

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI  
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA  
BRP-1218**

<b>RODZAJ INFORMACJI</b>	<b>NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ Z WZORCA UMOWNEGO</b>
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	§12

## SUPER GRUPA

### OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SUPER GRUPA BRP-1218

#### POSTANOWIENIA WSTĘPNE

Niniejsze ogólne warunki indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA o symbolu BRP-1218 (dalej: OWUIK) mają zastosowanie do umów Indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA (dalej: umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia) zawieranych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, z siedzibą w Warszawie, 02-342, Al. Jerozolimskie 162, zwaną dalej Towarzystwem i stanowią integralną część tych umów indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.

#### DEFINICJE POJĘĆ

##### § 1.

- Ileokroć w niniejszych OWUIK użyto określenia:
  - Ubezpieczający** – rozumie się przez to stronę zawartą z Towarzystwem umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, zobowiązaną do opłacania składek.
  - Ubezpieczony** – rozumie się przez to osobę fizyczną, której życie jest objęte ochroną ubezpieczeniową, w rozumieniu OWUIK Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym.
  - Beneficjent** – rozumie się przez to osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego.
  - suma ubezpieczenia** – rozumie się przez to potwierdzoną w umowie indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia kwotę pieniężną, na podstawie której ustalana jest wysokość świadczeń wypłacanych przez Towarzystwo.
  - nieszczęśliwy wypadek** – rozumie się przez to zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależnie od woli Ubezpieczonego. W rozumieniu OWUIK 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).
  - wypadek lądowy** – rozumie się przez to szczególny przypadek nieszczęśliwego wypadku, następujący z udziałem jakiegokolwiek pojazdu w ruchu drogowym lub szynowym. W rozumieniu OWUIK pojęcie to obejmuje również wypadki zaistniałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek pojazd kołowy lub szynowy będący w ruchu oraz wypadki zaistniałe podczas wsiadania do lub wysiadania z pojazdu, którym przemieszczał się lub chciał przemieścić się Ubezpieczony.
  - wypadek lotniczy** – rozumie się przez to szczególny przypadek nieszczęśliwego wypadku, następujący z udziałem pojazdu w ruchu powietrznym. W rozumieniu OWUIK pojęcie to obejmuje również wypadki zaistniałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek pojazd latający oraz wypadki zaistniałe podczas wsiadania do lub wysiadania z pojazdu latającego, którym przemieszczał się lub chciał przemieścić się Ubezpieczony.
  - wypadek wodny** – rozumie się przez to szczególny przypadek nieszczęśliwego wypadku, następujący z udziałem jakiegokolwiek pojazdu pływającego w ruchu wodnym. W rozumieniu OWUIK pojęcie to obejmuje również wypadki zaistniałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek pojazd pływający oraz wypadki zaistniałe podczas wsiadania do lub wysiadania z pojazdu pływającego, którym przemieszczał się lub chciał przemieścić się Ubezpieczony.
  - rocznica polisy** – rozumie się przez to każdą rocznicę pierwszego dnia odpowiedzialności z tytułu umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.
  - okres polisowy** – okres rozpoczynający się w dniu początku odpowiedzialności, a następnie w odpowiednim dniu każdego kolejnego okresu obowiązywania umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia; okresem polisowym, o którym mowa wyżej, w zależności od wybranej przez Ubezpieczającego częstotliwości opłacania składek, może być miesiąc, kwartał, półrocze lub rok.
  - ubezpieczenie na życie SUPER GRUPA** – oferowane przez Towarzystwo w formule grupowej lub zbiorowej ubezpieczenie SUPER GRUPA zawierane na podstawie ogólnych warunków otwartego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy SUPER GRUPA lub zbiorowego ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA.
  - sporty ekstremalne** – rozumie się przez to: sporty wodne - jet skiing, hydrospeed, kanioning, kitesurfing, nurkowanie, ocean 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 - abseiling, 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.
- Pojęcia używane w OWUIK i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie SUPER GRUPA.

#### ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

##### § 2.

- Odpowiedzialność Towarzystwa polega na wypłacie osobie uprawnionej, świadczenia w przypadku zajścia co najmniej jednego ze zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 2 poniżej.

