

§1. DEFINICJE

- Akt terroryzmu** – nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne albo grupowe, skierowane przeciwko osobom bądź obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności i dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy oraz skierowane przeciwko społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych.
- Bójka** – starcie fizyczne pomiędzy co najmniej trzema osobami, z których każda jednocześnie atakuje i broni się, w trakcie którego występuje niebezpieczeństwo utraty życia lub wystąpienia ciężkiego bądź średniego uszczerbku na zdrowiu.
- Centrum Alarmowe** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe, czynne przez całą dobę, przez wszystkie dni w roku, przyjmujące zgłoszenia i organizujące świadczenia Assistance.
- Choroba przewlekła** – choroba zdiagnozowana przed przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia, charakteryzująca się powolnym rozwojem lub długookresowym przebiegiem, trwająca zwykle miesiącami lub latami, na którą chorował Ubezpieczony w dniu przystąpienia do Umowy ubezpieczenia.
- Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99).
- Członek rodziny** – Współmałżonek, Dzieci, Rodzice Ubezpieczonego.
- Działania wojenne** – zorganizowane działania z zastosowaniem sił lądowych, morskich lub powietrznych, będące wynikiem konfliktu zbrojnego między państwami, narodami lub grupami społecznymi.
- Dziecko** – własne lub przysposobione Dziecko Ubezpieczonego.
- Hospitalizacja** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, trwający nieprzerwanie dłużej niż 24 godziny.
- Katastrofy naturalne** – trzęsienia ziemi, nagłe zmiany temperatury, powodzie, huragany, pożary, wybuchy, wyładowania atmosferyczne.
- Lekarz Centrum Alarmowego** – lekarz konsultant Centrum Alarmowego.
- Lekarz prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego, niebędący Członkiem rodziny ani Lekarzem Centrum Alarmowego.
- Miejsce zamieszkania** – adres budynku lub lokalu mieszkalnego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej wskazany przez Ubezpieczonego, jako miejsce stałego zamieszkania.
- Nagle zachorowanie** – powstały w sposób nagły, stan chorobowy zagrażający życiu albo zdrowiu Ubezpieczonego, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej.
- Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie losowe wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony, niezależnie od swojej woli, doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł.
- Okres ochrony ubezpieczeniowej** – okres, w którym Ubezpieczyciel udziela ochrony, rozpoczynający się w stosunku do danego Ubezpieczonego w dniu wskazanym przez Ubezpieczającego w zgłoszeniu do Umowy ubezpieczenia tj. pierwszym dniu miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym rozpoczęła się względem niego ochrona z tytułu Umowy podstawowej i trwający do dnia zgłoszenia przez Ubezpieczającego wystąpienia danego Ubezpieczonego z Umowy ubezpieczenia.
- Placówka medyczna** – Szpital, przychodnia lub gabinet medyczny, działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.
- Siła wyższa** – zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobiegnięcia zdarzenie, które uniemożliwia lub powoduje opóźnienie w zgłoszeniu zdarzenia przez Ubezpieczonego lub opóźnienie wykonania świadczenia przez Ubezpieczyciela.
- Sporty ekstremalne** – amatorskie uprawianie następujących dyscyplin i aktywności sportowych: abseiling, baloniarstwo, bobsleje, bouldering, canoeing górski, downhill, MTB, ekstremalne maratony biegowe, football amerykański, free skiing (narciarstwo poza wyznaczonymi trasami), gimnastyka sportowa i akrobatyczna, heli-skiing, heli-snowboarding, kajakerstwo górskie, kite-snowboarding, kite-skiing, kite-surfing, motocross, nurkowanie z automatem oddechowym, polo, rafting, rajdy terenowe, rekonstrukcje historyczne, rugby, saneczkarstwo, skoki do wody, skoki na bungee, skoki spadochronowe, jazda skuterem wodnym, speleologia, szybownictwo, triathlon, wyprawy w góry powyżej 5500 m. n.p.m.
- Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny w okresie rehabilitacji, umożliwiający Ubezpieczonemu samodzielne funkcjonowanie; Sprzęt rehabilitacyjny to: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodźki, wózki, kule, laski, gorsety, kołnierze, rowery rehabilitacyjne, wałki, półwałki, klipy, kostki do rehabilitacji, dyski korekcyjne (w tym sensomotoryczne), ciężarki do rehabilitacji, maty rehabilitacyjne, lekki gips, poduszki ortopedyczne (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety

- ortopedyczne (w tym sznurówka łędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaski żebrowe, pasy stabilizujące mostek, pasy przepuklinowe.
- Szpital** – podmiot leczniczy działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia; pojęcie to nie obejmuje domu opieki, hospicjum, zakładu opiekuńczo-leczniczego, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych i uzdrowiskowych, szpitali sanatoryjnych, szpitali rehabilitacyjnych.
 - Transport medyczny** – transport zapewniany przez Centrum Alarmowe, dostosowany do stanu zdrowia Ubezpieczonego; za Transport medyczny nie uważa się przejazdów do poradni rehabilitacyjnej.
 - Ubezpieczony** – osoba objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy podstawowej, która wyraziła chęć bycia objętą ochroną ubezpieczeniową w Umowie ubezpieczenia zawartej w ramach Programu „Pakiet Usług Assistance” organizowanego przez Ubezpieczającego.
 - Ubezpieczający** – Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group.
 - Ubezpieczyciel** – Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, z siedzibą w Warszawie, przy Al. Jerozolimskich 162, 02-342 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 6691, posiadająca nadany numer NIP: 526 02 14 686, zwana dalej również COMPENSA.
 - Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia grupowego zawarta między Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym, na rzecz Ubezpieczonych.
 - Umowa podstawowa** – zawarta z Ubezpieczającym umowa ubezpieczenia na życie Senior.
 - Współmałżonek** – osoba, która z Ubezpieczonym pozostaje w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, albo inna osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku partnerskim w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
 - Wyczynowe uprawianie sportu** – regularne lub intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach, imprezach czy obozach kondycyjnych i szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu, czy czerpany jest dochód z uprawianej dyscypliny sportu.
 - Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela:
 - w zakresie ubezpieczenia Pomocy medycznej: Nieszczęśliwego wypadku, Nagłego zachorowania skutkującego Hospitalizacją;
 - w zakresie ubezpieczenia Pomocy w razie Nieszczęśliwego wypadku skutkującego zgonem Ubezpieczonego (Funeral assistance): Nieszczęśliwy wypadek skutkujący zgonem Ubezpieczonego; które wystąpiło w Okresie ochrony ubezpieczeniowej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

§2. OKRES UBEZPIECZENIA I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

- Do Umowy ubezpieczenia może przystąpić wyłącznie osoba fizyczna, która jest objęta ochroną z tytułu Umowy podstawowej.
- Podstawą przystąpienia osoby zainteresowanej do Umowy ubezpieczenia jest wyrażenie zgody na objęcie ubezpieczeniem we wniosku o zawarcie Umowy podstawowej.
- Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczyciela o objęciu ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1. w trybie uzgodnionym w Umowie ubezpieczenia oraz przekazać Ubezpieczonemu warunki ubezpieczenia przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem danego Ubezpieczonego rozpoczyna się z pierwszym dniem Okresu ochrony ubezpieczeniowej, przy czym nie wcześniej aniżeli w dniu opłacenia przez Ubezpieczającego całej składki ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego.
- Ubezpieczony ma prawo do wystąpienia z Umowy ubezpieczenia w każdym czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej. W tym celu Ubezpieczony składa Ubezpieczającemu pisemne i podpisane przez siebie oświadczenie o rezygnacji, zawierające dane pozwalające w sposób jednoznaczny zidentyfikować Ubezpieczonego oraz prośbę o zaniechanie obejmowania ochroną z tytułu Umowy ubezpieczenia. W takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego ustaje z dniem złożenia oświadczenia.
- Umowa ubezpieczenia została zawarta na czas nieokreślony z możliwością jej wypowiedzenia przez Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia.
- Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia na piśmie w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia poprzez przesłanie na adres siedziby Ubezpieczyciela oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

8. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego ustaje w przypadku wystąpienia jednego (najwcześniejszego) z wymienionych niżej przypadków:
- 1) z końcem dnia, w którym Ubezpieczony wystąpił z Umowy ubezpieczenia, zgodnie z ust. 4;
 - 2) z końcem dnia, w którym Ubezpieczający odstąpił od Umowy ubezpieczenia, zgodnie z ust. 6;
 - 3) z chwilą wygaśnięcia lub rozwiązania Umowy podstawowej.
9. Wszelkie zmiany Umowy ubezpieczenia wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§3. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

Składka ubezpieczeniowa jest finansowana w całości przez Ubezpieczającego i została określona w Umowie ubezpieczenia.

