

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW KIEROWCY I PASAŻERÓW POJAZDU MECHANICZNEGO (NNW) – PAKIET PERFECT

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1.

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia NNW zwane dalej OWU określają zasady zawierania umów ubezpieczenia NNW przez **COMPENSA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, KRS 6691, Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy XII Wydział Gospodarczy KRS, NIP 526 02 14 686, Aleje Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa** zwane dalej Towarzystwem oraz zakres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.

2. OWU mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo z Ubezpieczającymi. Wprowadzenie do umowy ubezpieczenia postanowień dodatkowych lub odmiennych wymaga formy pisemnej, potwierdzającej ich przyjęcie przez strony umowy, pod rygorem nieważności.

3. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia, jakie w związku z umową ubezpieczenia składane są przez strony tej umowy, powinny być dokonywane na piśmie i doręczane za pokwitowaniem lub przesyłane listem poleconym.

DEFINICJE

§ 2.

Przez określenia użyte w OWU rozumie się (definicje w porządku alfabetycznym):

1) kod AZTEC 2D – forma znajdującego się w dowodzie rejestracyjnym graficznego zapisu informacji o pojeździe i jego właścicielu w postaci dwuwymiarowych obrazków złożonych z czarno-białych kwadratów;

2) składka – kwota wyrażona w PLN należna Towarzystwu za udzieloną ochronę ubezpieczeniową, w ramach zawartej umowy ubezpieczenia;

3) suma ubezpieczenia – kwota wyrażona w PLN stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu każdego nieszczęśliwego wypadku powstałego w okresie ubezpieczenia w stosunku do każdego Ubezpieczonego;

4) Ubezpieczający – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej zawierająca umowę ubezpieczenia i zobowiązana do opłacenia składki;

5) Ubezpieczony – kierowca oraz pasażerowie pojazdu;

6) umowa ubezpieczenia – umowa, w której Towarzystwo zobowiązuje się do spełnienia świadczenia, jeżeli zajdzie wypadek ubezpieczeniowy określony w OWU, a Ubezpieczający zobowiązuje się do opłacenia składki;

7) Uposażony – osoba wskazana pisemnie przez Ubezpieczonego jako osoba uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3.

1. Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków powstałych podczas ruchu pojazdu, który został wymieniony w dokumencie ubezpieczenia, polegające na uszkodzeniu ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci Ubezpieczonego.

2. Za nieszczęśliwe wypadki powstałe podczas ruchu pojazdu rozumie się także wypadki powstałe:

- 1) podczas wsiadania do pojazdu lub wsiadania z pojazdu;
- 2) bezpośrednio przy załadunku pojazdu lub jego wyładunku;
- 3) w trakcie naprawy lub postoju pojazdu na trasie jazdy;
- 4) wskutek pożaru pojazdu lub jego wybuchu.

3. Za nieszczęśliwy wypadek uważa się nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł.

4. Z odpowiedzialności Towarzystwa wyłączone są następstwa nieszczęśliwych wypadków, jeśli wypadki te powstały:

1) zarówno w odniesieniu do kierującego, jak i pasażera na skutek pozostawania w stanie nietrzeźwości (w rozumieniu ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi – tekst jednolity: Dz.U. z 2012 r. poz. 1356 z późn. zm.) albo w stanie po użyciu alkoholu (w rozumieniu ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi – tekst jednolity: Dz.U. z 2012 r. poz. 1356 z późn. zm.) albo w stanie po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii – tekst jednolity: Dz.U. z 2012 r. poz. 124 z późn. zm.);

2) wyłącznie w odniesieniu do pasażera – w następstwie świadomego podjęcia jazdy z kierowcą będącym w stanie nietrzeźwości (w rozumieniu ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi – tekst jednolity: Dz.U. z 2012 r. poz. 1356 z późn. zm.) albo w stanie po użyciu alkoholu (w rozumieniu ustawy z dnia 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi – tekst jednolity: Dz.U. z 2012 r. poz. 1356 z późn. zm.) albo w stanie po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii – tekst jednolity: Dz.U. z 2012 r. poz. 124 z późn. zm.);