- Z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową Towarzystwo wypłaca osobom uprawnionym następujące rodzaje świadczeń w wysokości odpowiadającej procentowi sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia SUPER GRUPA:

- z tytułu zgonu Ubezpieczonego: 50%,
- z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 1) powyżej): 100%,
- z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lądowego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczeń, o których mowa w pkt 1) i pkt 2) powyżej): 100%,
- z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku lotniczego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczeń, o których mowa w pkt 1) i pkt 2) powyżej): 100%,
- z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku wypadku wodnego (świadczenie płatne dodatkowo, niezależnie od świadczeń, o których mowa w pkt 1) i pkt 2) powyżej): 100%.

#### UMOWA INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI UBEZPIECZENIA warunki zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia

##### § 3.

- Umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli zostaną spełnione łącznie następujące warunki:
  - Ubezpieczony ukończył wiek wskazany w umowie ubezpieczenia SUPER GRUPA, jako skutkujący względem tego Ubezpieczonego wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej,
  - Ubezpieczony objęty był ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia SUPER GRUPA, co najmniej 5 lat w okresie bezpośrednio poprzedzającym zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia i należna za niego składka z tego tytułu została opłacona,
  - Ubezpieczający złożył wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia i opłacił z tego tytułu pierwszą składkę ubezpieczeniową.

#### zasady zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia

##### § 4.

- Umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zawiera się na podstawie wniosku o zawarcie umowy, składanego na formularzu Towarzystwa.
- Wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia powinien być złożony nie później niż do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym ochrona ubezpieczeniowa względem Ubezpieczonego z tytułu umowy ubezpieczenia SUPER GRUPA wygasa ze względu na ukończenie przez niego określonego w tej umowie wieku. Po upływie tego terminu prawo do złożenia wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia wygasa.
- We wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia Ubezpieczający określa sposób opłacania składek.
- We wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia Ubezpieczony ma prawo do wskazania Beneficjenta.
- Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zmienić lub odwołać Beneficjenta.
- Jeżeli wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia, względnie do sporządzenia nowego wniosku.
- Towarzystwo zastrzega sobie prawo zaproponowania zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odrzucenia wniosku bez podania przyczyny.

#### polisa ubezpieczeniowa

##### § 5.

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

#### czas trwania umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia

##### § 6.

- Umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zawierana jest na okres 5 lat, z możliwością przedłużenia na kolejne okresy.
- W przypadku, gdy nie później niż 30 dni przed dniem zakończenia 5 letniego okresu ubezpieczenia, żadna ze stron umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia nie złoży oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy lub Towarzystwo nie złoży propozycji przedłużenia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na zmienionych warunkach, ulega ona przedłużeniu na kolejny 5-letni okres na warunkach dotychczasowych.
- Nieprzyjęcie przez Ubezpieczającego zaproponowanej zmiany warunków ubezpieczenia skutkuje nieprzedłużeniem umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na kolejny okres.

#### odstąpienie od umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia

##### § 7.

- Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty jej zawarcia.
- O odstąpieniu od umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Towarzystwo na piśmie.

3. Odstąpienie Ubezpieczającego od umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia jest skuteczne od dnia otrzymania przez Towarzystwo pisemnej informacji o odstąpieniu.
4. Odstąpienie od umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa.
5. W przypadku odstąpienia od umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę ubezpieczeniową 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 indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia** **§ 8.**

1. Ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. Wypowiedzenie jest skuteczne z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu, w którym złożone zostało Towarzystwu oświadczenie o wypowiedzeniu umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.
3. Wypowiedzenie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składki za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku wypowiedzenia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu składkę ubezpieczeniową 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.

#### **SUMA UBEZPIECZENIA** **§ 9.**

Suma ubezpieczenia w umowie indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia jest równa sumie ubezpieczenia obowiązującej względem Ubezpieczonego z tytułu umowy ubezpieczenia SUPER GRUPA.

