

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA PŁATNOŚCI SKŁADKI

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1.

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia płatności składki, zwane dalej OWU, określają zasady zawierania 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, umów ubezpieczenia płatności składki oraz zakres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej na wypadek niemożności zapłaty przez **Ubezpieczonego** składki ubezpieczeniowej z tytułu kolejnej umowy ubezpieczenia w rozumieniu OWU.

2. OWU mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo z Ubezpieczającymi.

3. Wprowadzenie do umowy ubezpieczenia postanowień dodatkowych lub odmiennych wymaga formy pisemnej, potwierdzającej ich przyjęcie przez strony umowy.

4. 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 za zwrotnym potwierdzeniem odbioru.

DEFINICJE

§ 2.

Użyte w OWU określenia oznaczają (definicje w porządku alfabetycznym):

1) kolejna umowa ubezpieczenia – umowa ubezpieczenia obejmująca łącznie obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych (OC) oraz ubezpieczenie casco pojazdów lądowych (AC) dotyczące tego samego pojazdu mechanicznego i obejmujące taki sam okres udzielania ochrony, zawarta przez Ubezpieczonego z Towarzystwem na okres ubezpieczenia, który rozpoczyna się bezpośrednio po zakończeniu okresu ubezpieczenia, na który została zawarta pierwotna umowa ubezpieczenia. Kolejna umowa ubezpieczenia nie może zostać zawarta wcześniej niż na 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia, na który została zawarta pierwotna umowa ubezpieczenia. Kolejna umowa ubezpieczenia musi dotyczyć tego samego pojazdu, którego dotyczy pierwotna umowa ubezpieczenia. Pojazd, o którym mowa w zdaniu poprzednim, musi stanowić własność Ubezpieczonego bądź znajdować się w posiadaniu zależnym Ubezpieczonego na podstawie umowy leasingu, najmu lub innej umowy, z którą łączy się określone władztwo nad cudzym pojazdem;

2) okres ubezpieczenia – okres, w którym Towarzystwo udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej;

3) osoba bliska – wstępni, zstępni, małżonek, rodzeństwo, rodzeństwo rodziców Ubezpieczonego oraz osoby pozostające z Ubezpieczonym w stosunku przysposobienia, jak również osoby pozostające z Ubezpieczonym we wspólnym pożyciu;

4) pierwotna umowa ubezpieczenia – umowa ubezpieczenia obejmująca łącznie OC oraz ubezpieczenie AC dotyczące tego samego pojazdu mechanicznego stanowiącego własność Ubezpieczonego i obejmujące taki sam okres udzielania ochrony, zawarta przez Ubezpieczonego z Towarzystwem;

5) Ubezpieczający – osoba fizyczna, osoba prawna albo jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawiera z Towarzystwem umowę ubezpieczenia płatności składki;

6) Ubezpieczony – spełniająca wymogi określone w § 7 niniejszych OWU osoba fizyczna, będąca właścicielem lub posiadaczem zależnym pojazdu, którego dotyczą pierwotna umowa ubezpieczenia oraz kolejna umowa ubezpieczenia. W przypadku, gdy pojazd stanowi przedmiot współwłasności, Ubezpieczonym może być jeden lub więcej

współwłaścicieli, przy czym każdy Ubezpieczony musi spełniać wymogi określone w § 6 niniejszych OWU;

7) utrata pracy – utrata zatrudnienia wskutek:

a) w przypadku osób fizycznych, za wyjątkiem osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą oraz zatrudnionych w spółkach kapitałowych, w których one same lub osoby bliskie posiadają 10% kapitału zakładowego – rozwiązania stosunku pracy z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego (według przepisów prawa pracy) albo rozwiązania stosunku służbowego z przyczyn niezależnych od Ubezpieczonego, jak również uzyskania przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego i prawa do zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWU, lub