§4. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA POMOCY MEDYCZNEJ (MEDICAL ASSISTANCE)

1. Przedmiotem ubezpieczenia są usługi assistance, o których mowa w ust. 3 pkt 1-9, świadczone na rzecz Ubezpieczonego w razie zajścia w Okresie ochrony ubezpieczeniowej objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela Nagłego zachorowania skutkującego Hospitalizacją lub Nieszczęśliwym wypadkiem oraz zapewnienie Ubezpieczonemu dostępu do usług informacyjnych, o których mowa w ust. 3 pkt 10-11.
2. Poniższa tabela przedstawia zakres ubezpieczenia oraz limity odpowiedzialności, które stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela na Zdarzenie ubezpieczeniowe.

Rodzaj Zdarzenia Ubezpieczeniowego	ZAKRES	LIMITY	Uprawniony do świadczenia	
Nagle zachorowanie lub Nieszczęśliwy wypadek	Wizyta lekarska	do 500 PLN i nie więcej niż 2 wizyty w ciągu 12 kolejnych miesięcy Okresu ochrony ubezpieczeniowej	Ubezpieczony	
	Transport medyczny do Placówki medycznej	do 2 000 PLN łącznie		
	Transport medyczny pomiędzy Placówkami			
	Transport medyczny z Placówki medycznej			
	Dostarczenie leków			do 250 PLN
	Dostarczenie posiłków	do 250 PLN		
	Pomoc pielęgniarki	do 5 dni i do 500 PLN łącznie		
	Pomoc domowa	do 5 dni i do 500 PLN łącznie		
	Pomoc psychologa	do 500 PLN		
	Proces rehabilitacyjny	do 1 500 PLN		
Wypożyczenie lub zakup Sprzętu rehabilitacyjnego	do 700 PLN			
Na życzenie	Infolinia medyczna	nielimitowany dostęp		
	Infolinia PFRON	nielimitowany dostęp		

3. Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- 1) Wizyta lekarska – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wizyty Ubezpieczonego u lekarza pierwszego kontaktu w Placówce medycznej lub organizuje przejazd lekarza pierwszego kontaktu do Miejsca zamieszkania oraz pokrywa koszty honorarium lekarza, o ile w opinii lekarza ubezpieczenia zdrowotnego nie jest wymagany transport sanitarny i wezwanie pogotowia ratunkowego;
- 2) Transporty medyczne:
 - a) Transport medyczny do Placówki medycznej – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty Transportu medycznego do Placówki medycznej, jeżeli zgodnie z informacją przekazaną przez Ubezpieczonego, zgłoszone zdarzenie, w ocenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, nie uzasadnia skorzystania z transportu sanitarnego i wezwania pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia Ubezpieczonego;
 - b) Transport medyczny pomiędzy Placówkami medycznymi – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty Transportu medycznego między Placówkami medycznymi, jeżeli Ubezpieczony przebywa w Placówce medycznej, która nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub gdy Ubezpieczony został skierowany przez Lekarza prowadzącego na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce medycznej; Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty Transportu medycznego, o ile zgodnie z decyzją Lekarza prowadzącego nie jest wymagany transport sanitarny;
 - c) Transport medyczny z Placówki medycznej – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty Transportu medycznego z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania, o ile zgodnie z decyzją Lekarza prowadzącego nie jest wymagany transport sanitarny;
- 3) Dostarczenie leków – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia do Miejsca zamieszkania leków zaordynowanych Ubezpieczonemu przez Lekarza prowadzącego, jeżeli, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego, Ubezpieczony wymaga leżenia;
- 4) Dostarczenie posiłków – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty dostarczenia posiłków do Miejsca zamieszkania, jeżeli, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego, Ubezpieczony wymaga leżenia;
- 5) Pomoc pielęgniarki – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty opieki pielęgniarskiej nad Ubezpieczonym w Miejscu zamieszkania, po zakończeniu minimum 3-dniowej Hospitalizacji;
- 6) Pomoc domowa – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty pomocy domowej po zakończeniu minimum 3-dniowej Hospitalizacji; usługa obejmuje zrobienie zakupów, przygotowanie posiłków, pomoc w ubraniu i czynnościach pielęgnacyjnych, wykonywanie drobnych porządków domowych: zmywanie naczyń, odkurzenie; usługa nie obejmuje mycia okien, przesuwania mebli;
- 7) Pomoc psychologa – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty konsultacji psychologa;
- 8) Proces rehabilitacyjny – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie z pisemnym zaleceniem