3) wyłącznie w odniesieniu do kierującego na skutek błędów w taktyce lub technice jazdy popełnionych przez kierującego nieposiadającego wymaganych prawem uprawnień do prowadzenia pojazdu;

4) w czasie, gdy pojazd był wykorzystywany w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa lub samobójstwa, chyba że nie miało to wpływu na zajście nieszczęśliwego wypadku, przy czym Towarzystwo nie odpowiada jedynie za uszkodzenia ciała, rozstrój zdrowia lub śmierć tego Ubezpieczonego, który popełnił lub usiłował popełnić przestępstwo lub samobójstwo;

5) na skutek działań wojennych lub o charakterze wojennym (bez względu na to czy wojna została wypowiedziana czy nie), wojny domowej, inwazji, wrogich działań obcego państwa, rebelii, rewolucji, powstania, rozruchów i zamieszek, strajków, lokautów, aktów sabotażu, zamieszek wewnętrznych, wojskowego lub cywilnego zamachu stanu, zorganizowanych działań lub działań w złym zamiarze osób działających w imieniu lub w powiązaniu z organizacjami politycznymi, spisku, konfiskaty, rewizycji, zajęcia, zniszczenia lub uszkodzenia z nakazu organów sprawujących władzę;

6) w związku z aktami terroru rozumianymi jako działania z użyciem siły, przemocy lub groźby użycia przemocy przez osobę lub grupę osób działających samodzielnie lub na rzecz bądź z ramienia jakiegokolwiek organizacji bądź rządu w celach politycznych, ekonomicznych, religijnych, ideologicznych, włączając w to zamiar wywarcia wpływu na rząd bądź zastraszenia społeczeństwa lub jakiegokolwiek jego części;

7) na skutek następstw reakcji jądrowej, promieniowania jądrowego lub skażenia promieniotwórczego;

8) na skutek brania udziału w wyścigach, rajdach, jazdach konkursowych i związanych z nimi treningach w sytuacji, gdy pojazdem podróżowała większa liczba osób niż liczba miejsc oznaczona w dowodzie rejestracyjnym, o ile było to przyczyną nieszczęśliwego wypadku;

9) wyrządzone umyślnie przez Ubezpieczającego albo przez osobę, z którą Ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;

10) powstałe wskutek rażącego niedbalstwa Ubezpieczającego, chyba że wypłata świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności.

5. W razie zawarcia umowy na cudzy rachunek wyłączenia odpowiedzialności określone w ust. 4 pkt 10 i 11 stosuje się odpowiednio do Ubezpieczonego.
6. Towarzystwo nie jest zobowiązane do wypłaty zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienia fizyczne i moralne, odszkodowania za koszty poniesione w związku ze skutkami nieszczęśliwych wypadków (w tym koszty leczenia), a także odszkodowania za utratę lub uszkodzenie rzeczy.
7. Odpowiedzialność Towarzystwa obejmuje następstwa nieszczęśliwych wypadków zaistniałych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz pozostałych krajów Europy, a także Maroka, Tunezji, Izraela i Iranu.
8. Stan nietrzeźwości albo stan po użyciu alkoholu, a także stan po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych, lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii oraz uprawnienia do kierowania oceniane się wedle prawa państwa właściwego dla miejsca nieszczęśliwego wypadku.

UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 4.

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na wniosek Ubezpieczającego.
2. Przy zawieraniu umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest okazać dowód rejestracyjny pojazdu, z którego po zbliżeniu do czytnika pobierane są z kodu 2D AZTEC dane o pojeździe oraz jego właścicielu; na podstawie pobranych danych wyliczana jest wysokość składki ubezpieczeniowej.
3. Zawarcie umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza dokumentem ubezpieczenia (polisą).
4. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy.
5. W czasie trwania umowy do obowiązków Ubezpieczającego należy niezwłoczne informowanie o każdej zmianie okoliczności o której mowa w ust. 2.
6. W czasie trwania umowy do obowiązków Ubezpieczającego należy niezwłoczne informowanie o zbyciu lub wyrejestrowaniu pojazdu.
7. Jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta na cudzy rachunek, to obowiązki o których mowa w ust. 2 i 5, spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.
8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 2, i 5 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 2, i 5 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
9. W razie ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron umowy może zażądać zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia.
10. W razie zgłoszenia żądania, o którym mowa w ust. 9, druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.
11. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta została na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia umowy. 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. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
12. W przypadku zawarcia umowy 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.
13. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie – ze skutkiem natychmiastowym.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 5.

