg w 1dm³. W rozumieniu OWU uważa się, że Ubezpieczony Pozostawał pod wpływem alkoholu również w przypadku odmowy wykonania badań mających na celu ustalenie spożycia alkoholu przez tę osobę, a także wówczas, gdy nie wykonano badań z innych powodów, a w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja o spożyciu alkoholu przez tę osobę.

16. Rocznicą ubezpieczenia – rocznica dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa potwierzonego w Polisie.

17. Rok (Lata) ubezpieczenia – 12-miesięczny okres (okresy) liczony od Dnia początku odpowiedzialności i odpowiednio od kolejnych Rocznic ubezpieczenia.

18. Siedziba Towarzystwa – Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa. Z zachowaniem postanowień § 18 ust. 10 OWU, ilekroć w OWU mowa jest o doręczeniu lub złożeniu określonych oświadczeń lub zawiadomień do Siedziby Towarzystwa, rozumie się przez to również doręczenie Agentowi ubezpieczeniowemu.

19. Składka regularna – kwota należna z tytułu Umowy ubezpieczenia za okresy miesięczne, kwartalne, półroczne lub roczne, według potwierżeń w Polisie, opłacana przez Ubezpieczającego w Okresie ubezpieczenia na rachunek bankowy Towarzystwa.

20. Stopa techniczna – stopa oprocentowania stosowana przy obliczaniu Składki ubezpieczeniowej. Wartość Stopy technicznej została określona w § 21 OWU.

21. Świadczenie – przewidziana Umową ubezpieczenia kwota wypłacana przez Towarzystwo na podstawie OWU, z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia.

22. Trwały nośnik – materiał lub narzędzie umożliwiające przechowywanie informacji w sposób umożliwiający dostęp do informacji w przyszłości przez czas odpowiedni do celów, jakim te informacje



służą, i które pozwalają na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci.

23. Umowa ubezpieczenia – umowa indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie, zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, na podstawie OWU, której przedmiotem jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.

24. Uraz – uszkodzenie tkanek ciała lub narządów Ubezpieczonego wskutek działania Czynnika zewnętrznego.

25. Wiek – różnica pomiędzy danym rokiem kalendarzowym a rokiem urodzenia Ubezpieczonego.

26. Wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia – dokument podpisany przez Ubezpieczającego, zawierający m.in. oświadczenie o wyrażeniu woli zawarcia Umowy ubezpieczenia, określający zakres ochrony ubezpieczeniowej, początek Okresu ubezpieczenia i długość jego trwania, wysokość sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego oraz wysokość sumy ubezpieczenia na wypadek wystąpienia Całkowitej trwałej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby oraz wysokość Składki regularnej.

27. Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa, którego zajście powoduje powstanie roszczenia o wypłatę Świadczenia.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA I ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

2. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:

- 1) śmierć Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia,
- 2) Całkowitą trwałą niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby w Okresie ubezpieczenia.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 10 OWU oraz § 5 ust. 6 OWU, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia potwierdzonej w Polisie i aktualnej na dzień śmierci Ubezpieczonego na rzecz Uposażonego lub odpowiedniej osoby, o której mowa w § 6 ust. 8 OWU.
4. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Całkowitej trwałej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby w Okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 10 OWU oraz § 5 ust. 6 OWU, Towarzystwo wypłaci na rzecz Ubezpieczonego Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego Całkowitej trwałej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby w Okresie ubezpieczenia potwierdzonej w Polisie i aktualnej na dzień wydania wobec Ubezpieczonego orzeczenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, o niezdolności do pracy na okres dłuższy niż pięć lat w związku z uznaniem, iż według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy przed upływem tego okresu.

§ 4. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w Dniu początku odpowiedzialności potwierdzonym w Polisie, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po późniejszym z dni: dniu złożenia Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia oraz Dniu zapłaty pierwszej Składki regularnej w wysokości zadeklarowanej we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia, nie później jednak niż we wcześniejszym z dni:

- 1) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia,
- 2) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
- 3) w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Całkowitej trwałej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby w Okresie ubezpieczenia – w zakresie Całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby,
- 4) w dniu 60 urodzin Ubezpieczonego,
- 5) w ostatnim dniu okresu, za który zapłacono Składkę regularną w pełnej wysokości należnej za dany okres, w sytuacji określonej w § 9 ust.2 OWU,
- 6) z dniem wpływu do Towarzystwa pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia lub wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia.

§ 5. ZASADY ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony.

2. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie poprawnie, kompletnie wypełnionego i podpisanego przez Ubezpieczającego Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia na formularzu Towarzystwa. Podpis Ubezpieczającego umieszczony we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia stanowi wzorzec podpisu. We Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający wskazuje:

- 1) częstotliwość opłacania Składki regularnej,
- 2) wysokość sumy ubezpieczenia na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego Całkowitej trwałej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby,
- 3) Uposażonych,
- 4) Dzień początku odpowiedzialności, który powinien być zawsze pierwszym dniem miesiąca kalendarzowego i nie może być wcześniejszy niż dzień doręczenia Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia do Siedziby Towarzystwa oraz nie może być wcześniejszy niż Dzień zapłaty pierwszej Składki regularnej zadeklarowanej we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zwrócenia się do Ubezpieczającego, przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, o podanie dodatkowych informacji o stanie zdrowia, wykonywanym zawodzie, hobby, sposobie spędzania wolnego czasu oraz jego danych finansowych.

4. Towarzystwo uzależnia decyzję o zawarciu Umowy ubezpieczenia od wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego, która dokonywana jest na podstawie wypełnionego i podpisanego przez Ubezpieczonego „Oświadczenia o stanie zdrowia Ubezpieczonego”, które zawarte jest we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

5. Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na badania medyczne przeprowadzane przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub we wskazanej placówce medycznej. Koszty zleconych badań medycznych pokrywa Towarzystwo.

6. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało w formularzu Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub przed zawarciem Umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i ponadto obejmuje okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo Umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.



7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 3 – 4 oraz ust. 6 powyżej nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 3 – 4 oraz ust. 6 powyżej doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu pierwszym.

8. Jeżeli do Zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie trzech lat od zawarcia Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.

9. Każda ze stron Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający lub Towarzystwo, może odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia.

10. W przypadku odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia przez Towarzystwo, Towarzystwo poinformuje o tym Ubezpieczającego na piśmie, podając przyczyny odmowy oraz zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę regularną w terminie 30 dni od daty podjęcia decyzji o odmowie zawarcia Umowy ubezpieczenia.

11. W przypadku odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, Ubezpieczający zobowiązany jest poinformować o tym fakcie na piśmie Towarzystwo, a Towarzystwo zobowiązane jest zwrócić Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę regularną w terminie 30 dni od daty otrzymania od Ubezpieczającego pisemnej informacji o odmowie zawarcia Umowy ubezpieczenia.

12. Po łącznym spełnieniu następujących warunków:

1) akceptacji przez Towarzystwo ryzyka ubezpieczeniowego, która odbywa się w oparciu o: analizę złożonego przez Ubezpieczającego Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, analizę wiadomości podanych zgodnie z ust. 3 – 4 oraz ust. 6 powyżej oraz, o ile były zlecone, analizę wyników badań medycznych,

2) uznaniu na rachunku bankowym Towarzystwa pierwszej Składki regularnej zgodnej z wysokością zadeklarowaną we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia,

Towarzystwo wystawia Polisę potwierdzającą zawarcie Umowy ubezpieczenia oraz jej warunki.

13. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z datą wystawienia przez Towarzystwo Polisy.

14. Towarzystwo zobowiązane jest do podjęcia decyzji w sprawie akceptacji Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia albo odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia nie później niż w ciągu 90 dni od dnia złożenia w Siedzibie Towarzystwa kompletnie i poprawnie wypełnionego Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

§ 6. ZASADY WSKAZANIA UPOSAŻONEGO

1. Ubezpieczający może wskazać jednego lub więcej Uposażonych zarówno przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia, jak i w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.

2. Ubezpieczający powinien określić udział każdego z Uposażonych w kwocie Świadczenia, przy czym suma udziałów Uposażonych w kwocie Świadczenia musi wynosić 100%.

3. Jeżeli Ubezpieczający wskazał kilku Uposażonych nie zaznaczając ich udziału w kwocie Świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe. Jeżeli Ubezpieczający określił udział w kwocie Świadczenia tylko niektórym wskazanym Uposażonym, przyjmuje się, że udział w kwocie Świadczenia pozostałych osób jest zerowy. Jeżeli suma wskazanych udziałów w kwocie Świadczenia nie jest równa 100% przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie należnego Świadczenia wyznaczone są przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego.

4. Wskazanie Uposażonego może zostać zmienione lub odwołane przez Ubezpieczającego w każdym czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa.

5. Oświadczenie Ubezpieczającego o wskazaniu, zmianie lub odwołaniu Uposażonego, wywołuje skutki prawne z chwilą doręczenia pisemnego oświadczenia do Siedziby Towarzystwa.

6. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.

7. Jeżeli Ubezpieczający wskazał więcej niż jednego Uposażonego, a w dniu śmierci Ubezpieczonego wskazanie któregokolwiek z Uposażonych stało się bezskuteczne zgodnie z ust. 6 powyżej, wówczas część Świadczenia przypadająca temu Uposażonemu, zostanie wypłacona pozostałym Uposażonym w proporcji wynikającej ze wskazań Ubezpieczonego.

8. Jeżeli w dniu śmierci Ubezpieczonego nie ma wskazanych Uposażonych lub wskazanie Uposażonych stało się bezskuteczne zgodnie z ust. 6 powyżej, wówczas Świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:

1) małżonek zmarłego,

2) dzieci zmarłego, w tym dzieci przysposobione,

3) wnuki zmarłego,

4) rodzice zmarłego,

5) rodzeństwo zmarłego,

6) dzieci rodzeństwa zmarłego,

7) inni niż wskazani w pkt 1) – 6) powyżej spadkobiercy Ubezpieczonego.

Każda z wymienionych powyżej grup może nabyć prawo do Świadczenia w swojej kolejności pod warunkiem, że wcześniej nikt nie nabył prawa do Świadczenia. Jeżeli w danej grupie jest więcej niż jedna osoba, to kwota Świadczenia jest dzielona na równe części dla każdej z tych osób.

§ 7. WYSOKOŚĆ SUMY UBEZPIECZENIA I SKŁADKI REGULARNEJ

1. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wynosi 1 000 PLN (słownie: jeden tysiąc złotych).

2. Suma ubezpieczenia na wypadek Całkowitej trwałej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby może wynosić 25 000 PLN (słownie: dwadzieścia pięć tysięcy złotych) albo 50 000 PLN (słownie: pięćdziesiąt tysięcy złotych) albo 75 000 PLN (słownie: siedemdziesiąt pięć tysięcy złotych). Ubezpieczający wskazuje we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia wysokość sumy ubezpieczenia na wypadek Całkowitej trwałej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby.

3. W żadnym momencie trwania Umowy ubezpieczenia nie istnieje możliwość obniżenia albo podwyższenia sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego lub sumy ubezpieczenia na wypadek Całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby.

4. Wysokość należnej Składki regularnej wskazana jest we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia i potwierdzona w Polisie.

5. Wysokość Składki regularnej uzależniona jest od:

1) częstotliwości opłacania Składek regularnych,

2) wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek Całkowitej trwałej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby,

3) Wiek Ubezpieczonego.

6. Długość Okresu ubezpieczenia, wysokość sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci, wysokość sumy ubezpieczenia na wypadek Całkowitej trwałej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku



lub Choroby oraz wysokość i częstotliwość opłacania należnej Składki regularnej potwierdza Polisa.

§ 8. ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI REGULARNEJ

1. W Okresie ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do terminowego opłacania Składek regularnych, w wysokości potwierdzonej w Polisie, z góry, zgodnie z potwierdzoną w Polisie częstotliwością, najpóźniej w Dniu wymagalności Składki regularnej.

2. Zmiana częstotliwości opłacania Składki regularnej w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia nie jest możliwa.

3. Pierwsza Składka regularna w wysokości zadeklarowanej we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia musi zostać zapłacona przez Ubezpieczającego przed Dniem początku odpowiedzialności Towarzystwa, na numer rachunku bankowego wskazany we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

4. Towarzystwo wskazuje Ubezpieczającemu w Polisie numer rachunku bankowego, na który Ubezpieczający zobowiązany jest dokonywać wpłat kolejnych należnych Składek regularnych. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty kolejnych Składek regularnych z góry, najpóźniej w pierwszym dniu okresu, za który należy dana Składka regularna.

5. Dniem zapłaty Składki regularnej jest dzień, w którym kwota Składki regularnej została uznana na rachunku bankowym Towarzystwa w pełnej wysokości należnej za dany okres.

6. Ustanie odpowiedzialności Towarzystwa w Okresie ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty Składki regularnej za czas, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

7. Składka regularna musi być opłacona wyłącznie w walucie polskiej.

§ 9. SKUTKI NIEZAPŁACENIA SKŁADKI REGULARNEJ

1. W razie niezapłacenia przez Ubezpieczającego Składki regularnej w pełnej wysokości należnej za dany okres do Dnia wymagalności Składki regularnej, Towarzystwo na piśmie wezwie Ubezpieczającego do zapłaty Składki regularnej w terminie dodatkowym 2 miesięcy, licząc od Dnia wymagalności pierwszej zaległej Składki regularnej, podając skutki niezapłacenia Składki regularnej w tym terminie.

