

SPIS TREŚCI

Obowiązek informacyjny Administratora danych osobowych2

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

POLISA DLA CIEBIE OWU BRP-14183

Dodatkowe ubezpieczenie na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku OWDU BRP-1518 4

Dodatkowe ubezpieczenie na wypadek zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku OWDU BRP-1618 5

Informacje dotyczące ogólnych warunków ubezpieczenia na życie POLISA DLA CIEBIE BRP-14187

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie POLISA DLA CIEBIE BRP-1418.....8

Postanowienia wstępne..... 8

§ 1. Definicje..... 8

§ 2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej 8

§ 3. Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia 8

§ 4. Warunki zawarcia umowy ubezpieczenia 8

§ 5. Okres ubezpieczenia 8

§ 6. Wskazanie Beneficjenta 8

§ 7. Polisa ubezpieczeniowa 8

§ 8. Umowy dodatkowe 8

§ 9. Początek i koniec odpowiedzialności 8

§ 10. Suma ubezpieczenia 8

§ 11. Składka ubezpieczeniowa 8

§ 12. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia 9

§ 13. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia 9

§ 14. Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia 9

§ 15. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności 9

§ 16. Osoby uprawnione do otrzymania świadczeń 9

§ 17. Zasady ustalania i wypłaty świadczenia 9

§ 18. Składanie reklamacji..... 9

§ 19. Składanie skarg i zażaleń 10

§ 20. Postanowienia końcowe 10

Aneks nr 1 do Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie POLISA DLA CIEBIE o symbolu BRP-1418 11

Informacje dotyczące ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku BRP-1518 12

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku BRP-1518 13

Postanowienia wstępne..... 13

§ 1. Definicje..... 13

§ 2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej 13

§ 3. Warunki zawarcia umowy dodatkowej..... 13

§ 4. Zasady zawarcia i przystąpienia do umowy dodatkowej 13

§ 5. 13

§ 6. Czas trwania umowy dodatkowej 13

§ 7. Odstąpienie od umowy dodatkowej..... 13

§ 8. Wypowiedzenie umowy dodatkowej..... 13

§ 9. Składka ubezpieczeniowa i sposób płatności..... 13

§ 10. Początek i koniec odpowiedzialności 13

§ 11. Wyłączenia odpowiedzialności 13

§ 12. Osoby uprawnione do otrzymania świadczeń 14

§ 13. Zasady ustalania i wypłaty świadczenia 14

§ 14. Postanowienia końcowe 14

ANEKS NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEJ CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU BRP-1518 15

Informacje dotyczące ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek zgonu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku BRP-1618 16

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia na wypadek zgonu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku BRP-1618 17

Postanowienia wstępne..... 17

§ 1. Definicje..... 17

§ 2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej 17

§ 3. Warunki zawarcia umowy dodatkowej..... 17

§ 4. Zasady zawarcia i przystąpienia do umowy dodatkowej 17

§ 5. 17

§ 6. Czas trwania umowy dodatkowej 17

§ 7. Odstąpienie od umowy dodatkowej..... 17

§ 8. Wypowiedzenie umowy dodatkowej..... 17

§ 9. Suma ubezpieczenia 17

§ 10. Składka ubezpieczeniowa i sposób płatności..... 17

§ 11. Początek i koniec odpowiedzialności..... 17

§ 12. Wyłączenia odpowiedzialności 17

§ 13. Osoby uprawnione do otrzymania świadczeń 18

§ 14. Zasady ustalania i wypłaty świadczenia 18

§ 15. Postanowienia końcowe 18

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

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

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

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

Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna:

Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celu i na podstawie:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

W zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane na podstawie zgody lub na podstawie umowy, przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych.

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

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

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

Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu:

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, podejmowane będą decyzje oparte na wyłącznie zautomatyzowanym przetwarzaniu w zakresie niezbędnym do zawarcia lub wykonania umowy ubezpieczenia.

Decyzje te będą dotyczyły określenia parametrów umowy ubezpieczenia, w tym m.in. wysokości składki ubezpieczeniowej lub możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. Decyzje będą podejmowane na podstawie Pani/Pana danych dotyczących daty urodzenia, informacji o przedmiocie ubezpieczenia, w tym informacji o stanie zdrowia, informacji o charakterze wykonywanej pracy. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w celu automatycznej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

W przypadku wyrażenia zgody na zautomatyzowane podejmowanie decyzji we własnych celach marketingowych Administratora, decyzje te będą dotyczyły kierowania do Pani/Pana określonych komunikatów marketingowych oraz przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług Administratora dostosowanych do Pani/Pana potrzeb.

Decyzje będą podejmowane na podstawie następujących danych: daty urodzenia, wykonywanego zawodu, miejsca zamieszkania, posiadanych produktów, historii ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane wykorzystanie danych osobowych w celu określenia zachowań, preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz w celu przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług.

Informacja o wymogu podania danych:

Podanie danych osobowych w związku z zawieraniem umowy ubezpieczenia jest niezbędne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia – bez podania żądanych przez Administratora danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia. Podany adres e-mail lub numer telefonu będzie wykorzystywany do wysłania dokumentów i informacji związanych z obsługą umowy ubezpieczenia np. przesyłania informacji o płatnościach lub informacji o ważnych terminach wynikających z umowy ubezpieczenia.

Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.

Ubezpieczenie na życie Polisa dla Ciebie

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group (zwane dalej Towarzystwem)

Produkt: Polisa dla Ciebie OWU BRP-1418

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje o warunkach umowy ubezpieczenia podane są w ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie Polisa dla Ciebie zatwierdzonych Uchwałą Nr 6/04/2018 Zarządu Towarzystwa z dnia 6 kwietnia 2018 roku (zwane dalej OWU) oraz w polisie potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia i jej warunki.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Dobrowolne ubezpieczenie na życie, według załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej - dział I, grupa 1.

Umowę ubezpieczenia zawiera się na czas nieokreślony – na całe życie.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiot ubezpieczenia - życie Ubezpieczonego.

Towarzystwo zobowiązuje się do wypłaty osobie uprawnionej, w przypadku zgonu Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, świadczenia w wysokości:

- 100% sumy ubezpieczenia, albo
- równowartości wpłat tytułem składki ubezpieczeniowej, jeżeli:
 - 1) zgon Ubezpieczonego w okresie pierwszych 12 miesięcy, licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, nastąpił z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek,
 - 2) zgon Ubezpieczonego w okresie pierwszych 36 miesięcy, licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, nastąpił w wyniku poważnej jednostki chorobowej, która została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub z powodu której Ubezpieczony leczył się w okresie ostatnich 5 lat przed rozpoczęciem się odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.

Pełny zakres oraz zasady odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 2 OWU.

Informacje o sumie ubezpieczenia wskazane są w § 10 OWU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci świadczenia lub wypłaci świadczenie w ograniczonej wysokości?

Towarzystwo nie wypłaci świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, jeżeli zgon nastąpił w wyniku:

- popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego,
- samobójstwa w okresie pierwszych 24 miesięcy trwania umowy ubezpieczenia,
- samookaleczenia.

Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości równowartości wpłat tytułem składki ubezpieczeniowej w przypadku zgonu Ubezpieczonego w okresie pierwszych 12 miesięcy odpowiedzialności Towarzystwa z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek.

Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości równowartości wpłat tytułem składki ubezpieczeniowej w przypadku zgonu Ubezpieczonego w okresie pierwszych 36 miesięcy odpowiedzialności Towarzystwa w wyniku poważnej jednostki chorobowej, która została zdiagnozowana lub z powodu której Ubezpieczony leczył się w okresie ostatnich 5 lat przed rozpoczęciem się odpowiedzialności Towarzystwa. Poważna jednostka chorobowa zdefiniowana została w OWU.

Pełna lista wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 2 ust. 2 OWU oraz w § 15 OWU.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Na terenie całego świata.

Jakie są kluczowe prawa i obowiązki Ubezpieczającego / Ubezpieczonego?

Ubezpieczający zobowiązany jest:

- terminowo opłacać należną składkę ubezpieczeniową,
- udzielić odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,
- informować Towarzystwo o każdorazowej zmianie adresu korespondencyjnego.