1. Składka ubezpieczeniowa ustalana jest za czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia w oparciu o poniższe kryteria:
- 1) suma ubezpieczenia;
- 2) rodzaj pojazdu.
2. Składka ubezpieczeniowa ustalana jest w wysokości zapewniającej środki finansowe na wypłatę odszkodowań i świadczeń, tworzenie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych i funduszy rezerwowych oraz na pokrycie kosztów działalności ubezpieczeniowej Towarzystwa (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).
3. Składka jest opłacana jednorazowo albo w ratach według zasad określonych w taryfie składek w terminach wskazanych w dokumencie ubezpieczenia.
4. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 6.

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia następującego po zawarciu umowy, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki.
2. Jeżeli Towarzystwo ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona w terminie, Towarzystwo może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosiło odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy wygasa ona z końcem okresu, na który przypadała niezapłacona składka.
3. W przypadku opłacania składki w ratach i niezapłacenia kolejnej raty składki w terminie określonym w polisie Towarzystwo może wezwać Ubezpieczającego do zapłaty składki z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności Towarzystwa. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się z chwilą wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
- 1) w dniu oznaczonym w dokumencie ubezpieczenia jako koniec okresu ubezpieczenia;

- 2) w terminie określonym w ust. 3;
- 3) z dniem przeniesienia własności pojazdu na inną osobę, chyba że zbycie pojazdu następuje w ramach umowy leasingowej na rzecz korzystającego lub umowy kredytowej na rzecz kredytobiorcy;
- 4) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia;
- 5) z dniem wyrejestrowania pojazdu;
- 6) z dniem wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.

RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§ 7.

1. Suma ubezpieczenia wskazana jest w dokumencie ubezpieczenia.
2. Towarzystwo wypłaca świadczenie w przypadku śmierci Ubezpieczonego (świadczenie z tytułu śmierci) oraz w przypadku, gdy uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia Ubezpieczonego stanowi trwały uszczerbek na zdrowiu (świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu). Wypłata świadczenia nie powoduje zmniejszenia sumy ubezpieczenia (brak konsumpcji sumy ubezpieczenia), z zastrzeżeniem ust 12 .
3. Jeżeli Ubezpieczony doznał 100% lub więcej trwałego uszczerbku na zdrowiu, Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia, a w razie niższego niż 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu – taki procent sumy ubezpieczenia, w jakim Ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu.
4. Jeżeli Ubezpieczony zmarł w ciągu dwóch lat od daty nieszczęśliwego wypadku, a śmierć nastąpiła w związku z tym wypadkiem, Towarzystwo wypłaca z tego tytułu świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia.
5. Wysokość świadczenia ustala się po stwierdzeniu związku przyczynowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią lub trwałym uszczerbkiem na zdrowiu Ubezpieczonego.
6. Ustalenie stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu następuje w Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie badań i dokumentów lekarskich.
7. Wysokość uszczerbku na zdrowiu oceniają powołani przez Towarzystwo lekarze na podstawie tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, opracowanej przez Zespół ds. Ubezpieczeń Zdrowotnych i Wypadkowych oraz Medycyny Ubezpieczeniowej Polskiej Izby Ubezpieczeń, rekomendowanej przez Polskie Towarzystwo Medycyny Ubezpieczeniowej. Przy ustalaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu i związku przyczynowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią lub trwałym uszczerbkiem na zdrowiu lekarz powołany przez Towarzystwo kieruje się posiadaną fachową wiedzą medyczną oraz faktycznym stanem zdrowia Ubezpieczonego przed oraz po zaistnieniu wypadku. Koszt powołania lekarza ponosi Towarzystwo.
8. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest niezwłocznie po zakończeniu leczenia, jednak nie później niż w ciągu roku od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.
9. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje przed wypadkiem były upośledzone wskutek choroby lub trwałego inwalidztwa, trwały uszczerbek na zdrowiu w związku z wypadkiem określa się jako różnicę pomiędzy stanem po wypadku a stopniem upośledzenia przed wypadkiem.
10. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu jest Ubezpieczony. Ubezpieczony może wskazać jedną lub więcej osób uprawnionych do otrzymania świadczenia w razie swej śmierci. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego świadczenie z tytułu śmierci przypada najbliższemu członkowi jego rodziny w następującej kolejności:
 - 1) małżonkowi w całości;
 - 2) w razie braku małżonka – dzieciom w częściach równych;
 - 3) w razie braku małżonka i dzieci – innym osobom, które byłyby kolejno powołane z ustawy do spadku po Ubezpieczonym w częściach,