Lekarza prowadzącego, wymaga rehabilitacji w poradni rehabilitacyjnej lub w Miejscu zamieszkania, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa:

- a) koszty transportu Ubezpieczonego do poradni rehabilitacyjnej oraz koszty zabiegów rehabilitacyjnych wykonywanych w poradni rehabilitacyjnej,
 - lub
 - b) koszty przejazdu fizyoterapeuty do Miejsca zamieszkania i koszty wykonywanych zabiegów rehabilitacyjnych;
- 9) Wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego, powinien korzystać ze Sprzętu rehabilitacyjnego, Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wypożyczenia lub zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego;
- 10) Infolinia medyczna – Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu dostęp do informacji na temat:
- danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
 - danych teleadresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - danych teleadresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - danych teleadresowych domów pomocy społecznej, hospicjów,
 - danych teleadresowych aptek czynnych przez całą dobę,
 - działania leków, skutków ubocznych, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży,
 - niezbędnych przygotowań do zabiegów lub badań medycznych,
 - diet, zdrowego żywienia;
- 11) Infolinia PFRON – Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu dostęp do informacji na temat:
- warunków i zasad regulujących przyznanie dofinansowania ze środków PFRON dla osoby niepełnosprawnej,
 - przysługujących odliczeń podatkowych z tytułu kosztów dostosowania mieszkania do potrzeb związanych z niepełnosprawnością w ramach ulgi rehabilitacyjnej.

§5. Wyłączenia Odpowiedzialności

Ubezpieczyciel nie odpowiada za Nagłe zachorowania skutkujące Hospitalizacją lub Nieszczęśliwe wypadki powstałe z tytułu i w następstwie:

1. umyślnego działania Ubezpieczonego;
2. rażącego niedbalstwa, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności lub zasadom współżycia społecznego;
3. popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego lub jego usiłowania albo popełnienia wykroczenia lub jego usiłowania w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zostało to stwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu;
4. umyślnego samookaleczenia, samobójstwa lub jego usiłowania przez Ubezpieczonego;
5. Działań wojennych, Aktów terroryzmu, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością;
6. zarażenia HIV, AIDS, chorobami przekazywanymi drogą płciową;
7. Chorób przewlekłych;
8. Chorób psychicznych;
9. nieprzebrzegania zaleceń lekarza;
10. uprawiania Sportów ekstremalnych;
11. Wyczynowego uprawiania sportu;
12. Katastrof naturalnych;
13. Spożycia alkoholu, zażycia narkotyków lub innych środków odurzających, leków niezaoordynowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia.

§6. POSTĘPOWANIE W RAZIE NAGŁEGO ZACHOROWANIA SKUTKUJĄCEGO HOSPITALIZACJĄ LUB NIESZCZĘŚLIWYM WYPADKIEM

1. Ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu) jest obowiązana niezwłocznie po zaistnieniu Nagłego zachorowania skutkującego Hospitalizacją lub Nieszczęśliwym wypadkiem, zawiadomić telefonicznie o zdarzeniu Centrum Alarmowe, podać:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) adres miejsca zdarzenia;
 - 3) adres Miejsca zamieszkania;
 - 4) numer telefonu, pod którym Centrum Alarmowe może skontaktować się z Ubezpieczonym lub osobą wyznaczoną;
 - 5) opis zdarzenia oraz rodzaj potrzebnej pomocy.
2. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku powiadomienia Centrum Alarmowego, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie to uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie odpowiedzialności, okoliczności i skutków zdarzenia.

§7. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA POMOCY W RAZIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU SKUTKUJĄCEGO ZGONEM UBEZPIECZONEGO (FUNERAL ASSISTANCE)

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zwrot kosztów, o których mowa w ust. 3. pkt 1-2, usługi assistance świadczone na rzecz Członków rodziny w razie objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ochrony ubezpieczeniowej skutkującego zgonem Ubezpieczonego, o których mowa w ust. 3 pkt 3-4 oraz zapewnienie dostępu do usług informacyjnych, o których mowa w ust. 3 pkt 5.
2. Poniższa tabela przedstawia zakres ubezpieczenia oraz limity odpowiedzialności.