2. Jeżeli Składka regularna nie zostanie zapłacona przez Ubezpieczającego w pełnej wysokości w terminie dodatkowym, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem okresu, za który została zapłacona Składka regularna w pełnej wysokości, należnej za dany okres.

§ 10. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego, jeżeli śmierć Ubezpieczonego zaszła w następstwie lub spowodowana została lub nastąpiła na skutek:

- 1) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, czynnego udziału Ubezpieczonego w: Aktach terroryzmu, rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, a także masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego bądź katastrofy nuklearnej,
- 2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
- 3) samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego w okresie dwóch lat od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, niezależnie od stopnia poczytalności Ubezpieczonego,
- 4) wypadku lotniczego, z wyjątkiem lotu Ubezpieczonego w charakterze pasażera lub pilota licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
- 5) choroby lub zatrucia się Ubezpieczonego spowodowanego

spożywaniem alkoholu lub środków odurzających,

6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych odpowiednimi przepisami uprawnień, chyba że brak wymaganych uprawnień nie miał wpływu na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Całkowitej trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, jeżeli Całkowita trwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby zaszła w następstwie lub spowodowana została lub nastąpiła na skutek okoliczności wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu śmierci, o których mowa w ust. 1 pkt 1)-6) powyżej lub zaszła w następstwie lub spowodowana została lub nastąpiła na skutek:

1) zawodowego, amatorskiego i rekreacyjnego uprawiania przez Ubezpieczonego sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfingu, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumpingu, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumpingu, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,

2) samookaleczenia, okaleczenia na własną prośbę, popełnienia albo usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności,

3) uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw Nieszczęśliwego wypadku,

4) pełnienia służby wojskowej w siłach zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej lub służby w siłach zbrojnych jakiegokolwiek innego państwa albo jakiegokolwiek organizacji międzynarodowej,

5) pełnienia służby wojskowej, służby w siłach specjalnych lub lotnictwie wojskowym,

6) Nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił przed Dniem początku odpowiedzialności,

7) wykonywania przez Ubezpieczonego pracy zawodowej, w której występują czynniki szkodliwe (wysokie napięcie, pyły przemysłowe, hałas, wibracje) lub czynniki niebezpieczne (broń palna, materiały wybuchowe),

8) wykonywania przez Ubezpieczonego pracy na wysokości powyżej 5 metrów, prac pod ziemią, prac pod wodą,

9) uszkodzenia ciała, które nastąpiło w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub było skutkiem Choroby, która została zdiagnozowana lub była leczona w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.

§ 11. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu we wcześniejszym z dni:

1) w dniu doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia – na skutek odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego,

2) z dniem wpływu do Siedziby Towarzystwa oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia – na skutek wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego,

3) z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, na jaki Umowa ubezpieczenia została zawarta – w związku z upływem Okresu ubezpieczenia,



4) z ostatnim dniem okresu, za który została zapłacona Składka regularna w pełnej wysokości należnej za dany okres – w sytuacji, o której mowa w § 9 ust. 2 OWU,

5) z dniem wpływu do Siedziby Towarzystwa wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego – w związku ze śmiercią Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

2. W razie rozwiązania Umowy ubezpieczenia, Składka regularna za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej zostanie zwrócona Ubezpieczającemu.

§ 12. ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia w drodze doręczenia do Siedziby Towarzystwa pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.

2. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia.

3. W przypadku odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo w terminie 7 dni od daty doręczenia do Towarzystwa przez Ubezpieczającego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia dokona zwrotu na rzecz Ubezpieczającego wpłaconej Składki regularnej, pomniejszonej o część Składki regularnej za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

4. Towarzystwo dokonuje zwrotu, o którym mowa w ust. 3 powyżej, na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego w oświadczeniu o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia lub innym piśmie doręczonym do Siedziby Towarzystwa przez Ubezpieczającego lub składa dyspozycję przekazu w urzędzie pocztowym.

§ 13. WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie.

2. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia powinno być złożone Towarzystwu na piśmie i doręczone do Siedziby Towarzystwa.

3. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki regularnej za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

4. W przypadku wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu Składkę regularną za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 14. WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

1. Osoba uprawniona do Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego powinna niezwłocznie powiadomić Towarzystwo o śmierci Ubezpieczonego oraz wystąpić z roszczeniem, składając w Siedzibie Towarzystwa prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia w miarę możliwości na formularzu Towarzystwa. Formularz wniosku o wypłatę Świadczenia jest dostępny w Siedzibie Towarzystwa, a dodatkowe informacje można uzyskać poprzez infolinię Towarzystwa.

2. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu śmierci Ubezpieczonego,

w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego, jeżeli nie jest on osobą występującą z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego śmierci Ubezpieczonego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia z tytułu śmierci, 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 oraz wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci należy dołączyć:

1) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracownika jednostki terenowej Towarzystwa, urzędnika administracji publicznej, notariusza lub Agenta ubezpieczeniowego działającego w imieniu Towarzystwa i uprawnionego do podpisania Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, kopię dokumentu tożsamości, tj. dowodu osobistego lub paszportu osoby składającej wniosek,

2) odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego,

3) dokument informujący o przyczynie zgonu Ubezpieczonego, np. kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon), bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu Ubezpieczonego: raport policji, protokół powypadkowy oraz dane adresowe jednostki policji i siedziby prokuratury prowadzących czynności wyjaśniające okoliczności zgonu Ubezpieczonego, o ile takie czynności były prowadzone,

4) numer rachunku bankowego, na który Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia, o ile wypłata ma być dokonana na rachunek bankowy.

W przypadku, gdy podany rachunek bankowy nie jest rachunkiem osoby uprawnionej, właściciel rachunku bankowego winien wyrazić pisemną zgodę na udostępnienie swojego rachunku bankowego Towarzystwu oraz na przetwarzanie danych osobowych niezbędnych w procesie wypłaty Świadczenia.

4. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, Towarzystwo zwróci się do osoby składającej wniosek o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego o potwierdzenie przez polską placówkę dyplomatyczną dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości Świadczenia. Towarzystwo może żądać dostarczenia tłumaczeń przedstawionych dokumentów na język polski, sporządzonych przez tłumacza przysięgłego.

5. Towarzystwo może żądać przedstawienia dodatkowych dokumentów uzasadniających wypłatę Świadczenia.

6. Towarzystwo wypłaca Świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z Umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń dokonanych w przeprowadzonym przez siebie postępowaniu, o którym mowa w niniejszym paragrafie, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.

7. Wypłata Świadczenia następuje w terminie 30 dni od dnia doręczenia do Siedziby Towarzystwa wniosku o wypłatę Świadczenia. Jeżeli wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości Świadczenia okaże się niemożliwe, Świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe, jednakże bezsporną część Świadczenia Towarzystwo wypłaci w terminie przewidzianym w zdaniu pierwszym.

8. Jeżeli w terminie, o którym mowa w ust. 7 zdanie pierwsze powyżej, Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia, zawiadamia na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część Świadczenia.



9. Jeżeli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

10. Towarzystwo udostępnia Ubezpieczającemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości 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.

11. Informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 10 powyżej, Towarzystwo udostępnia, na żądanie, w postaci elektronicznej.

12. Sposób:

1) udostępniania informacji i dokumentów, o których mowa w ust. 10 powyżej,

2) zapewniania możliwości pisemnego potwierdzania udostępnianych zgodnie z ust. 10 powyżej informacji,

3) zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem zgodnie z ust. 10 powyżej, – nie może wiązać się z nadmiernymi utrudnieniami dla osób, o których mowa w ust. 10 powyżej.

13. Koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej, ponoszone przez osoby, o których mowa w ust. 10 powyżej, nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.

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

15. Każda z osób uprawnionych do wypłaty Świadczenia składa wniosek o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w swoim imieniu.

§ 15. WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU CAŁKOWITEJ TRWAŁEJ NIEZDOLNOŚCI UBEZPIECZONEGO DO PRACY W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB CHOROBY

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu Całkowitej trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego, jeżeli nie jest on osobą występującą z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego wystąpienia u Ubezpieczonego Całkowitej trwałej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia z tytułu Całkowitej trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, 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 oraz wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Całkowitej trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby należy dołączyć:

1) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracownika jednostki terenowej Towarzystwa, urzędnika administracji publicznej, notariusza

lub Agenta ubezpieczeniowego działającego w imieniu Towarzystwa i uprawnionego do podpisania Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia kopię dokumentu tożsamości, tj. dowodu osobistego lub paszportu Ubezpieczonego,

2) orzeczenie wydane wobec Ubezpieczonego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, o niezdolności do pracy Ubezpieczonego na okres dłuższy niż pięć lat w związku z uznaniem, iż według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy przed upływem tego okresu,

3) dokument stwierdzający, że Całkowita niezdolność do pracy została spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem, np: raport policji, protokół powypadkowy,

4) dokumentację medyczną będącą podstawą wydania orzeczenia o niezdolności do pracy Ubezpieczonego na okres dłuższy niż pięć lat,

5) dane adresowe placówek medycznych, w których Ubezpieczony był leczony,

6) numer rachunku bankowego, na który Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia, o ile wypłata ma być dokonana na rachunek bankowy.