b) w przypadku osób fizycznych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę w przedsiębiorstwie prowadzonym przez osobę bliską lub w spółce osobowej, w której osoba bliska jest współnikiem lub w spółce kapitałowej, w której on sam lub osoby bliskie posiadają więcej niż 10% kapitału zakładowego lub on sam lub osoby bliskie są członkami zarządu – ogłoszenia upadłości przedsiębiorstwa pracodawcy zatrudniającego Ubezpieczonego na podstawie jednego ze stosunków wskazanych w pkt a) lub wydania przez sąd postanowienia o odmowie ogłoszenia upadłości, wskutek braku wystarczającego majątku do przeprowadzenia postępowania upadłościowego, jak również uzyskania przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego i prawa do zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWU albo zaprzestanie prowadzenia działalności gospodarczej przez pracodawcę zatrudniającego Ubezpieczonego na podstawie jednego ze stosunków wskazanych w pkt a) i wyrejestrowanie przedsiębiorstwa z właściwego rejestru, jak również uzyskanie przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego i prawa do zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWU lub

c) w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą – zaprzestania prowadzenia i wyrejestrowania działalności gospodarczej, jak również uzyskania przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego i prawa do zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, z zastrzeżeniem niniejszych OWU (dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą);

8) użytkownik pojazdu – wymieniona w pierwotnej umowie ubezpieczenia oraz kolejnej umowie ubezpieczenia, osoba fizyczna użytkująca pojazd na podstawie umowy leasingu, którą zawarła z leasingodawcą;

9) zdarzenie ubezpieczeniowe – brak stałego źródła dochodu na skutek utraty pracy przez Ubezpieczonego.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§ 3.

Z zastrzeżeniem warunków oraz ograniczeń odpowiedzialności wynikających z OWU, przedmiotem ubezpieczenia jest pokrycie kosztu składki ubezpieczeniowej z tytułu kolejnej umowy ubezpieczenia w przypadku niemożności zapłaty tej składki przez Ubezpieczonego, wskutek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w związku z utratą pracy, która nastąpiła w okresie ubezpieczenia.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4.

1. Umowę ubezpieczenia płatności składki zawiera się wyłącznie jednocześnie z pierwotną umową ubezpieczenia.

2. Ubezpieczający przed zawarciem umowy ubezpieczenia płatności składki jest zobowiązany do złożenia na piśmie, oświadczenia o spełnieniu przez Ubezpieczonego wymogów określonych w § 7 niniejszych OWU, przy czym Towarzystwo ma prawo żądania od Ubezpieczającego złożenia dokumentów potwierdzających spełnianie przez Ubezpieczonego wymogów, o których mowa powyżej.

3. Potwierdzeniem zawarcia umowy ubezpieczenia jest dokument ubezpieczenia (polisa), wydawana Ubezpieczającemu przez Towarzystwo.

4. Okres ubezpieczenia, na który jest zawierana umowa ubezpieczenia płatności składki, jest równy okresowi ubezpieczenia, na który jest zawierana pierwotna umowa ubezpieczenia.

5. Jeżeli umowa ubezpieczenia płatności składki jest zawarta na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od tej umowy, w terminie 30 dni, jeśli jest osobą fizyczną, lub w terminie 7 dni jeśli jest przedsiębiorcą, licząc od daty 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.

6. Towarzystwo może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia płatności składki, wyłącznie w przypadku skutecznego odstąpienia przez Ubezpieczającego od pierwotnej umowy ubezpieczenia. Termin wypowiedzenia wynosi 30 dni licząc od dnia otrzymania wypowiedzenia przez Ubezpieczającego.

7. 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.

SUMA I SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 5.

1. Suma ubezpieczenia jest równa kwocie składki należnej Towarzystwu w związku z zawarciem kolejnej umowy ubezpieczenia z zastrzeżeniem, że:

1) suma ubezpieczenia nie może być wyższa niż 200% składki zapłaconej Towarzystwu w związku z zawarciem pierwotnej umowy ubezpieczenia;

2) suma ubezpieczenia nie może być wyższa niż 10 000,00 PLN.