Rodzaj usługi	Limity
Zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego	do 4 000 PLN
Zwrot kosztów przejazdu na pogrzeb Ubezpieczonego	do 1 000 PLN
Organizacja i pokrycie kosztów konsultacji psychologa	do 1 000 PLN

Organizacja i pokrycie kosztów pomocy w domu:	
- Pomoc domowa,	do 1 000 PLN
- Opieka nad niepełnoletnimi Dziećmi	
- Opieka nad zwierzętami	
Infolinia funeralna	nielimitowany dostęp

3. Zakres ubezpieczenia obejmuje:

- 1) Zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego – Ubezpieczyciel zwraca, na podstawie przedłożonych rachunków i dowodów ich zapłaty, poniesione przez Członka rodziny następujące koszty pogrzebu: koszty przewozu zwłok, koszty zakupu trumny, koszty zakupu urny, koszty zakupu miejsca na cmentarzu, koszty postawienia nagrobka, koszty zakupu wieńców i kwiatów, koszty zakupu odzieży żałobnej, koszty ceremonii pogrzebowej, koszty poczęstunku dla uczestników ceremonii pogrzebowej;
- 2) Zwrot kosztów przejazdu na pogrzeb Ubezpieczonego – Ubezpieczyciel zwraca, poniesione przez Członka rodziny koszty przejazdu uczestników do miejsca ceremonii pogrzebowej (koszty biletów autobusowych lub kolejowych, rachunków za taksówkę, rachunku za wynajem autokaru), o ile z przedłożonych rachunków wynika, że przejazd odbył się na dystansie przekraczającym 50 km; Ubezpieczyciel zwraca koszty przejazdu na podstawie przedłożonych rachunków i dowodów ich zapłaty;
- 3) Organizację i pokrycie kosztów konsultacji psychologa – Ubezpieczyciel zapewnia Członkom rodziny organizację i pokrywa koszty pomocy (konsultacji) psychologa;
- 4) Organizację i pokrycie kosztów pomocy w domu – Ubezpieczyciel zapewnia Członkom rodziny zamieszkującym w Miejscu zamieszkania organizację i pokrywa koszty:
 - a) Pomocy domowej – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia i koszty przejazdu pomocy domowej do Miejsca zamieszkania; świadczenie obejmuje pomoc w zakresie zrobienia zakupów, codziennych porządków domowych, dostawy/przygotowania posiłków, podlewania kwiatów,
 - b) Opieki nad niepełnoletnimi Dziećmi – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia i koszty przejazdu do Miejsca zamieszkania osoby zatrudnionej przez podmiot profesjonalnie zajmujący się świadczeniem tego typu usług,
 - c) Opieki nad zwierzętami – Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wynagrodzenia i koszty przejazdu do Miejsca zamieszkania osoby do opieki nad pozostającymi w Miejscu zamieszkania zwierzętami domowymi (pies, kot) w zakresie karmienia, wyprowadzania na spacer oraz utrzymania higieny;
- 5) Infolinia funeralna – Ubezpieczyciel zapewnia Członkom rodziny dostęp do informacji na temat:
 - a) procedur postępowania i wydania karty zgonu, w zależności od okoliczności śmierci Ubezpieczonego,
 - b) terminów zgłoszenia faktu zgonu w Urzędzie Stanu Cywilnego,
 - c) dokumentów niezbędnych do wydania aktu zgonu,
 - d) danych teleadresowych zakładów pogrzebowych,
 - e) dokumentów wymaganych przez zakład pogrzebowy,
 - f) zasiłku pogrzebowego z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych:
 - komu przysługuje,
 - wysokości zasiłku,
 - wymaganych dokumentów,
 - przedawnienia roszczeń o jego wypłatę,
 - g) danych teleadresowych kwaciarni,
 - h) zasad savoir vivre dotyczących uroczystości pogrzebowych:
 - kogo i w jaki sposób powiadamiać o śmierci,
 - jak należy postąpić, gdy nie można uczestniczyć w uroczystościach pogrzebowych,
 - właściwej postawy i stroju,
 - kwiatów właściwych na okoliczność pogrzebu,
 - kogo zaprosić na stypę,
 - czasu trwania żałoby.