W przypadku, gdy podany rachunek bankowy nie jest rachunkiem osoby uprawnionej, właściciel rachunku bankowego winien wyrazić pisemną zgodę na udostępnienie swojego rachunku bankowego Towarzystwu oraz na przetwarzanie danych osobowych niezbędnych w procesie wypłaty Świadczenia.

3. Wypłata Świadczenia z tytułu Całkowitej trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby odbywa się z zachowaniem zasad, o których mowa w § 14 ust. 5 – 14 OWU.

§ 16. SKŁADANIE SKARG I ZAŻALEŃ

1. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji, zgodnie z postanowieniami § 17 OWU, przysługuje prawo złożenia skargi lub zażalenia.

2. Do skargi lub zażalenia określonej w ust. 1 powyżej zastosowanie znajdują postanowienia § 17 OWU dotyczące reklamacji składanych przez Ubezpieczających, Ubezpieczonych, osoby uprawnione do Świadczenia oraz poszukujących ochrony ubezpieczeniowej będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej, z wyłączeniem § 17 ust. 9 OWU. Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że ze skarżącym lub składającym zażalenie uzgodniono inną formę odpowiedzi. Jeśli życzeniem skarżącego lub składającego zażalenie jest otrzymanie odpowiedzi drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail i skarżący lub składający zażalenie wyraził zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, odpowiedź wysyłana jest mu tą drogą.

§ 17. SKŁADANIE REKLAMACJI

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu, lub osobie uprawnionej do Świadczenia będącymi osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej), jak również Ubezpieczającemu oraz poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej będącymi osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej przysługuje prawo do złożenia reklamacji, przy czym w przypadku ww. osób fizycznych przez reklamację należy rozumieć wystąpienie skierowane do Towarzystwa, w którym osoba wnosząca reklamację zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.

2. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa, w której zakresie obowiązków jest obsługa osób wskazanych



w ust. 1 powyżej.

3. Osoba wskazana w ust. 1 powyżej może złożyć reklamację w formie:

1) pisemnej – składając osobiście pismo w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub Siedzibie Towarzystwa albo listownie,

2) ustnej – telefonicznie na numer telefonu 22 867 66 67,

3) ustnej – osobiście w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub Siedzibie Towarzystwa do protokołu podczas wizyty w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub Siedzibie Towarzystwa – wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego oraz osoby uprawnionej do Świadczenia będących osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej),

4) elektronicznej na adres e-mail reklamacje@compensazycie.com.pl – wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego oraz osoby uprawnionej do Świadczenia będących osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej).

4. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia reklamacji, reklamacja powinna zawierać:

1) imię i nazwisko (nazwa firmy) osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację,

2) adres osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację,

3) informację, czy osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca reklamację wyraża zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, a jeżeli tak – również adres e-mail, na który odpowiedź ma zostać przesłana,

4) PESEL/REGON,

5) numer dokumentu ubezpieczenia (numer Polisy).

5. Na żądanie osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację Towarzystwo potwierdza złożenie reklamacji na piśmie lub w inny uzgodniony z tą osobą sposób.

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 szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 6 powyżej, Towarzystwo w informacji przekazanej osobie wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację:

1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,

2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone do rozpatrzenia sprawy,

3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

8. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń przez osobę wskazaną w ust. 1 powyżej ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie reklamacji.

9. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela w postaci papierowej lub:

1) za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, jednakże odpowiedź na reklamację może zostać dostarczona osobie składającej reklamację pocztą elektroniczną wyłącznie na jej wniosek – w przypadku Ubezpieczających, Ubezpieczonych, Uposażonych oraz osób uprawnionych do Świadczenia będących osobami fizycznymi (w tym również osobami fizycznymi

wykonującymi działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej),

2) na innym trwałym nośniku informacji w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta – w przypadku poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającego oraz osoby uprawnionej do Świadczenia będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej.