2. Składka ubezpieczeniowa ustalana jest za czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa, według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia płatności składki, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

3. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia płatności składki lub jej rozwiązanie nie zwalniają Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia

składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

4. Składka jest opłacana jednorazowo w terminie wskazanym w dokumencie ubezpieczenia (polisie).

5. W razie ujawnienia się okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa zdarzenia ubezpieczeniowego, każda ze stron umowy ubezpieczenia płatności składki może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania, druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.

6. 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).

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 6.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się 30 dni po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia płatności składki, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się z chwilą rozwiązania umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:

1) w dniu oznaczonym w dokumencie ubezpieczenia (polisie) jako koniec okresu ubezpieczenia;

2) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia;

3) z chwilą wypłaty odszkodowania równego sumie ubezpieczenia;

4) z dniem przeniesienia własności pojazdu na inną osobę, chyba że zbycie pojazdu następuje w ramach umowy leasingu na rzecz korzystającego lub umowy kredytowej na rzecz kredytobiorcy;

5) z dniem wyrejestrowania pojazdu;

6) z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia;

7) w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat, chyba, że strony umowy postanowiły inaczej;

8) z dniem śmierci Ubezpieczonego;

9) z dniem prawomocnego orzeczenia trwałej lub całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego;

10) z dniem prawomocnego nabycia przez Ubezpieczonego uprawnień emerytalnych lub rentowych z ubezpieczenia społecznego.

WYMOGI DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO

§ 7.

1. Ubezpieczonym może być wyłącznie osoba fizyczna, która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia płatności składki ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat, która jest zameldowana na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz jest zatrudniona lub prowadzi działalność gospodarczą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Ubezpieczonym może być wyłącznie osoba fizyczna, która spełnia wymogi wskazane poniżej:

1) przez ostatnie 6 miesięcy przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia płatności składki nie posiadała statusu osoby bezrobotnej;

2) przez ostatnie 6 miesięcy przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia płatności składki nie prowadziła działalności rolniczej, z wyjątkiem prowadzenia działalności w zakresie działów specjalnych produkcji rolnej, w rozumieniu ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych;

3) w przypadku osób fizycznych, za wyjątkiem osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą oraz zatrudnionych w spółkach

kapitałowych, w których one same lub osoby bliskie posiadają 10% kapitału zakładowego – przez ostatnie 6 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia płatności składki była nieprzerwanie zatrudniona w ramach stosunku służbowego albo w ramach stosunku pracy na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas określony lub czas nieokreślony, w pełnym wymiarze czasu pracy, i w dniu zawierania umowy ubezpieczenia płatności składki nie pozostaje w okresie wypowiedzenia;

4) w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą – przez ostatnie 6 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia płatności składki prowadziła nieprzerwanie działalność gospodarczą i do dnia zawierania umowy ubezpieczenia płatności składki nie został złożony wniosek o wyrejestrowanie prowadzonej przez nią działalności gospodarczej z ewidencji;

5) w przypadku osób fizycznych zatrudnionych w spółkach kapitałowych, w których ona sama lub osoby bliskie posiadają 10% kapitału zakładowego – przez ostatnie 6 miesięcy pozostawała nieprzerwanie w stosunku pracy z tą spółką na podstawie umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony albo na czas określony, w pełnym wymiarze czasu pracy i do dnia zawierania umowy ubezpieczenia płatności składki nie został złożony wniosek o ogłoszenie upadłości spółki albo wniosek o ogłoszenie upadłości spółki nie został oddalony ze względu na brak wystarczającego majątku do przeprowadzenia postępowania upadłościowego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8.