§8. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI DLA ZAKRESU POMOCY W RAZIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU SKUTKUJĄCEGO ZGONEM UBEZPIECZONEGO (FUNERAL ASSISTANCE)

1. Z odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłączone są Nieszczęśliwe wypadki skutkujące zgonem, powstałe wskutek:
 - 1) Działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, wybuchu nuklearnego, epidemii, pandemii, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniowaniem;
 - 2) spożycia alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów Ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia;
 - 3) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdów silnikowych bez wymaganych uprawnień, o ile miało to wpływ na zajście zdarzenia;
 - 4) popełnienia lub próby popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego;
 - 5) umyślnego samookaleczenia, popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego;
 - 6) udziału Ubezpieczonego w Bójce, z wyłączeniem przypadku obrony koniecznej;
 - 7) umyślnego działania Ubezpieczonego lub umyślnego działania osoby, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym;
 - 8) rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego, chyba że realizacja świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności;
 - 9) Wyczynowego uprawiania sportu;
 - 10) uprawiania Sportów ekstremalnych;
 - 11) uczestniczenia Ubezpieczonego w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotów wojskowych lub prywatnych linii nieposiadających stosownych licencji na przewóz pasażerów.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za niespełnienie lub opóźnienie w realizacji

usług, gdy ich udzielenie zostało uniemożliwione lub opóźnione z powodu:

- 1) działania Siły wyższej lub Katastrof naturalnych;
- 2) strajków, niepokoju społecznego, Aktów terroryzmu, Działań wojennych, skutków promieniowania radioaktywnego a także ograniczeń w poruszaniu się wprowadzonych decyzjami władz administracyjnych.

§9. POSTĘPOWANIE W RAZIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU SKUTKUJĄCEGO ZGONEM UBEZPIECZONEGO

1. W razie zajścia Nieszczęśliwego wypadku skutującego zgonem Ubezpieczonego, osoba zgłaszająca zobowiązana jest niezwłocznie skontaktować się z Centrum Alarmowym, czynnym całą dobę, pod numerem telefonu 22 295 82 01 i podać następujące informacje:
 - 1) dane umożliwiające identyfikację Ubezpieczonego (imię i nazwisko oraz PESEL lub datę urodzenia),
 - 2) telefon kontaktowy,
 - 3) rodzaj wymaganej pomocy,
 - 4) datę zajścia Nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z osobą zgłaszającą.
2. Osoba zgłaszająca zobowiązana jest postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Alarmowego, a zwłaszcza przekazać dokumenty, o które wnioskuje Centrum Alarmowe, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, jeżeli jest to konieczne do dalszego prowadzenia postępowania: odpis aktu zgonu Ubezpieczonego oraz kartę statystyczną zgonu Ubezpieczonego lub dokumentację medyczną potwierdzającą przyczynę zgonu Ubezpieczonego, rachunki i dowody zapłaty kosztów pogrzebu, rachunki i dowody zapłaty kosztów przejazdu na pogrzeb.
3. Jeżeli Osoba zgłaszająca z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa nie dopełniła któregośkolwiek z obowiązków określonych w ust. 1-2, a miało to wpływ na ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub zakres świadczeń, Ubezpieczyciel może odpowiednio ograniczyć świadczenie.

§10. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenia pieniężne w złotych polskich (PLN) w terminie trzydziestu dni licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
2. Jeśli w terminie, o którym mowa w ust. 1, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, bezsporna część świadczenia Ubezpieczyciel powinien wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 1.
4. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę realizacji świadczenia.

§11. PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczony zobowiązuje się postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum Alarmowego oraz umożliwić Centrum Alarmowemu dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia zasadności świadczenia oraz udzielić w tym celu niezbędnych informacji.
2. Ubezpieczony ma obowiązek poinformowania Ubezpieczyciela o każdej zmianie danych, na podstawie których został objęty ochroną w ramach Umowy ubezpieczenia: Miejsce zamieszkania, adres do korespondencji, imię i nazwisko, numer PESEL.

§12. PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany wykonywać usługi assistance z należytą starannością.
2. Obowiązki Ubezpieczyciela wynikające z Umowy ubezpieczenia będą wykonywane przez niego osobiście lub przez podmioty przez niego wskazane. Ubezpieczyciel ponosi pełną odpowiedzialność za działania lub zaniechania osób i podmiotów, którym powierzył wykonanie na rzecz Ubezpieczonego poszczególnych czynności.
3. Ubezpieczyciel nie odpowiada za niewykonanie lub nienależyte wykonanie usług Assistance w przypadku działania Siły wyższej.
4. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonym i uprawnionym z Umowy ubezpieczenia, na ich żądanie, informacji o ich prawach i obowiązkach wynikających z Umowy ubezpieczenia.