Ubezpieczający ma prawo:

- rozszerzyć zakres ochrony o umowy dodatkowe:
 - 1) dodatkowe ubezpieczenie na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku (OWDU BRP-1518),
 - 2) dodatkowe ubezpieczenie na wypadek zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (OWDU BRP-1618),
 - 3) dodatkowe ubezpieczenie ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych (OWDU BRP-1918), umożliwiające gromadzenie środków w ramach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.
- zawnieć o podwyższenie sumy ubezpieczenia o kwotę nie przekraczającą 10% wartości sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień złożenia wniosku,
- odstąpić od umowy ubezpieczenia,
- wypowiedzieć umowę ubezpieczenia,
- zawnieć o wprowadzenie do umowy ubezpieczenia szczególnych postanowień umownych,
- złożyć reklamację,
- wytoczyć powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczony ma prawo:

- wskazać Beneficjenta (osobę uprawnioną do świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego), a także w każdym czasie zmienić lub odwołać Beneficjenta, a także zmienić udziały poszczególnych Beneficjentów w kwocie świadczenia,
- złożyć reklamację,
- wytoczyć powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka ubezpieczeniowa płatna jest z góry w terminie:

- do dnia poprzedzającego pierwszy dzień odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia – w przypadku pierwszej składki ubezpieczeniowej lub składki jednorazowej,
- do ostatniego dnia okresu polisowego, za który została opłacona poprzednia składka ubezpieczeniowa – w przypadku kolejnych składek ubezpieczeniowych.

Składka ubezpieczeniowa może być opłacana zgodnie z wybraną przez Ubezpieczającego częstotliwością:

- miesięcznie,
- kwartalnie,
- półrocznie,

- rocznie,
- jednorazowo, za cały okres ubezpieczenia.

Składka obliczana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia taryfą składek, w zależności od: wysokości sumy ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego, częstotliwości opłacania składek.

Wysokość składki ubezpieczeniowej potwierdzona jest w polisie ubezpieczeniowej.

Składka ubezpieczeniowa obliczana jest przy uwzględnieniu stopy technicznej wynoszącej 1%.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu potwierdzonym w polisie.

Ochrona ubezpieczeniowa kończy się we wcześniejszym dniu:

- 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia,
- 2) w którym wypowiedzenie umowy ubezpieczenia stało się skuteczne,
- 3) w którym upłynął termin zapłaty składki ubezpieczeniowej w dodatkowym terminie wyznaczonym przez Towarzystwo,
- 4) zgonu Ubezpieczonego.

Jak zawnioskować o wypłatę świadczenia?

- Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia powinna złożyć pisemne zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
- W zależności od zdarzenia stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa potrzebne są dokumenty wskazane w § 17 ust. 4 OWU.
- Pełne informacje dotyczące określenia osób uprawnionych do otrzymania świadczeń, zasad ustalania i wypłaty świadczenia wskazane są w § 16 oraz w § 17 OWU.

Kto i w jaki sposób może złożyć reklamację?

- 1) Prawo złożenia reklamacji przysługuje Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Beneficjentowi lub osobie uprawnionej do świadczenia będącymi osobą fizyczną (w tym osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej), jak również Ubezpieczającemu oraz poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej będącymi osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej przysługuje prawo do złożenia reklamacji, przy czym w przypadku ww. osób fizycznych przez reklamację należy rozumieć wystąpienie skierowane do Towarzystwa, w którym osoba wnosząca reklamację zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo,
- 2) reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa, w której zakresie jest obsługa osób wskazanych powyżej,
- 3) reklamację można złożyć w formie:
 - pisemnej (osobiste złożenie pisma w jednostce, o której mowa w pkt 2) powyżej lub siedzibie Towarzystwa albo listownie),
 - ustnej (telefonicznie na numer telefonu 22 867 66 67),
 - ustnej (osobiście w jednostce, o której mowa w pkt 2) powyżej lub siedzibie Towarzystwa do protokołu, elektronicznej na adres e-mail reklamacje@compensazycie.com.pl – wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Beneficjenta oraz osoby uprawnionej do świadczenia będących osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej).

Kto może złożyć skargę i jaki jest tryb jej rozpatrywania?

- 1) prawo złożenia skargi lub zażalenia przysługuje podmiotom, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji,
- 2) do skargi lub zażalenia zastosowanie znajdują postanowienia § 18 OWU dotyczące reklamacji, z wyłączeniem § 18 ust. 9 OWU.

Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że ze skarżącym lub składającym zażalenie uzgodniono inną formę odpowiedzi (w tym drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail).

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo:

- odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia,
- wypowiedzenia na piśmie umowy ubezpieczenia w dowolnym momencie jej trwania, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia (wypowiedzenie jest skuteczne z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu, w którym złożone zostało wypowiedzenie umowy).

DODATKOWE UBEZPIECZENIE NA WYPADEK TRWAŁEJ CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU OWDU BRP-1518

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje o warunkach dodatkowej umowy ubezpieczenia podane są w ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku zatwierdzonych Uchwałą Nr 6/04/2018 Zarządu Towarzystwa z dnia 6 kwietnia 2018 roku (zwane dalej OWDU) oraz w polisie lub aneksie do polisy potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowej i jej warunki.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Dobrowolne ubezpieczenie na życie, według załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej - dział I, grupa ustawowa 5.

Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu umowy podstawowej – POLISA DLA CIEBIE.

Umowę dodatkową zawiera się na czas nieokreślony.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiot ubezpieczenia:

Zdrowie Ubezpieczonego – Towarzystwo wypłaca świadczenie w postaci renty miesięcznej w wysokości 1.000 PLN, 1.500 PLN lub 2.000 PLN w przypadku orzeczenia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

Świadczenie w postaci renty miesięcznej płatne jest przez okres kolejnych 120 miesięcy począwszy od miesiąca, następującego po miesiącu, w którym nastąpiło zawiadomienie Towarzystwa o zajściu zdarzenia lecz nie dłużej niż do dnia zgonu Ubezpieczonego.

Pełny zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazany jest w § 2 OWDU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci świadczenia lub wypłaci świadczenie w ograniczonej wysokości?

Towarzystwo nie wypłaci świadczenia z tytułu orzeczenia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy będącej wynikiem nieszczęśliwego wypadku powstałego w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego, należących do jego obowiązków służbowych, następujących prac:

- budowlanych i/lub wydobywczych pod ziemią,
- na wysokości ponad 5 metrów,
- wymagających dysponowania bronią,
- wymagających kontaktu z substancjami wybuchowymi, żrącymi lub łatwopalnymi,
- związanymi z naprawą lub konserwacją urządzeń wysokiego napięcia,
- w powietrzu na pokładzie samolotu bądź innego środka komunikacji powietrznej,

- na morzu poza obszarem wód terytorialnych,
- połowy ryb z pokładu jednostki o długości poniżej 25 metrów
- pod wodą,
- związanych z zawodem kaskadera, akrobaty bądź artysty cyrkowego,
- związanych z prowadzeniem akcji ratowniczych.

Odpowiedzialność Towarzystwa wyłączona jest w przypadku zdarzeń, będących wynikiem:

- popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego,
- działań wojennych, stanu wyjątkowego i wojennego,
- udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach,
- skażenia chemicznego, radioaktywnego, jonizującego lub katastrofy nuklearnej,
- samookaleczenia,
- usiłowania popełnienia samobójstwa w okresie pierwszych 24 miesięcy trwania umowy dodatkowej.

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 2 ust. 3 OWDU oraz w § 11 OWDU.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Na terenie całego świata.

Jakie są kluczowe prawa i obowiązki Ubezpieczającego / Ubezpieczonego?

Zgodne z prawami i obowiązkami wynikającymi z umowy podstawowej.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka z tytułu umowy dodatkowej płatna jest łącznie ze składką z tytułu umowy podstawowej, tj. z góry w terminie:

- do dnia poprzedzającego pierwszy dzień odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia – w przypadku pierwszej składki ubezpieczeniowej lub składki jednorazowej,
- do ostatniego dnia okresu polisowego, za który została opłacona poprzednia składka ubezpieczeniowa – w przypadku kolejnych składek ubezpieczeniowych.

Składka ubezpieczeniowa może być opłacana zgodnie z wybraną przez Ubezpieczającego częstotliwością:

- miesięcznie,
- kwartalnie,
- półrocznie,
- rocznie,
- jednorazowo, za cały okres ubezpieczenia.

Składka ubezpieczeniowa obliczana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej taryfą składek, w zależności od wysokości świadczenia, wieku Ubezpieczonego, częstotliwości opłacania składek.

Wysokości składki i świadczenia potwierdzone są w polisie ubezpieczeniowej lub w aneksie do polisy.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu potwierdzonym w polisie lub w aneksie do polisy - w sytuacji, gdy zawarcie umowy dodatkowej następuje w innym dniu niż zawarcie umowy podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa kończy się we wcześniejszym dniu:

- wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy podstawowej,
- odstąpienia od umowy dodatkowej lub w dniu, w którym wypowiedzenie umowy dodatkowej stało się skuteczne,
- w którym upłynął termin zapłaty składki ubezpieczeniowej w dodatkowym terminie wyznaczonym przez Towarzystwo,
- w dniu orzeczenia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy.