Od odpowiedzialność Towarzystwa za zdarzenie ubezpieczeniowe jest wyłączona w przypadku, gdy:

- 1)** przed upływem 30 dni liczonych od daty zawarcia umowy ubezpieczenia płatności składki, nastąpiło wypowiedzenie lub rozwiązanie stosunku pracy albo stosunku służbowego, którego stroną był Ubezpieczony;
- 2)** przed upływem 30 dni liczonych od daty zawarcia umowy ubezpieczenia płatności składki, Ubezpieczony zaprzestał prowadzenia działalności gospodarczej lub został złożony wniosek o wyrejestrowanie działalności gospodarczej prowadzonej przez Ubezpieczonego z ewidencji;
- 3)** utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem przez Ubezpieczonego stosunku pracy albo stosunku służbowego, w którym pozostawał;
- 4)** utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem stosunku pracy albo stosunku służbowego za porozumieniem stron;
- 5)** utrata pracy nastąpiła w związku z dokonaniem przez pracodawcę rozwiązaniem stosunku pracy z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia z winy Ubezpieczonego (zgodnie z przepisami prawa pracy);
- 6)** utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem stosunku służbowego, w którym pozostawał Ubezpieczony, jeżeli do rozwiązania stosunku służbowego doszło z winy Ubezpieczonego;
- 7)** utrata pracy nastąpiła w wyniku upływu okresu, na który była zawarta umowa o pracę na czas określony i pracodawca nie zawarł z Ubezpieczonym kolejnej umowy o pracę tak, aby została zachowana ciągłość zatrudnienia;
- 8)** Ubezpieczony, który utracił pracę, w okresie do dnia wykonania świadczenia przez Towarzystwo wykonuje pracę sezonową lub świadczy usługi na podstawie umowy zlecenia lub umowy o dzieło;
- 9)** Ubezpieczony przed dniem wykonania świadczenia przez Towarzystwo utracił prawo do zasiłku dla bezrobotnych z powodu odmowy, bez uzasadnionej przyczyny, podjęcia zatrudnienia zaproponowanego przez właściwy urząd;
- 10)** Ubezpieczony utracił pracę wskutek zwolnień grupowych dokonanych przez jego pracodawcę, jeżeli w chwili zawierania umowy ubezpieczenia płatności składki Ubezpieczony zatrudniony na umowę o pracę wiedział lub przy zachowaniu należytej staranności mógł się dowiedzieć, że w ciągu ostatnich 6 miesięcy przed tym dniem pracodawca zawiadomił zakładowe organizacje związkowe albo powiatowy urząd pracy o zamiarze przeprowadzenia zwolnień grupowych.

OBOWIĄZKI INFORMACYJNE UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

§ 9.

- 1.** Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeśli Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.
- 2.** W czasie trwania umowy ubezpieczenia płatności składki, Ubezpieczający jest obowiązany zgłaszać Towarzystwu wszelkie zmiany okoliczności wymienionych w ust. 1 niezwłocznie po uzyskaniu o nich wiadomości.
- 3.** W razie zawarcia umowy ubezpieczenia płatności składki na cudzy rachunek, obowiązki określone w ust. 1–2 spoczywają zarówno na Ubezpieczającym jak i Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy ubezpieczenia na jego rachunek.
- 4.** Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 1–3 nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 1–3 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

WYKONANIE ŚWIADCZENIA PRZEZ TOWARZYSTWO

§ 10.