10. Po otrzymaniu odpowiedzi na reklamację rozpatrzoną negatywnie osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca reklamację ma prawo odwołać się do Towarzystwa.

11. Po otrzymaniu odpowiedzi na reklamację rozpatrzoną negatywnie, osoba wskazana w ust. 1 powyżej będąca osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej), ma prawo złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.

12. Niezależnie od trybu rozpatrywania reklamacji wskazanego w ust. 1 – II powyżej, osoba wskazana w ust. 1 powyżej, będąca osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej) składająca reklamację ma prawo:

1) złożyć wniosek o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego (szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: www.rf.gov.pl),

2) wystąpić z powództwem do sądu powszechnego właściwego według przepisów o właściwości ogólnej albo właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację, gdzie pozwanym winna być Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa,

3) zwrócić się do Komisji Nadzoru Finansowego.

13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 18. DOKONYWANIE ZMIAN, ZAWIADOMIENI I SKŁADANIE OŚWIADCZEŃ

1. Z zachowaniem postanowień zdania drugiego oraz, o ile Umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej, wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony w związku z Umową ubezpieczenia powinny być dokonywane na piśmie i wysłane listownie. Za zgodą Ubezpieczającego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia oświadczenia i zawiadomienia Towarzystwa w związku z Umową ubezpieczenia mogą być składane za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, chyba że powszechnie obowiązujące przepisy prawa, a w szczególności przepisy ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej stanowią inaczej.

2. Ubezpieczający i Towarzystwo zobowiązują się informować wzajemnie o zmianie ich siedziby i adresu korespondencyjnego.

3. Wszelkie zmiany Umowy ubezpieczenia wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

4. Ubezpieczający jest uprawniony do wyrażenia pisemnego sprzeciwu w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji zmiany Umowy ubezpieczenia przedstawionej przez Towarzystwo. Zgłoszenie sprzeciwu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, uznaje się za brak zgody na proponowane przez Towarzystwo zmiany. W przypadku zgłoszenia sprzeciwu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Umowa ubezpieczenia nie ulega zmianie.

5. Przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego i Towarzystwo zgody na



zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo przekazuje Ubezpieczającemu na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczający wyraził na to zgodę, na innym trwałym nośniku lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej, informacje w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość Świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia.

6. Zmiana Umowy ubezpieczenia na niekorzyść Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia wymaga zgody Ubezpieczonego.

7. W przypadku dokonywania uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Towarzystwo zmian w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wystawia dokument potwierdzający dokonanie zmiany.

8. W stosunku do informacji i zawiadomień, które zgodnie z OWU będą ogłaszane w dzienniku ogólnopolskim lub na stronie internetowej Towarzystwa www.compensa.pl, nie jest wymagana forma odrębnego, pisemnego powiadomienia Ubezpieczającego.

9. Oświadczenia i wnioski składane Towarzystwu będą uważane za złożone skutecznie, o ile zostaną doręczone do Siedziby Towarzystwa, z zachowaniem postanowień ust. 10 poniżej.

10. Zawiadomienia i oświadczenia składane w związku z zawartą Umową ubezpieczenia Agentowi ubezpieczeniowemu uznaje się za złożone Towarzystwu, o ile zostały złożone na piśmie lub na innym Trwałym nośniku.

§ 19. INFORMACJA O WYPŁACALNOŚCI I KONDYCJI FINANSOWEJ

Towarzystwo na stronie internetowej www.compensa.pl zamieszcza sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej.

§ 20. AKTY PRAWNE STOSOWANE W SPRAWACH NIEUREGULOWANYCH W OWU

1. Do Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie OWU stosuje się prawo Rzeczypospolitej Polskiej, w szczególności przepisy kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

2. Na dzień wejścia w życie OWU, przepisami regulującymi opodatkowanie Świadczeń Towarzystwa jest ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych albo ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.

§ 21. WARTOŚĆ STOPY TECHNICZNEJ

W przypadku Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 9 kwietnia 2018 r. lub w terminie późniejszym, Towarzystwo stosuje Stopę techniczną w wysokości 0%.

§ 22. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWU

Niniejsze OWU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 4/04/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2018 r. wchodzi w życie z dniem 9 kwietnia 2018 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 9 kwietnia 2018 r. lub terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



OBOWIĄZEK INFORMACYJNY ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

Administrator danych osobowych: Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (adres: Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa), (dalej jako „Administrator”).