Jak zawnioskować o wypłatę świadczenia?

- Ubezpieczony powinien złożyć pisemne zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
- Do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa potrzebne są dokumenty wskazane w § 13 ust. 2 OWDU.
- Pełne informacje dotyczące określenia osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, zasad ustalania i wypłaty świadczenia wskazane są w § 12 oraz w § 13 OWDU.

Jak rozwiązać umowę?

Na zasadach określonych w postanowieniach umowy podstawowej Ubezpieczający ma prawo:

- odstąpienia od umowy dodatkowej,
- wypowiedzenia umowy dodatkowej.

Rozwiązanie umowy dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem umowy podstawowej.

UBEZPIECZENIE DODATKOWE NA WYPADEK ZGONU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU OWDU BRP-1618

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje o warunkach dodatkowej umowy ubezpieczenia podane są w ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia na wypadek zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku zatwierdzonych Uchwałą Nr 6/04/2018 Zarządu Towarzystwa z dnia 6 kwietnia 2018 roku (zwane dalej OWDU) oraz w polisie lub aneksie do polisy potwierdzającym zawarcie umowy dodatkowej i jej warunki.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Dobrowolne ubezpieczenie na życie, według załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej - dział I, grupa ustawowa 5.

Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu umowy podstawowej – POLISA DLA CIEBIE.

Umowę dodatkową zawiera się na czas nieokreślony.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiot ubezpieczenia:

Życie Ubezpieczonego – Towarzystwo wypłaca świadczenie w przypadku zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej polega na wypłacie w przypadku zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia.

Pełny zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazany jest w § 2 OWDU.

Sumę ubezpieczenia ustalają strony umowy ubezpieczenia przy zawieraniu umowy dodatkowej.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci świadczenia lub wypłaci świadczenie w ograniczonej wysokości?

Towarzystwo nie wypłaci świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku powstałego w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego, należących do jego obowiązków służbowych, następujących prac:

- budowlanych i/lub wydobywczych pod ziemią,
- na wysokości ponad 5 metrów,
- wymagających dysponowania bronią,
- wymagających kontaktu z substancjami wybuchowymi, żrącymi lub łatwopalnymi,
- związanymi z naprawą lub konserwacją urządzeń wysokiego napięcia,

- w powietrzu na pokładzie samolotu bądź innego środka komunikacji powietrznej,
- na morzu poza obszarem wód terytorialnych,
- połowu ryb z pokładu jednostki o długości poniżej 25 metrów,
- pod wodą,
- związanych z zawodem kaskadera, akrobaty bądź artysty cyrkowego,
- związanych z prowadzeniem akcji ratowniczych.

Odpowiedzialność Towarzystwa wyłączona jest w przypadku zdarzeń, będących wynikiem:

- popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego,
- działań wojennych, stanu wyjątkowego i wojennego,
- udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach,
- skażenia chemicznego, radioaktywnego, jonizującego lub katastrofy nuklearnej,
- samookaleczenia,
- popełnienia samobójstwa w okresie pierwszych 24 miesięcy trwania umowy dodatkowej.

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 2 ust. 2 OWDU oraz w § 12 OWDU.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Na terenie całego świata.

Jakie są kluczowe prawa i obowiązki Ubezpieczającego / Ubezpieczonego?

Zgodne z prawami i obowiązkami wynikającymi z umowy podstawowej.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka z tytułu umowy dodatkowej płatna jest łącznie ze składką z tytułu umowy podstawowej, tj. z góry w terminie:

- do dnia poprzedzającego pierwszy dzień odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia – w przypadku pierwszej składki ubezpieczeniowej lub składki jednorazowej,
- do ostatniego dnia okresu polisowego, za który została opłaconą poprzednia składka ubezpieczeniowa – w przypadku kolejnych składek ubezpieczeniowych.

Składka ubezpieczeniowa może być opłacana zgodnie z wybraną przez Ubezpieczającego częstotliwością:

- miesięcznie,
- kwartalnie,
- półrocznie,
- rocznie,
- jednorazowo, za cały okres ubezpieczenia.

Składka ubezpieczeniowa obliczana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej taryfą składek, w zależności od wysokości świadczenia, wieku Ubezpieczonego, częstotliwości opłacania składek.

Wysokości składki i świadczenia potwierdzone są w polisie ubezpieczeniowej lub w aneksie do polisy.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu potwierdzonym w polisie lub w aneksie do polisy - w sytuacji, gdy zawarcie umowy dodatkowej następuje w innym dniu niż zawarcie umowy podstawowej.

Ochrona ubezpieczeniowa kończy się we wcześniejszym dniu:

- wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy podstawowej,
- odstąpienia od umowy dodatkowej lub w dniu, w którym wypowiedzenie umowy dodatkowej stało się skuteczne,

- w którym upłynął termin zapłaty składki ubezpieczeniowej w dodatkowym terminie wyznaczonym przez Towarzystwo,
- zgonu Ubezpieczonego.

Jak zawnioskować o wypłatę świadczenia?

- Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia powinna złożyć pisemne zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
- Do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa potrzebne są dokumenty wskazane w § 14 ust. 2 OWDU.
- Pełne informacje dotyczące określenia osób uprawnionych do otrzymania świadczeń, zasad ustalania i wypłaty świadczenia wskazane są w § 13 oraz w § 14 OWDU.

Jak rozwiązać umowę?

Na zasadach określonych w postanowieniach umowy podstawowej Ubezpieczający ma prawo:

- odstąpienia od umowy dodatkowej,
- wypowiedzenia umowy dodatkowej,

Rozwiązanie umowy dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem umowy podstawowej.

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
POLISA DLA CIEBIE
BRP-1418**

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§1, §2, §10, §12, §13, §17
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§2 ust. 2, §15, §20 ust. 6-7

POLISA DLA CIEBIE

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE POLISA DLA CIEBIE BRP-1418

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia na życie POLISA DLA CIEBIE o symbolu BRP-1418 (zwane dalej OWU), mają zastosowanie do umów ubezpieczenia na życie POLISA DLA CIEBIE (dalej umowa ubezpieczenia) zawieranych pomiędzy Compensa Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342, Al. Jerozolimskie 162, zwaną dalej Towarzystwem, a Ubezpieczającymi.

DEFINICJE

§ 1.

Ileokroć w niniejszych OWU użyto określenia:

- Beneficjent** – rozumie się przez to osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego,
- miesiąc polisowy** – rozumie się przez to okres, którego początek przypada pierwszego dnia odpowiedzialności Towarzystwa i każdego odpowiadającego tej dacie dnia w kolejnych miesiącach kalendarzowych. Koniec miesiąca polisowego stanowi dzień poprzedzający pierwszy dzień kolejnego miesiąca polisowego,
- nieszczęśliwy wypadek** – rozumie się przez to zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego. W rozumieniu OWU do kategorii nieszczęśliwego wypadku nie zalicza się chorób, w tym również występujących nagle lub ujawnionych w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub stanowiących przyczynę nieszczęśliwego wypadku, a także czynników chorobotwórczych wywołujących chorobę infekcyjną (bakterie, wirusy lub pasożyty),
- okres polisowy** – dla umów ubezpieczenia opłacanych kwartalnie, półrocznie lub rocznie rozumie się przez to odpowiednio trzy, sześć lub dwanaście miesięcy polisowych. Dla umów ubezpieczenia opłacanych miesięcznie okresem polisowym jest miesiąc polisowy, natomiast dla umów ubezpieczenia opłacanych jednorazowo okres polisowy stanowi cały okres ubezpieczenia,
- poważna jednostka chorobowa** – rozumie się przez to: wady wrodzone i rozwojowe, wady serca, niestabilną chorobę serca, zawał serca, udar mózgu, niewydolność nerek, chorobę nowotworową, cukrzycę, chorobę płuc, stwardnienie rozsiane, zaburzenia psychiczne i zachowania, zakażenie ludzkim wirusem upośledzenia odporności – HIV, żółtaczka typu B i C – wirusowe zapalenie wątroby typu B i C, znaczny stopień niepełnosprawności, umiarkowany stopień niepełnosprawności, niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym,
- rocznica polisy** – rozumie się przez to każdą rocznicę pierwszego dnia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia,
- rok polisowy** – rozumie się przez to okres przypadający pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy, przy czym początek roku polisowego przypada pierwszego dnia odpowiedzialności Towarzystwa i każdego odpowiadającego tej dacie dnia w kolejnych latach kalendarzowych, a koniec roku polisowego przypada w dniu poprzedzającym kolejną rocznicę polisy,
- suma ubezpieczenia** – rozumie się przez to zaproponowaną przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i potwierdzonej w polisie kwotę pieniężną, na podstawie której ustalana jest wysokość świadczeń wypłacanych przez Towarzystwo,
- Ubezpieczający** – rozumie się przez to stronę zawartą z Towarzystwem umowę ubezpieczenia, zobowiązaną do opłacania należnej składki ubezpieczeniowej,
- Ubezpieczony** – rozumie się przez to pełnoletnią osobę fizyczną, posiadającą pełną zdolność do czynności prawnych, której życie objęte jest ochroną ubezpieczeniową; w rozumieniu niniejszych OWU Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym.