- 1.** Świadczenie Towarzystwa polega na pokryciu kosztu składki ubezpieczeniowej z tytułu kolejnej umowy ubezpieczenia zawartej przez Ubezpieczonego, w przypadku niemożności zapłaty tej składki przez Ubezpieczonego, wskutek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, w wysokości nie wyższej jednak niż suma ubezpieczenia.
- 2.** Towarzystwo wykonuje świadczenie, o którym mowa w ust. 1, na wniosek Ubezpieczonego o wykonanie świadczenia z umowy ubezpieczenia płatności składki.
- 3.** Do wniosku, o którym mowa w ust. 2, winny zostać załączone następujące dokumenty potwierdzające fakt utraty pracy przez Ubezpieczonego:
 - 1)** świadectwo pracy Ubezpieczonego albo zaświadczenie o wyrejestrowaniu działalności gospodarczej lub postanowienie sądu o ogłoszeniu upadłości bądź odmowie jej ogłoszenia wskutek braku wystarczającego majątku do przeprowadzenia postępowania upadłościowego;
 - 2)** zaświadczenie właściwego urzędu pracy, z którego wynika, że Ubezpieczony ma status bezrobotnego wraz z dowodem pobrania przez Ubezpieczonego zasiłku dla bezrobotnych za bieżący okres, wydane nie wcześniej niż na 5 dni przed złożeniem wniosku o wykonanie świadczenia przez Towarzystwo.
 - 4.** Towarzystwo ma prawo żądać od Ubezpieczonego innych dokumentów, niż wskazane w ust. 3, o ile jest to konieczne do ustalenia istnienia i zakresu odpowiedzialności Towarzystwa.
 - 5.** Dokumenty, o których mowa w ust. 3 – 4, powinny zostać przedłożone Towarzystwu w oryginale albo kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez organ administracji samorządowej lub państwowej.
 - 6.** Wniosek o wykonanie świadczenia, o którym mowa w ust. 2, Ubezpieczający albo Ubezpieczony jest obowiązany złożyć najpóźniej w dniu, w którym zawarta została kolejna umowa ubezpieczenia.
 - 7.** Towarzystwo wykonuje świadczenie, o którym mowa w ust. 1, w terminie wskazanym jako data płatności składki w dokumencie ubezpieczenia wydanej przez Towarzystwo jako potwierdzenie zawarcia kolejnej umowy ubezpieczenia, jednak nie później niż w terminie 30 dni od otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym. Gdyby jednak wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa, wysokości świadczenia albo prawa do świadczenia, okazało się niemożliwe w terminie wskazanym w zdaniu poprzedzającym,

Towarzystwo spełnia świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, przy czym bezsporną część świadczenia Towarzystwo wykona w terminie przewidzianym w zdaniu poprzedzającym.

8. Jeżeli Ubezpieczony złożył Towarzystwu wszelkie wymagane dokumenty i Towarzystwo podjęło decyzję o wykonaniu świadczenia, to bez względu na termin wykonania świadczenia przez Towarzystwo, przyjmuje się, że zapłata składki albo części składki (wykonanie świadczenia) nastąpiło w dniu zawarcia kolejnej umowy ubezpieczenia. Jeżeli jednak składający wniosek, o którym mowa w ust. 2, nie złożył Towarzystwu wszystkich wymaganych dokumentów w terminie określonym w niniejszych OWU albo jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa, wysokości świadczenia albo prawa do świadczenia, nie mogło zostać dokonane w terminie przewidzianym w ust. 8 zd. 1 ze względu na zaniechanie składającego wniosek, o którym mowa w ust. 2, za datę uiszczenia składki albo części składki (wykonanie świadczenia) przyjmuje się dzień, w którym rachunek bankowy wskazany w polisie został faktycznie uznany kwotą świadczenia. W przypadku opisanym w zdaniu poprzednim decyzja o wykonaniu świadczenia, którą Towarzystwo przekazuje Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu musi zawierać stosowne uzasadnienie pod rygorem przyjęcia, że składka lub część składki została uiszczona w terminie określonym w zdaniu pierwszym.

9. Koszty związane z wykonaniem świadczenia ponosi Towarzystwo.

POSTANOWIENIA REKLAMACYJNE DLA OSÓB FIZYCZNYCH

§ 11.

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 Reklamacje 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 Reklamacje 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

§ 12.

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 UBEZPIEZAJĄCYCH,
UBEZPIECZONYCH I UPRAWNIONYCH Z UMOWY
UBEZPIECZENIA**

§ 13.

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, Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego 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

§ 14.

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 217/2015 z dnia 04.12.2015 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.01.2016 r.



Artur Borowiński
Prezes Zarządu



Michał Gomowski
Zastępca Prezesa Zarządu