Dane kontaktowe Administratora: Z Administratorem można skontaktować się poprzez adres e-mail centrala@compensa.pl, telefonicznie pod numerem 22 501 61 00 lub pisemnie na adres Administratora (tj. Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa).

Inspektor ochrony danych: Z inspektorem ochrony danych (dalej jako „IOD”) można się skontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych poprzez e-mail iod@vig-polska.pl lub pisemnie na adres Administratora (tj. Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa).

Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna: Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celu i na podstawie:

CEL PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH	PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA
ocena ryzyka ubezpieczeniowego i wykonania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy; art. 41 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej; zgoda na przetwarzanie danych (szczególne kategorie danych osobowych)
ocena ryzyka ubezpieczeniowego w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	zgoda na przetwarzanie danych (szczególne kategorie danych osobowych)
własne cele marketingowe Administratora, w tym cele analityczne i poprzez profilowanie, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora. Prawnym uzasadnionym interesem administratora jest marketing własnych produktów i usług Administratora oraz przetwarzanie danych w celach analitycznych
własne cele marketingowe Administratora, w tym poprzez profilowanie, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia	zgoda na przetwarzanie danych
własne cele marketingowe w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	zgoda na przetwarzanie danych
obsługa zgłoszonego roszczenia, w tym wypłata świadczenia oraz obsługa wykupu	niezbędność przetwarzania do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze; niezbędność przetwarzania do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń (w przypadku szczególnych kategorii danych osobowych)
wypełnienie przez Administratora obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu	niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu
wypełnianie przez Administratora obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS	niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o wypełnianiu obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA/CRS, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami
dochodzenie roszczeń związanych z umową ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości dochodzenia przez niego roszczeń
podejmowanie czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości przeciwdziałania i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń
reasekuracja ryzyk	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci ograniczenia negatywnego wpływu ryzyka ubezpieczeniowego, związanego z zawieraną umową ubezpieczenia
przekazywanie danych osobowych przez Administratora do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w celu marketingu produktów i usług	zgoda na przetwarzanie danych



Okres przechowywania danych: Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia na życie lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami.

Administrator, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, przestanie przetwarzać dane wykorzystywane do własnych celów marketingowych, w tym celów analitycznych i poprzez profilowanie, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tych celach.

Administrator, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia, przestanie przetwarzać dane wykorzystywane do własnych celów marketingowych, w tym poprzez profilowanie, jeżeli cofnie Pani/Pan wyrażoną zgodę na przetwarzanie danych w tych celach.

Odbiorcy danych: Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji oraz podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

Ponadto Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in. agentom ubezpieczeniowym, dostawcom usług IT, podmiotom przechowującym i usuwającym dane, podmiotom świadczącym usługi personalizacji, kopertowania oraz dystrybucji druku, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora.

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

Prawa osoby, której dane dotyczą: Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo do jej wycofania. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane na podstawie zgody lub na podstawie umowy, przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia

danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych.

W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji, o którym mowa poniżej, ma Pani/Pan prawo do uzyskania wyjaśnień, zakwestionowania tej decyzji, a także do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji ludzkiej.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych. Dane kontaktowe Administratora oraz Inspektora Ochrony Danych wskazano powyżej.

Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu:

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, podejmowane będą decyzje oparte na wyłącznie zautomatyzowanym przetwarzaniu w zakresie niezbędnym do zawarcia lub wykonania umowy ubezpieczenia. Decyzje te będą dotyczyły określenia parametrów umowy ubezpieczenia, w tym m.in. wysokości składki ubezpieczeniowej lub możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. Decyzje będą podejmowane na podstawie Pani/Pana danych dotyczących daty urodzenia, informacji o przedmiocie ubezpieczenia, w tym informacji o stanie zdrowia, informacji o wykonywanym zawodzie. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w celu automatycznej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

W przypadku wyrażenia zgody na zautomatyzowane podejmowanie decyzji we własnych celach marketingowych Administratora, decyzje te będą dotyczyły kierowania do Pani/Pana określonych komunikatów marketingowych oraz przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług Administratora dostosowanych do Pani/Pana potrzeb. Decyzje będą podejmowane na podstawie następujących danych: daty urodzenia, wykonywanego zawodu, miejsca zamieszkania, posiadanych produktów, historii ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane wykorzystanie danych osobowych w celu określenia zachowań, preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz w celu przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług.

Informacja o wymogu podania danych:

Podanie danych osobowych w związku z zawieraniem umowy ubezpieczenia jest niezbędne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia – bez podania żądanych przez Administratora danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia.

Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.