w jakich by dziedziczyli.

11. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek do wykonywania przez Ubezpieczającego uprawnień, o których mowa w ust. 10, konieczna jest uprzednia zgoda Ubezpieczonego.

12. Jeżeli Ubezpieczony otrzymał jednorazowe świadczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, a następnie zmarł wskutek tego samego nieszczęśliwego wypadku, Uprawnionemu przysługuje świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wysokości 50 % sumy ubezpieczenia z zastrzeżeniem ust 13.

13. Łączna wartość wypłaconych świadczeń z tego samego nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia.

POSTĘPOWANIE W RAZIE WYPADKU

§ 8.

1. W razie zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczający, Ubezpieczony obowiązany jest:

- 1) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
 - 2) zabezpieczyć wszystkie dowody związane z nieszczęśliwym wypadkiem niezbędne do uzasadnienia roszczenia;
 - 3) niezwłocznie zawiadomić policję, o ile doszło do wypadku z ofiarami w ludziach lub do wypadku powstałego w okolicznościach nasuwających przypuszczenie, że zostało popełnione przestępstwo;
 - 4) niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 30 dni roboczych od daty nieszczęśliwego wypadku, zawiadomić Towarzystwo o nieszczęśliwym wypadku (pod numer telefonu wskazany w dokumencie ubezpieczenia), dostarczyć Towarzystwu wypełniony druk zgłoszenia szkody oraz będące w posiadaniu Ubezpieczonego dokumenty wskazane przez Towarzystwo jako niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia; w razie śmierci Ubezpieczonego osoba występująca z roszczeniem z tytułu śmierci zobowiązana jest przedłożyć dokument stwierdzający pokrewieństwo z Ubezpieczonym oraz akt zgonu Ubezpieczonego;
 - 5) współpracować z Towarzystwem w toku postępowania likwidacyjnego, w szczególności zwolnić lekarzy, u których się leczył, placówki służby zdrowia oraz Zakład Ubezpieczeń Społecznych z obowiązku zachowania tajemnicy oraz wyrazić zgodę na udostępnienie Towarzystwu dokumentacji z przebiegu leczenia w (z wyłączeniem wyników badań genetycznych) w zakresie niezbędnym, w celu ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia i wysokości świadczenia;
 - 6) poddać się na żądanie Towarzystwa badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w celu ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia, które to badania zostaną przeprowadzone przez lekarzy wskazanych przez Towarzystwo.
2. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony nie dokonają zgłoszenia nieszczęśliwego wypadku w terminie, o którym mowa w ust. 1 pkt 4 z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa i przyczyniło się to do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło ustalenie okoliczności i skutków wypadku, Towarzystwo może odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie. Wskazane w zdaniu poprzednim skutki braku zawiadomienia o wypadku nie następują, jeżeli w terminie wyznaczonym do zawiadomienia Towarzystwo otrzymało wiadomość o okolicznościach, które Ubezpieczający lub Ubezpieczony zobowiązani byli podać do jego wiadomości.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 9.

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

3. Towarzystwo wypłaca świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.

4. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości odszkodowania (świadczenia) okazało się niemożliwe w terminie 30 dni, to odszkodowanie (świadczenie) powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część odszkodowania (świadczenia) Towarzystwo powinno spełnić w terminie przewidzianym w ust. 3.