§13. REGRES

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, roszczenie Ubezpieczonego przeciwko osobie trzeciej odpowiedzialnej za szkodę przechodzi z mocy prawa na Ubezpieczyciela z dniem wypłaty świadczenia przez Ubezpieczyciela do wysokości wykonanego lub wypłaconego świadczenia.
2. Jeżeli Ubezpieczony, bez zgody Ubezpieczyciela, zrezygnuje z prawa dochodzenia roszczenia od osoby odpowiedzialnej za szkodę lub z prawa do zabezpieczenia roszczenia, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia do wysokości należnego roszczenia.
3. Nie przechodzi na Ubezpieczyciela roszczenie przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za które ponosi odpowiedzialność.
4. Na żądanie Ubezpieczyciela Ubezpieczony zobowiązany jest udzielić pomocy przy dochodzeniu roszczeń od osób trzecich, przekazując informacje i dostarczając dokumenty niezbędne do dochodzenia roszczenia.

§14. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, z wyjątkiem zgłoszenia zdarzenia, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
2. Reklamacja może zostać złożona w formie:
 - 1) pisemnej – za pośrednictwem poczty, kuriera lub pisma złożonego osobiście w siedzibie COMPENSY lub w jednostce terenowej;
 - 2) ustnej – telefonicznie na numer telefonu 22 501 61 00, ustnie do protokołu, podczas wizyty w siedzibie COMPENSY lub jednostce terenowej COMPENSY - wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz uprawnionego z umowy ubezpieczenia będącego osobą fizyczną;

- 3) elektronicznej, pocztą elektroniczną kierowaną na adres e-mail reklamacje@compensa.pl - wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz uprawnionego z umowy ubezpieczenia będącego osobą fizyczną.
3. W celu przyspieszenia postępowania, reklamacja powinna zawierać:
 - 1) imię i nazwisko (nazwa firmy) osoby wnoszącej reklamację;
 - 2) adres osoby wnoszącej reklamację;
 - 3) informację, czy wnoszący reklamację żąda otrzymania odpowiedzi drogą elektroniczną, a jeżeli tak - również adres e-mail, na który odpowiedź ma zostać przesłana;
 - 4) PESEL/REGON;
 - 5) numer dokumentu ubezpieczenia lub nr szkody.
4. Na żądanie osoby wnoszącej reklamację, COMPENSA potwierdzi fakt złożenia reklamacji na piśmie lub w inny uzgodniony z nią sposób.
5. Odpowiedź na reklamację powinna zostać udzielona przez COMPENSA bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
6. W przypadku uzasadnionej niemożności udzielenia odpowiedzi w terminie określonym w ust. 5, COMPENSA zobowiązana jest poinformować osobę wnoszącą reklamację o:
 - 1) przyczynach braku możliwości dotrzymania ww. terminu (przyczynach opóźnienia);
 - 2) okolicznościach, które muszą zostać ustalone;
 - 3) przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, nie dłuższym jednak niż 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
7. Odpowiedź na reklamację COMPENSA udziela w postaci papierowej lub:
 - 1) w przypadku Ubezpieczających, Ubezpieczonych oraz uprawnionych z umowy ubezpieczenia będących osobami fizycznymi - za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, jednakże odpowiedź może zostać dostarczona osobie składającej reklamację pocztą elektroniczną wyłącznie na jej wniosek;
 - 2) w przypadku poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej - na innym trwałym nośniku informacji w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta.
8. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną, przysługuje prawo złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego, w szczególności w przypadku:
 - 1) nieuwzględnienia roszczeń osoby zgłaszającej reklamację w trybie rozpatrywania reklamacji;
 - 2) niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą osoby zgłaszającej reklamację w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.
9. Na wniosek Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz uprawnionego z umowy ubezpieczenia będącego osobą fizyczną, spór z COMPENSA może zostać poddany pozasądowemu postępowaniu w sprawie rozwiązywania sporów między Klientem a podmiotem rynku finansowego przeprowadzonemu przez Rzecznika Finansowego (szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: <https://rf.gov.pl>).
10. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Ubezpieczycielem, Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, uprawnionym z Umowy ubezpieczenia bądź ich spadkobiercami jest język polski.
11. Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia można rozwiązać w drodze postępowania sądowego poprzez wystąpienie z powództwem do sądu powszechnego. Pozwanym powinien być Ubezpieczyciel.
12. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
13. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.