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 2.

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia. Towarzystwo zobowiązuje się do wypłaty osobie uprawnionej w przypadku zgonu Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia świadczenia w wysokości:
 - 100% sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień pkt 2) poniżej,
 - równowartości wpłat tytułem składki ubezpieczeniowej, w sytuacji, o której mowa w ust. 2) poniżej.
- Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty wyłącznie świadczenia, o którym mowa w ust. 1) pkt 2) powyżej, jeżeli:
 - zgon Ubezpieczonego w okresie pierwszych 12 miesięcy, licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, nastąpił z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek,
 - zgon Ubezpieczonego w okresie pierwszych 36 miesięcy, licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, nastąpił w wyniku poważnej jednostki chorobowej, która została zdiagnozowana u Ubezpieczonego lub z powodu której Ubezpieczony leczył się w okresie ostatnich 5 lat przed rozpoczęciem się odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.

UMOWA UBEZPIECZENIA

wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia

§ 3.

- Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- Ubezpieczający zobowiązany jest do udzielenia odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

- Jeden Ubezpieczony może jednocześnie być objęty ochroną ubezpieczeniową tylko z tytułu jednej umowy ubezpieczenia na życie POLISA DLA CIEBIE.
- Towarzystwo zastrzega sobie prawo zaproponowania zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odrzucenia wniosku.
- Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do sporządzenia nowego wniosku lub jego uzupełnienia w wyznaczonym terminie.

warunki zawarcia umowy ubezpieczenia

§ 4.

Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli zostaną spełnione łącznie następujące warunki:

- Ubezpieczony nie ukończył 86 roku życia,
- wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia nie został odrzucony,
- Ubezpieczający opłacił pierwszą należną składkę w pełnej wysokości.

okres ubezpieczenia

§ 5.

Umowę ubezpieczenia zawiera się na czas nieokreślony.

wskazanie Beneficjenta

§ 6.

- Ubezpieczony ma prawo do wskazania Beneficjenta we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- Ubezpieczony może wskazać więcej niż jednego Beneficjenta i określić procentowo udział Beneficjentów w kwocie świadczenia. Jeżeli udział poszczególnych Beneficjentów w świadczeniu nie zostanie określony, to przyjmuje się, że udziały są równe.
- Ubezpieczony może w każdym czasie zmienić lub odwołać Beneficjenta, wyznaczyć dalszych Beneficjentów, a także zmieniać udziały poszczególnych Beneficjentów w kwocie świadczenia.

polisa ubezpieczeniowa

§ 7.

- Towarzystwo potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia wystawieniem polisy.
- Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z dniem wskazanym w polisie.

UMOWY DODATKOWE

§ 8.

- Z pierwszym dniem każdego okresu polisowego, na zasadach określonych odrębnie Ubezpieczający może rozszerzyć zakres ochrony o umowę gromadzenia środków w ramach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych oferowanych przez Towarzystwo oraz inne umowy ubezpieczenia dodatkowego.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 9.

- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia potwierdzonego w polisie jako pierwszy dzień odpowiedzialności, pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej w terminie, o którym mowa w § 11 ust. 5 pkt 1) OWU.
- Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się w dniu wygaśnięcia umowy ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 10.

- Sumę ubezpieczenia ustalają strony umowy ubezpieczenia przy zawieraniu umowy ubezpieczenia.
- W każdym roku polisowym Ubezpieczający może wystąpić do Towarzystwa z wnioskiem o podwyższenie sumy ubezpieczenia o kwotę nie przekraczającą 10% wartości sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień złożenia wniosku.
- Podwyższenie sumy ubezpieczenia następuje w pierwszą rocznicę polisy następującą po dacie złożenia wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia.
- W sytuacji, o której mowa w ust. 2 i 3 powyżej, nowa wysokość składki wyliczana jest na podstawie kryteriów, określonych w § 11 ust. 1 OWU.
- Towarzystwo potwierdza podwyższenie sumy ubezpieczenia aneksem do umowy ubezpieczenia.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 11.

- Składka obliczana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia taryfą składek, w zależności od:
 - wysokości sumy ubezpieczenia,
 - wieku Ubezpieczonego,
 - częstotliwości opłacania składek.
- Wysokość składki potwierdzona jest w polisie ubezpieczeniowej.
- Składka ubezpieczeniowa obliczana jest przy uwzględnieniu stopy technicznej wynoszącej 1%.
- Ubezpieczający we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia określa częstotliwość opłacania składki. Składka ubezpieczeniowa może być opłacana:
 - miesięcznie,
 - kwartalnie,

- 3) półrocznie,
- 4) rocznie,
- 5) jednorazowo za cały okres ubezpieczenia.
5. Składka ubezpieczeniowa płatna jest z góry w terminie:
 - 1) do dnia poprzedzającego pierwszy dzień odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia - w przypadku pierwszej składki ubezpieczeniowej lub składki jednorazowej,
 - 2) do ostatniego dnia okresu polisowego, za który została opłacona poprzednia składka ubezpieczeniowa - w przypadku kolejnych składek ubezpieczeniowych.
6. Za datę zapłaty składki ubezpieczeniowej przyjmuje się datę jej wpływu na rachunek bankowy Towarzystwa.
7. W przypadku nieopłacenia w terminie należnej składki ubezpieczeniowej w pełnej wysokości należnej za dany okres polisowy, Towarzystwo na piśmie wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki ubezpieczeniowej, wyznaczając dodatkowy 7 dniowy termin jej zapłaty, podając skutki niezapłacenia składki ubezpieczeniowej w tym terminie.
8. Jeżeli składka nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 7 powyżej, umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem natychmiastowym na dzień, w którym upływał termin zapłaty składki ubezpieczeniowej, określony zgodnie z zasadami, o których mowa w ust. 5 powyżej.
9. W przypadku opłacenia przez Ubezpieczającego zaległej składki ubezpieczeniowej w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 7 powyżej, Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z zachowaniem ciągłości odpowiedzialności ubezpieczeniowej.

WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA odstąpienie od umowy ubezpieczenia

§ 12.

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. O odstąpieniu od umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Towarzystwo na piśmie.
3. Odstąpienie Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia jest skuteczne od dnia otrzymania przez Towarzystwo pisemnej informacji o odstąpieniu.
4. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki ubezpieczeniowej za czas udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.
5. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu część składki ubezpieczeniowej za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.
6. Zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej dokonywany jest przelewem na rachunek bankowy lub w inny uzgodniony z Ubezpieczającym sposób.

wypowiedzenie umowy ubezpieczenia

§ 13.

1. Ubezpieczający może pisemnie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym miesiącu obowiązywania umowy ubezpieczenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. Wypowiedzenie jest skuteczne z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu, w którym złożone zostało oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia.
3. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki ubezpieczeniowej za czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa w okresie wypowiedzenia.
4. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu część składki ubezpieczeniowej za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.
5. Zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej dokonywany jest przelewem na rachunek bankowy lub w inny uzgodniony z Ubezpieczającym sposób.

§ 14.

1. Umowa ubezpieczenia wygasa w dniu:
 - 1) odstąpienia Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
 - 2) w którym wypowiedzenie umowy ubezpieczenia stało się skuteczne,
 - 3) o którym mowa w § 11 ust. 8 OWU,
 - 4) zgonu Ubezpieczonego.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 15.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, w przypadku, gdy wystąpienie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, było wynikiem:
 - 1) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego, lub
 - 2) samobójstwa w okresie pierwszych 24 miesięcy trwania umowy ubezpieczenia, lub
 - 3) samookaleczenia.

OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ

§ 16.

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, uprawnionym do świadczenia jest Beneficjent.
2. Wskazanie Beneficjenta staje się bezskuteczne, jeżeli umyślnie przyczynił się on do śmierci Ubezpieczonego.
3. W przypadku braku wskazania Beneficjenta albo gdy Beneficjent w chwili zgonu Ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, świadczenie przysługujące osobom powołanym do spadku po Ubezpieczonym, w częściach określonych w postanowieniu sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub notarialnym akcie poświadczenia dziedziczenia.

ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA

§ 17.

1. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia, dokonanego w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu, o którym mowa poniżej, ugody zawartej z osobą uprawnioną do otrzymania świadczeń lub prawomocnego orzeczenia sądu.

2. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową winno być złożone w formie pisemnej do jednostki organizacyjnej Towarzystwa lub w inny uzgodniony z Towarzystwem sposób.
3. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w ust. 2 powyżej, Towarzystwo podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia oraz zasadności zgłoszonego roszczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny uzgodniony sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
4. Dokumentami, o których mowa w ust. 3 powyżej, są:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu,
 - 2) dokument potwierdzający przyczynę zgonu (np. karta statystyczna do karty zgonu),
 - 3) dokumenty potwierdzające datę wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, okoliczności zajścia zdarzenia oraz potwierdzające związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
5. Wszelkie dokumenty roszczeniowe winny mieć postać oryginału, bądź kopii uwierzytelnionej przez uprawnionego przedstawiciela Towarzystwa, osobę występującą z roszczeniem, organ właściwy do potwierdzania dokumentów za zgodność lub osobę wykonującą zawód zaufania publicznego. Dokumenty roszczeniowe mogą zostać złożone również w innej uzgodnionej z Towarzystwem formie.
6. Towarzystwo spełnia świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
7. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
8. Jeżeli świadczenie nie zostało wypłacone w terminie, o którym mowa w ust. 6 powyżej, Towarzystwo zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia.
9. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, Towarzystwo informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą odmowę wypłaty świadczenia.
10. Świadczenia wypłacane z tytułu umowy ubezpieczenia nie podlegają pomniejszeniu o dodatkowe opłaty.
11. Świadczenia wypłacane są przelewem na rachunek bankowy lub w inny uzgodniony z osobą uprawnioną sposób.
12. Jeżeli Ubezpieczony lub osoba uprawniona do otrzymania świadczenia nie zgadza się z dokonanymi ustaleniami w kwestii wysokości przyznanego świadczenia lub odmawia zaspokojenia roszczenia, ma prawo zgłosić do Towarzystwa żądanie ponownego rozpatrzenia roszczenia w terminie 30 dni od daty otrzymania oświadczenia w tej sprawie.
13. Powyższe uprawnienie nie koliduje z prawem dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

SKŁADANIE REKLAMACJI

§ 18.

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Beneficjentowi lub osobie uprawnionej do świadczenia będącymi osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej), jak również Ubezpieczającemu oraz poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej będącymi osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej przysługuje prawo do złożenia reklamacji, przy czym w przypadku ww. osób fizycznych przez reklamację należy rozumieć wystąpienie skierowane do Towarzystwa, w którym osoba wnosząca reklamację zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa, w której zakresie obowiązków jest obsługa osób wskazanych w ust. 1 powyżej.
3. Osoba wskazana w ust. 1 powyżej może złożyć reklamację w formie:
 - 1) pisemnej – składając osobiście pismo w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub siedzibie Towarzystwa albo listownie,
 - 2) ustnej – telefonicznie na numer telefonu 22 867 66 67,
 - 3) ustnej – osobiście w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub siedzibie Towarzystwa do protokołu podczas wizyty w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub siedzibie Towarzystwa - wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Beneficjenta oraz osoby uprawnionej do Świadczenia będących osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej),
 - 4) elektronicznej na adres e-mail reklamacje@compensazycie.com.pl - wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Beneficjenta oraz osoby uprawnionej do świadczenia będących osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej).
4. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia reklamacji, reklamacja powinna zawierać:
 - 1) imię i nazwisko (nazwa firmy) osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację,
 - 2) adres osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację,
 - 3) informację, czy osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca reklamację wyraża zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, a jeżeli tak - również adres e-mail, na który odpowiedź ma zostać przesłana,
 - 4) PESEL/REGON,
 - 5) numer dokumentu ubezpieczenia (numer polisy).
5. Na żądanie osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację Towarzystwo potwierdza złożenie reklamacji na piśmie lub w inny uzgodniony z tą osobą sposób.
6. Z zachowaniem postanowień ust. 7 poniżej, odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Termin wskazany w zdaniu pierwszym uważa się za dotrzymany, jeżeli odpowiedź została wysłana przed jego upływem.
7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 6 powyżej, Towarzystwo w informacji przekazanej osobie wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone do rozpoznania sprawy,

- 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
8. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń przez osobę wskazaną w ust. 1 powyżej ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie reklamacji.
9. Odpowiedzi na reklamacje Towarzystwo udziela w postaci papierowej lub:
 - 1) za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, jednakże odpowiedź na reklamację może zostać dostarczona osobie składającej reklamację pocztą elektroniczną wyłącznie na jej wniosek - w przypadku Ubezpieczających, Ubezpieczonych, Beneficjentów oraz osób uprawnionych do świadczenia będących osobami fizycznymi (w tym również osobami fizycznymi wykonującymi działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej),
 - 2) na innym trwałym nośniku informacji w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta - w przypadku poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającego oraz osoby uprawnionej do świadczenia będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej.
10. Po otrzymaniu odpowiedzi na reklamację rozpatrzoną negatywnie osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca reklamację ma prawo odwołać się do Towarzystwa.
11. Po otrzymaniu odpowiedzi na reklamację rozpatrzoną negatywnie osoba wskazana w ust. 1 powyżej będąca osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej), ma prawo złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.
12. Niezależnie od trybu rozpatrywania reklamacji wskazanego w ust. 1 – 11 powyżej, osoba wskazana w ust. 1 powyżej, będąca osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej) składająca reklamację ma prawo:
 - 1) złożyć wniosek o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego (szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: www.rf.gov.pl),
 - 2) wystąpić z powództwem do sądu powszechnego właściwego według przepisów o właściwości ogólnej albo właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację, gdzie pozwanym winna być Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa,
 - 3) zwrócić się do Komisji Nadzoru Finansowego.
13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

SKŁADANIE SKARG I ZAŻALEŃ § 19.

1. Podmioty, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji, zgodnie z postanowieniami § 18 OWU, przysługuje prawo złożenia skargi lub zażalenia.
2. Do skargi lub zażalenia określonych w ust. 1 powyżej zastosowanie znajdują postanowienia § 18 OWU dotyczące reklamacji składanych przez Ubezpieczających, Ubezpieczonych, osoby uprawnione do świadczenia oraz poszukujących ochrony ubezpieczeniowej będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej, z wyłączeniem § 18 ust. 9 OWU. Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że ze skarżącym lub składającym zażalenie uzgodniono inną formę odpowiedzi. Jeśli życzeniem skarżącego lub składającego zażalenie jest otrzymanie odpowiedzi drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail i skarżący lub składający zażalenie wyraził zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, odpowiedź wysyłana jest mu tą drogą.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE § 20.

1. Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpiezonego, Beneficjenta lub osoby uprawnionej do świadczenia z umowy ubezpieczenia.
2. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia mogą być również rozwiązywane w sposób polubowny, w szczególności przez Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego.
3. Na pisemny wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa, do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU.
4. Wszelkie zmiany w umowie ubezpieczenia powinny być dokonywane na podstawie wniosków w formie pisemnej pod rygorem nieważności, przy czym wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane agentowi ubezpieczeniowemu, tj. przedsiębiorcy wykonującemu działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Towarzystwem i wpisanemu do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego, uznaje się za złożone Towarzystwu, o ile zostały złożone na piśmie lub na innym trwałym nośniku. Wszelkie zmiany wprowadzone w umowie ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza w formie pisemnej.
5. W przypadku zawarcia umowy o przelew praw z umowy ubezpieczenia, świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia może być przedmiotem cesji.
6. Umowa ubezpieczenia nie podlega wykupowi.
7. Z tytułu umowy ubezpieczenia nie przysługują premie lub udziały w zyskach.
8. Ubezpieczający jest zobowiązany informować Towarzystwo o każdorazowej zmianie adresu, na który należy kierować przeznaczoną dla Ubezpieczającego korespondencję.
9. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych, powszechnie obowiązujących aktów prawnych.
10. Zgodnie z postanowieniami art. 21 ust.1 pkt 4) ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 1991 r. nr 80, poz. 350 z późniejszymi zmianami) oraz art. 831 § 3 kodeksu cywilnego (Dz.U. z 1964 r. nr 16, poz. 93 z późniejszymi zmianami) wszelkie świadczenia z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia nie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych oraz podatkiem od spadków.
11. Wszelkie opłaty związane z płatnościami składki, o ile są wymagane, obciążają Ubezpieczającego.
12. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane są na stronie internetowej www.compensa.pl.
13. Niniejsze OWU wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2018 r.
14. Niniejsze OWU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 6/04/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2018 r. mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2018 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

POLISA DLA CIEBIE

ANEKS NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE POLISA DLA CIEBIE O SYMBOLU BRP-1418

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia na życie POLISA DLA CIEBIE o symbolu BRP-1418 (dalej OWU) zatwierdzonych Uchwałą Nr 6/04/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2018 r. wprowadza się następujące zmiany mające zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których Dzień początku odpowiedzialności przypada w dniu 1 listopada 2020 lub w terminie późniejszym: po § 14 dodaje się nowy § 14a w brzmieniu:

„§ 14a DODATKOWE POSTANOWIENIA UMOWNE

Bez uszczerbku dla pozostałych postanowień Umowy ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana, o ile i tak długo dopóki nie zostały nałożone sankcje gospodarcze, handlowe lub finansowe ani embarga przez Unię Europejską, Organizację Narodów Zjednoczonych lub Polskę, mające bezpośrednie zastosowanie dla umawiających się stron. Powyższe dotyczy również sankcji gospodarczych, handlowych lub finansowych bądź embarg nałożonych przez USA, o ile przepisy prawa Unii Europejskiej lub Polski nie stanowią inaczej.”