5. Jeżeli w terminach określonych w ust. 3 lub 4 Towarzystwo nie wypłaci odszkodowania lub świadczenia, zawiadamia na piśmie:

1) osobę zgłaszającą roszczenie oraz

2) Ubezpieczonego, w przypadku umowy zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie – o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także powinien wypłacić bezsporną część świadczenia.

6. 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 zawartej na cudzy rachunek, 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.

7. 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.

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

9. Sposób:

1) udostępniania informacji i dokumentów, o których mowa w ust. 7;

2) zapewniania możliwości pisemnego potwierdzenia udostępnianych zgodnie z ust. 7 informacji;

3) zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem, zgodnie z ust. 7

– nie może wiązać się z nadmiernymi utrudnieniami dla osób, o których mowa w ust. 7.

10. Koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej, ponoszone przez osoby, o których mowa w ust. 7, nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.

11. Towarzystwo przechowuje informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 7, do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z umowy.

12. Towarzystwo wypłaca odszkodowanie lub świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy w wyniku ustaleń dokonanych w przeprowadzonym przez siebie postępowaniu, o którym mowa

w ustępach powyżej, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.

13. W razie braku podstaw do wypłaty odszkodowania (świadczenia) w całości lub w części, Towarzystwo zobowiązane jest przekazać informację o powyższym w terminach określonych w ust. 3 bądź 4 oraz zgodnie z zasadami określonymi w ust. 6.

POSTANOWIENIA REKLAMACYJNE DLA OSÓB FIZYCZNYCH § 10.

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 Reklamacji niezwłocznie po powzięciu przez Klienta zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie przez Towarzystwo.

3. Reklamacja może zostać złożona przez Klienta w formie:

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

2) ustnie – 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) w formie 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 skargi 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 do poinformowania Klienta 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 postaci 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 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.

POSTANOWIENIA SKARGOWE / ZAŻALENIOWE DLA OSÓB INNYCH NIŻ OSOBY FIZYCZNE

§ 11.

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu i uprawnionemu z umowy nie będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo do wniesienia skargi lub zażalenia (łącznie zwanych dalej skargą) dotyczących usług świadczonych przez Towarzystwo lub wykonywania przez Towarzystwo działalności ubezpieczeniowej. Złożenie skargi 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.

3. 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.

4. Na żądanie skarżącego, Towarzystwo potwierdzi fakt złożenia skargi na piśmie lub w inny sposób uzgodniony ze skarżącym.

5. 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 do poinformowania osoby skarżącej 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.

6. Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że uzgodniono ze skarżącym inną formę odpowiedzi.

7. 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.

8. Po otrzymaniu skargi rozpatrzonej negatywnie osoba skarżąca ma prawo odwołać się do Towarzystwa.

WAŻNE INFORMACJE DLA UBEZPIECZAJĄCYCH, UBEZPIECZONYCH I UPRAWNIONYCH Z UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 12.

1. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

2. W przypadku zastrzeżeń co do wykonywania działalności przez Towarzystwo Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu lub uprawnionemu z umowy przysługuje prawo wystąpienia do Komisji Nadzoru Finansowego.

3. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy ze względu na miejsce siedziby Towarzystwa) albo przed sądem właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpiezonego lub uprawnionego z umowy.

4. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpiezonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy.

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

6. Prawem właściwym dla umowy 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 obowiązujących aktów prawnych obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 13.

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony w związku z umową 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).

2. Pisemne zawiadomienie o szkodzie Ubezpieczający może złożyć w każdej jednostce terenowej Towarzystwa.

3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do żądania zwrotu faktycznie poniesionych kosztów związanych z dochodzeniem należności wynikających z umowy.

4. OWU zostały zatwierdzone przez Zarząd Compensa TU S. A. Vienna Insurance Group uchwałą nr 210/2015 z dnia 03.12.2015 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.01.2016 r.



Artur Borowiński
Prezes Zarządu



Michał Gomowski
Zastępca Prezesa Zarządu