§ 2.

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszym aneksem zastosowanie mają postanowienia ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu.
2. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 3/10/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 1 października 2020 r. wchodzi w życie z dniem 1 października 2020 roku.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA
NA WYPADEK TRWAŁEJ CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W WYNIKU
NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU
BRP-1518**

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§1, §2, §13
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§2 ust. 2, 3, §10 ust. 2 pkt 1), §11

POLISA DLA CIEBIE

OGÓLNE WARUNKI **DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEJ CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU BRP-1518**

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

- Umowa Dodatkowa zawarta na podstawie niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-1518 (zwanych dalej OWDU), stanowi integralną część umowy ubezpieczenia na życie POLISA DLA CIEBIE (zwanej dalej Umową Podstawową) i stanowi rozszerzenie zakresu ochrony z jej tytułu.
- Warunkiem zawarcia Umowy Dodatkowej jest zawarcie Umowy Podstawowej.
- W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWDU stosuje się odpowiednio postanowienia Umowy Podstawowej.

DEFINICJE

§ 1.

Ilekoć w niniejszych OWDU użyto określenia:

- nieszczęśliwy wypadek** – rozumie się przez to zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego. W rozumieniu OWDU do kategorii nieszczęśliwego wypadku nie zalicza się chorób, w tym również występujących nagle lub ujawnionych w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub stanowiących przyczynę nieszczęśliwego wypadku, a także czynników chorobotwórczych wywołujących chorobę infekcyjną (bakterie, wirusy lub pasożyty);
- trwała całkowita niezdolność do pracy** – rozumie się przez to całkowitą utratę zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej, orzeczoną na okres powyżej 5 lat przez podmiot uprawniony do orzekania o niezdolności do pracy. Pojęcie to obejmuje również całkowitą niezdolność do samodzielnej egzystencji;
- sporty ekstremalne** – rozumie się przez to: sporty wodne - jet skiing, hydrospeed, kanioning, kitesurfing, nurkowanie, ocean rafting, rafting, samotne wyprawy morskie i oceaniczne, surfing, wakeboarding, wędkarstwo pełnomorskie, white water, windsurfing; sporty zimowe - freeskiing, mono-ski, snowboard poza trasami narciarskimi, wyprawy polarne i wysokogórskie; sporty powietrzne - abseiling, akrobacje powietrzne, bungee jumping, dream jumping, free jumping, freegull, loty balonowe, paragliding/paralotniarstwo, wspinaczka skałkowa, zjazdy linowe; sporty ziemne - ewolucje na deskorolkach, łyżworolkach i BMX-ach, handbike, cross i rajd konny, Krav maga, paintball (jeśli uczestnicy nie są członkami klubu lub nie posiadają stroju ochronnego), sandboarding, saneczki uliczne, strzelanie poza strzelnicą, zorbing;
- nadużycie leków** – rozumie się przez to używanie leków lub parafarmaceutyków w dawkach przekraczających zalecenia lekarza lub producenta;
- zawodowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu w celach zarobkowych. Pojęcia używane w OWDU i niedefiniowane powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 2.

- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej polega na wypłacie w przypadku orzeczenia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku, świadczenia w postaci renty miesięcznej w wysokości 1.000 PLN (słownie: jeden tysiąc złotych), 1.500 PLN (słownie: jeden tysiąc pięćset złotych) lub 2.000 PLN (słownie: dwa tysiące złotych), płatnej zgodnie z postanowieniami ust. 2 poniżej.
- Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, płatne jest przez okres kolejnych 120 miesięcy począwszy od miesiąca, następującego po miesiącu, w którym nastąpiło zawiadomienie Towarzystwa o zajściu zdarzenia, lecz nie dłużej niż do dnia zgonu Ubezpieczonego.
- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej nie obejmuje zdarzeń będących wynikiem wypadków zaistniałych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu tejże Umowy Dodatkowej.

UMOWA DODATKOWA

warunki zawarcia Umowy Dodatkowej

§ 3.

- Umowa Dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy Podstawowej.

zasady zawarcia i przystąpienia do Umowy Dodatkowej

§ 4.

- Umowę Dodatkową zawiera się na podstawie wniosku Ubezpieczającego o zawarcie Umowy Dodatkowej.

§ 5.

- Zawarcie Umowy Dodatkowej łącznie z Umową Podstawową Towarzystwo potwierdza wystawieniem polisy.
- W przypadku, gdy Umowa Dodatkowa zostaje zawarta w okresie trwania Umowy Podstawowej, jej zawarcie Towarzystwo potwierdza stosownym aneksem do polisy.

czas trwania Umowy Dodatkowej

§ 6.

- Umowę Dodatkową zawiera się na czas nieokreślony, z dniem potwierdzonym w polisie lub w aneksie do polisy.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY DODATKOWEJ

§ 7.

- Ubezpieczający posiada prawo odstąpienia od Umowy Dodatkowej na zasadach określonych w Umowie Podstawowej.
- Odstąpienie od Umowy Dodatkowej nie skutkuje odstąpieniem od Umowy Podstawowej.

WYPOWIEDZENIE UMOWY DODATKOWEJ

§ 8.

- Ubezpieczający posiada prawo wypowiedzenia Umowy Dodatkowej na zasadach określonych w Umowie Podstawowej.
- Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA I SPOSÓB PŁATNOŚCI

§ 9.

- Składka ubezpieczeniowa obliczana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej taryfą składek, w zależności od:
 - wysokości świadczenia,
 - wieku Ubezpieczonego,
 - częstotliwości opłacania składek.
- Wysokości składki i świadczenia podane są w polisie ubezpieczeniowej lub w aneksie do polisy.
- Składka z tytułu Umowy Dodatkowej powinna być opłacana łącznie ze składką z tytułu Umowy Podstawowej. Wpłata niepełnej składki będzie zaliczana w pierwszej kolejności na poczet składki z tytułu Umowy Podstawowej.
- W przypadku nieopłacenia w terminie składki należnej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo na piśmie wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki ubezpieczeniowej wyznaczając dodatkowy 7 dniowy termin jej zapłaty.
- Jeżeli składka nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 4 powyżej, Umowę Dodatkową uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem natychmiastowym na dzień, w którym upłynął termin zapłaty składki, wynikający z postanowień ust. 3 powyżej.
- W przypadku opłacenia zaległej składki w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 4 powyżej Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z zachowaniem ciągłości odpowiedzialności ubezpieczeniowej.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 10.

- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od dnia potwierdzonego w polisie lub w aneksie do polisy, nie wcześniej jednak niż od pierwszego dnia okresu polisowego Umowy Podstawowej, za który składka należna z tytułu Umowy Podstawowej została opłacona łącznie ze składką należną z tytułu Umowy Dodatkowej.
- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej wygasa:
 - w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej,
 - w dniu, w którym odstąpienie od Umowy Dodatkowej lub jej wypowiedzenie stało się skuteczne,
 - w dniu, o którym mowa w § 9 ust. 5 OWU,
 - w dniu orzeczenia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy.
- W sytuacji, o której mowa w ust. 2 pkt 1) i 2) powyżej Towarzystwo zobowiązane jest do zwrotu składki ubezpieczeniowej za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 11.

- Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń, będących wynikiem nieszczęśliwego wypadku powstałego w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego, należących do jego obowiązków służbowych, następujących prac:
 - budowlanych i/lub wydobywczych pod ziemią,
 - na wysokości ponad 5 metrów,
 - wymagających dysponowania bronią,
 - wymagających kontaktu z substancjami wybuchowymi, żrącymi lub łatwopalnymi,
 - związanych z naprawą lub konserwacją urządzeń wysokiego napięcia,
 - w powietrzu na pokładzie samolotu bądź innego środka komunikacji powietrznej,
 - na morzu poza obszarem wód terytorialnych,
 - połowu ryb z pokładu jednostki o długości poniżej 25 metrów,
 - pod wodą,
 - związanych z zawodem kaskadera, akrobaty bądź artysty cyrkowego,
 - związanych z prowadzeniem akcji ratowniczych.
- Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku zdarzeń, będących wynikiem popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego, działań wojennych, stanu wyjątkowego i wojennego, udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, skażenia chemicznego, radioaktywnego, jonizującego lub katastrofy nuklearnej, samookaleczenia, usiłowania popełnienia samobójstwa w okresie pierwszych 24 miesięcy trwania Umowy Dodatkowej.
- Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku zdarzeń, będących wynikiem:
 - kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem mechanicznym lub innym pojazdem:

- a) w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub środków odurzających,
 - b) bez wymaganych i ważnych uprawnień do kierowania tym pojazdem,
 - c) niezarejestrowanym, nieposiadającym ważnego dowodu rejestracyjnego lub aktualnych badań technicznych pojazdu lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie pojazdu do ruchu (jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania badań technicznych),
o ile czynniki wskazane w pkt b) i c) powyżej miały wpływ na powstanie zdarzenia,
- 2) katastrofy statków powietrznych innych niż samoloty komunikacyjne eksploatowane przez koncesjonowanych przewoźników, gdy Ubezpieczony był członkiem załogi lub pasażerem statku powietrznego,
 - 3) działania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających, lub w związku z nadużyciem leków,
 - 4) uprawiania następujących sportów: lotniczych, sportów walki, sportów motorowych, motocyklowych i motorowodnych, wszelkich form alpinizmu, speleologii, skoków do wody, sportów ekstremalnych oraz wszelkich dyscyplin sportu uprawianych zawodowo (zawodowe uprawianie sportu).

OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ § 12.

1. Osobą uprawnioną do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej jest Ubezpieczony.

ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA § 13.

1. W przypadku świadczeń wynikających z tytułu Umowy Dodatkowej postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta Umowa Podstawowa, dotyczące zasad ustalania i wypłaty świadczenia z tytułu Umowy Podstawowej, stosuje się odpowiednio.
2. Dokumentami niezbędnymi do ustalenia świadczenia są:
 - 1) orzeczenie odpowiedniego organu rentowego o trwałej całkowitej niezdolności do pracy oraz informacja o przyczynie powstania trwałej całkowitej niezdolności do pracy,
 - 2) dokumenty potwierdzające datę wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, okoliczności zajścia zdarzenia oraz potwierdzające związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. W zależności od okoliczności Towarzystwo może zażądać innych dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności roszczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE § 14.

1. Niniejsze OWDU wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2018 r.
2. Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 6/04/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2018 r. mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2018 r. lub w terminie późniejszym.



Artur Borowiński
Prezes Zarządu



Piotr Tański
Członek Zarządu

POLISA DLA CIEBIE

ANEKS NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEJ CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU O SYMBOLU BRP-1518

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-1518 (dalej OWDU) zatwierdzonych Uchwałą Nr 6/04/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2018 r., wprowadza się następujące zmiany, mające zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 grudnia 2020 r. lub w terminie późniejszym:

1. § 1 pkt 2) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„2) trwała całkowita niezdolność do pracy – powstała w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej całkowita utrata zdolności Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy z powodu naruszenia sprawności organizmu Ubezpieczonego, będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, która na podstawie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego lub badań lekarskich wykonanych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa, została uznana przez lekarza wydającego opinię medyczną dla Towarzystwa, za nierokującą na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do pracy przez okres dłuższy niż 5 lat od dnia jej wystąpienia.

Za dzień wystąpienia trwałej całkowitej niezdolności do pracy, uznaje się dzień wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, a w przypadku wydania wobec Ubezpieczonego decyzji lub orzeczenia właściwego organu rentowego o całkowitej niezdolności do pracy – dzień wskazany w tymże dokumencie.

Towarzystwo uznaje trwałą całkowitą niezdolność do pracy, bez konieczności oceny dokumentacji medycznej Ubezpieczonego lub przeprowadzania badań lekarskich, wykonanych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa, w przypadku gdy w stosunku do Ubezpieczonego orzeczono po raz pierwszy w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy na okres dłuższy niż 5 lat, przy czym okresy orzeczonej niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy wskazane w kilku orzeczeniach wydanych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, sumuje się.

Towarzystwo uznaje również, że wystąpiła trwała całkowita niezdolność do pracy w przypadku, gdy:

1) na podstawie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego lub badań lekarskich wykonanych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa, lekarz wydający opinię medyczną dla Towarzystwa, uzna, że Ubezpieczony jest niezdolny do samodzielnej egzystencji rozumianej jako takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych na okres dłuższy niż 5 lat,

albo

2) w stosunku do Ubezpieczonego orzeczono po raz pierwszy w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, niezdolność do samodzielnej egzystencji na okres dłuższy niż 5 lat, przy czym okresy orzeczonej niezdolności do samodzielnej egzystencji wskazane w kilku orzeczeniach wydanych w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy dodatkowej sumuje się.”.

2. § 2 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej polega na wypłacie w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku, świadczenia w postaci renty miesięcznej w wysokości 1.000 PLN (słownie: jeden tysiąc złotych), 1.500 PLN (słownie: jeden tysiąc pięćset złotych) lub 2.000 PLN (słownie: dwa tysiące złotych), płatnej zgodnie z postanowieniami ust. 2 poniżej.”.

3. § 10 ust. 2 pkt 4) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„4) w dniu wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej całkowitej niezdolności do pracy.”.

4. § 13 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej, Ubezpieczony powinien dołączyć:

- 1) wypis z dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
- 2) dokumentację medyczną dotyczącą przyczyny powstania trwałej całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy,
- 3) orzeczenie lub orzeczenia wydane wobec Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, o niezdolności do pracy i/lub niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego na łączny okres dłuższy niż 5 lat w związku z uznaniem, iż według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy i/lub zdolności do samodzielnej egzystencji przed upływem tego okresu, o ile zostało wydane,
- 4) dokument potwierdzający, że trwała całkowita niezdolność do pracy spowodowana była nieszczęśliwym wypadkiem:
 - a) raport policji, protokół powypadkowy oraz dane adresowe jednostki policji i siedziby prokuratury, prowadzących czynności wyjaśniające okoliczności nieszczęśliwego wypadku, o ile takie czynności były prowadzone,
 - b) dokument medyczny potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy medycznej oraz adres pogotowia ratunkowego, o ile pogotowie ratunkowe udzieliło Ubezpieczonemu pomocy medycznej,
- 5) dane adresowe placówek medycznych, w których Ubezpieczony był leczony,
- 6) numer rachunku bankowego, na który Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia, o ile wypłata ma być dokonana na rachunek bankowy.”.

§ 2.

1. W zakresie nieregulowanym niniejszym aneksem zastosowanie mają postanowienia ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu.
2. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 16/11/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 23 listopada 2020 r. wchodzi w życie z dniem 23 listopada 2020 roku.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZGONU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU BRP-1618

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§1, §2, §14
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§11 ust. 2 pkt 1), §12

POLISA DLA CIEBIE

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZGONU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU BRP-1618

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

- Umowa Dodatkowa zawarta na podstawie niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-1618 (zwanego dalej OWDU), stanowi integralną część umowy ubezpieczenia na życie POLISA DLA CIEBIE (zwanej dalej Umową Podstawową) i stanowi rozszerzenie zakresu ochrony z jej tytułu.
- Warunkiem zawarcia Umowy Dodatkowej jest zawarcie Umowy Podstawowej.
- W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWDU stosuje się odpowiednio postanowienia Umowy Podstawowej.

DEFINICJE

§ 1.

Ileć w niniejszych OWDU użyto określenia:

- nieszczęśliwy wypadek** – rozumie się przez to zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego. W rozumieniu niniejszych OWDU do kategorii nieszczęśliwego wypadku nie zalicza się chorób, w tym również występujących nagle lub ujawnionych w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub stanowiących przyczynę nieszczęśliwego wypadku, a także czynników chorobotwórczych wywołujących chorobę infekcyjną (bakterie, wirusy lub pasożyty);
- sporty ekstremalne** – rozumie się przez to: sporty wodne - jet skiing, hydrospeed, kanioning, kitesurfing, nurkowanie, ocean rafting, rafting, samotne wyprawy morskie i oceaniczne, surfing, wakeboarding, wędkarstwo pełnomorskie, whitewater, windsurfing; sporty zimowe - freeskiing, mono-ski, snowboard poza trasami narciarskimi, wyprawy polarne i wysokogórskie; sporty powietrzne - baseiling, akrobacje powietrzne, bungee jumping, dream jumping, free jumping, freegull, loty balonowe, paragliding/paralotniarstwo, wspinaczka skałkowa, zjazdy linowe; sporty ziemne – ewolucje na deskorolkach, lyżworolkach i BMX-ach, handbike, cross i rajd konny, Krav maga, paintball, (jeśli uczestnicy nie są członkami klubu lub nie posiadają stroju ochronnego), sandboarding, saneczki uliczne, strzelanie poza strzelnicą, zorbing;
- nadużycie leków** – rozumie się przez to używanie leków lub parafarmaceutyków w dawkach przekraczających zalecenia lekarza lub producenta;
- zawodowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu w celach zarobkowych.

Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 2.

- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej polega na wypłacie w przypadku zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia.
- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej nie obejmuje zdarzeń będących wynikiem wypadków zaistniałych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.

UMOWA DODATKOWA

warunki zawarcia Umowy Dodatkowej

§ 3.

- Umowa Dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy Podstawowej.

zasady zawarcia i przystąpienia do Umowy Dodatkowej

§ 4.

- Umowę Dodatkową zawiera się na podstawie wniosku Ubezpieczającego o zawarcie Umowy Dodatkowej.

§ 5.

- Zawarcie Umowy Dodatkowej łącznie z Umową Podstawową Towarzystwo potwierdza wystawieniem polisy.
- W przypadku, gdy Umowa Dodatkowa zostaje zawarta w okresie trwania Umowy Podstawowej, jej zawarcie Towarzystwo potwierdza stosownym aneksem do polisy.

czas trwania Umowy Dodatkowej

§ 6.

- Umowę Dodatkową zawiera się na czas nieokreślony, z dniem potwierdzonym w polisie lub w aneksie do polisy.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY DODATKOWEJ

§ 7.

- Ubezpieczający posiada prawo odstąpienia od Umowy Dodatkowej na zasadach określonych w Umowie Podstawowej.
- Odstąpienie od Umowy Dodatkowej nie skutkuje odstąpieniem od Umowy Podstawowej.

WYPOWIEDZENIE UMOWY DODATKOWEJ

§ 8.

- Ubezpieczający posiada prawo wypowiedzenia Umowy Dodatkowej na zasadach określonych w Umowie Podstawowej.

- Wypowiedzenie Umowy Dodatkowej nie skutkuje wypowiedzeniem Umowy Podstawowej.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 9.

- Sumę ubezpieczenia ustalają strony przy zawieraniu Umowy Dodatkowej.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA I SPOŚÓB PŁATNOŚCI

§ 10.

- Składka obliczana jest zgodnie z obowiązującą w Towarzystwie w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej taryfą składek, w zależności od:
 - wysokości świadczenia,
 - wieku Ubezpieczonego,
 - częstotliwości opłacania składek.
- Wysokości składki i świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej potwierdzone są w polisie ubezpieczeniowej lub w aneksie do polisy.
- Składka z tytułu Umowy Dodatkowej powinna być opłacana łącznie ze składką z tytułu Umowy Podstawowej. Wpłata niepełnej składki będzie zaliczana w pierwszej kolejności na poczet składki należnej z tytułu Umowy Podstawowej.
- W przypadku nieopłacenia w terminie składki należnej z tytułu Umowy Dodatkowej, Towarzystwo na piśmie wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki wyznaczając dodatkowy 7 dniowy termin jej zapłaty, podając skutki niezapłacenia składki ubezpieczeniowej w tym terminie.
- Jeżeli składka nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 4 powyżej, Umowę Dodatkową uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem natychmiastowym na dzień, w którym upłynął termin zapłaty składki, wynikający z postanowień ust. 3 powyżej.
- W przypadku opłacenia zaległej składki w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 4 powyżej, Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z zachowaniem ciągłości odpowiedzialności ubezpieczeniowej.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 11.

- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od dnia potwierdzonego w polisie lub w aneksie do polisy, nie wcześniej jednak niż od pierwszego dnia okresu polisowego Umowy Podstawowej, za który składka została opłacona łącznie ze składką z tytułu Umowy Dodatkowej.
- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej wygasa:
 - w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej,
 - w dniu, w którym odstąpienie od Umowy Dodatkowej lub jej wypowiedzenie stało się skutecznym,
 - w dniu, o którym mowa w § 10 ust. 5 OWDU,
 - w dniu zgonu Ubezpieczonego.
- W sytuacji, o której mowa w ust. 2 pkt 1) i 2) powyżej, Towarzystwo zobowiązane jest do zwrotu składki ubezpieczeniowej za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 12.

- Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń, będących wynikiem nieszczęśliwego wypadku powstałego w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego, należących do jego obowiązków służbowych, następujących prac:
 - budowlanych i/lub wydobywczych pod ziemią,
 - na wysokości ponad 5 metrów,
 - wymagających dysponowania bronią,
 - wymagających kontaktu z substancjami wybuchowymi, żrącymi lub łatwopalnymi,
 - związanych z naprawą lub konserwacją urządzeń wysokiego napięcia,
 - w powietrzu na pokładzie samolotu bądź innego środka komunikacji powietrznej,
 - na morzu poza obszarem wód terytorialnych,
 - połowu ryb z pokładu jednostki o długości poniżej 25 metrów,
 - pod wodą,
 - związanych z zawodem kaskadera, akrobaty bądź artysty cyrkowego,
 - związanych z prowadzeniem akcji ratowniczych.
- Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku zdarzeń, będących wynikiem popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego, działań wojennych, stanu wyjątkowego i wojennego, udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, skażenia chemicznego, radioaktywnego, jonizującego lub katastrofy nuklearnej, samookaleczenia, popełnienia samobójstwa w okresie pierwszych 24 miesięcy trwania Umowy Dodatkowej.
- Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku zdarzeń, będących wynikiem:
 - kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem mechanicznym lub innym pojazdem:
 - w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających,
 - bez wymaganych i ważnych uprawnień do kierowania tym pojazdem,
 - niezarejestrowanym, nieposiadającym ważnego dowodu rejestracyjnego lub aktualnych badań technicznych pojazdu lub innych dokumentów warunkujących

- dopuszczenie pojazdu do ruchu (jeżeli w odniesieniu do tego pojazdu obowiązuje wymóg rejestracji i dokonywania badań technicznych),
o ile czynniki wskazane w pkt b) i c) powyżej miały wpływ na powstanie zdarzenia,
- 2) katastrofy statków powietrznych innych niż samoloty komunikacyjne eksploatowane przez koncesjonowanych przewoźników, gdy Ubezpieczony był członkiem załogi lub pasażerem statku powietrznego,
 - 3) działania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających, lub w związku z nadużyciem leków,
 - 4) uprawiania następujących sportów: lotniczych, sportów walki, sportów motorowych, motocyklowych i motorowodnych, wszelkich form alpinizmu, speleologii, skoków do wody, sportów ekstremalnych oraz wszelkich dyscyplin sportu uprawianych zawodowo (zawodowe uprawianie sportu).

OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ

§ 13.

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, uprawnionym do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej jest osoba uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego zgodnie z postanowieniami ogólnych warunków ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta Umowa Podstawowa.

ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA

§ 14.

1. W przypadku świadczeń należnych z tytułu Umowy Dodatkowej, postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, na podstawie których została zawarta Umowa Podstawowa, dotyczące zasad ustalania i wypłaty świadczenia z tytułu Umowy Podstawowej, stosuje się odpowiednio.
2. Dokumentami niezbędnymi do ustalenia świadczenia, oprócz dokumentów, o których mowa w ogólnych warunkach ubezpieczenia, stanowiących treść danej Umowy Podstawowej, są:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu,
 - 2) dokument potwierdzający przyczynę zgonu (np. karta statystyczna do karty zgonu),
 - 3) dokumenty potwierdzające datę wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, okoliczności zajścia zdarzenia oraz potwierdzające związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. W zależności od okoliczności Towarzystwo może zażądać innych dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności roszczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 15.

1. Niniejsze OWDU wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2018 r.
2. Niniejsze OWDU zatwierdzone w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 6/04/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2018 r. mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2018 r. lub w terminie późniejszym.



Artur Borowiński
Prezes Zarządu



Piotr Tański
Członek Zarządu



Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group

Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa

KRS 43309, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS

NIP 527 20 52 806, Kapitał zakładowy: 224 263 746,00 zł – opłacony w całości

Tel: +48 22 867 66 67, 22 501 61 00