#### **SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA I SPOSÓB PŁATNOŚCI** **§ 10.**

1. Wysokość składek należnych z tytułu poszczególnych ryzyk ustalana jest według następujących kryteriów:
  - 1) suma ubezpieczenia,
  - 2) wysokość świadczenia z tytułu danego ryzyka,
  - 3) wiek Ubezpieczonego.
2. Wysokości składek i świadczeń dla poszczególnych ryzyk podane są w polisie ubezpieczeniowej.
3. Składka ubezpieczeniowa jest sumą składek za poszczególne ryzyka.
4. Składka ubezpieczeniowa obliczana jest bez uwzględnienia stopy technicznej.
5. Ubezpieczający we wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia określa sposób opłacania składki:
  - 1) miesięcznie,
  - 2) kwartalnie,
  - 3) półrocznie,
  - 4) rocznie.
6. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać składkę na wskazany przez Towarzystwo numer rachunku bankowego.
7. Pierwsza składka ubezpieczeniowa za Ubezpieczonego płatna jest do dnia złożenia wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.
8. Każda kolejna składka ubezpieczeniowa płatna jest z góry, najpóźniej do ostatniego dnia okresu polisowego, za który została opłacona poprzednia składka ubezpieczeniowa.
9. Ubezpieczający może w każdym czasie obowiązywania umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia wystąpić do Towarzystwa z pisemnym wnioskiem o zmianę sposobu opłacania składki ubezpieczeniowej.
10. Nowy sposób opłacania składki ubezpieczeniowej obowiązuje od pierwszej rocznicy polisy następującej po złożeniu wniosku, o którym mowa w ust. 9 powyżej.
11. W przypadku nieopłacenia w terminie należnej składki, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki ubezpieczeniowej wyznaczając, dodatkowy 7-dniowy termin jej zapłaty.
12. Jeżeli składka ubezpieczeniowa nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 11 powyżej, umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem natychmiastowym na dzień, w którym upłynął termin zapłaty składki ubezpieczeniowej, o którym mowa w ust. 8 powyżej.
13. W przypadku opłacenia zaległej składki w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 11 powyżej, Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z zachowaniem ciągłości odpowiedzialności ubezpieczeniowej.

#### **POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI** **§ 11.**

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po złożeniu wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia i opłaceniu pierwszej składki ubezpieczeniowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa:
  - 1) w dniu otrzymania przez Towarzystwo pisemnej informacji o odstąpieniu Ubezpieczającego od umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia,
  - 2) z upływem okresu wypowiedzenia,
  - 3) z upływem 5-letniego okresu ubezpieczenia w przypadku nieprzedłużenia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na kolejny okres (dotyczy okresu ubezpieczenia, na jaki umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia została zawarta lub przedłużona),
  - 4) w sytuacji, o której mowa w §10 ust. 12 UWUIK,
  - 5) w dniu zgonu Ubezpieczonego.

#### **WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI** **§ 12.**

1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem:
  - 1) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa umyślnego przez Ubezpieczonego,
  - 2) działań wojennych, zamieszek, lokautów, strajków, rozruchów, stanu wyjątkowego i wojennego,
  - 3) prowadzenia przez Ubezpieczonego znajdującego się w stanie nietrzeźwości lub po użyciu alkoholu, narkotyków pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, chyba że prowadzenie w stanie po użyciu alkoholu, narkotyków nie miało wpływu na powstanie zdarzenia,
  - 4) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych i ważnych uprawnień, chyba że prowadzenie pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych i ważnych uprawnień nie miało wpływu na powstanie zdarzenia,
  - 5) katastrofy statków powietrznych innych niż samoloty komunikacyjne eksploatowane przez koncesjonowanych przewoźników, gdy Ubezpieczony był członkiem załogi lub pasażerem statku powietrznego,
  - 6) uprawiania następujących sportów:
    - a) sportów lotniczych,
    - b) sportów walki,
    - c) sportów motorowych, motocyklowych i motorowodnych,
    - d) wszelkich form alpinizmu,
    - e) speleologii,
    - f) sportów ekstremalnych.
  - 7) popełnienia samobójstwa w okresie pierwszych 24 miesięcy, licząc od pierwszego dnia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu umowy ubezpieczenia SUPER GRUPA,
  - 8) zatrucia spowodowanego spożyciem/spożywaniem alkoholu, użyciem/używaniem narkotyków lub innych środków odurzających, bądź nadużyciem leków, w szczególności skutkującymi uszkodzeniami narządów wewnętrznych (np. mózgu, trzustki, wątroby) oraz zespołem zależności alkoholowej,
  - 9) działania/zaniechania w stanie po użyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, bądź nadużyciem leków,
  - 10) samookaleczenia.

#### **OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ** **§ 13.**

1. Uprawnionym do świadczenia z tytułu umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia jest Beneficjent.
2. Wskazanie osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia staje się bezskuteczne, jeżeli umyślnie przyczyniła się ona do śmierci Ubezpieczonego.
3. W przypadku braku wskazania Beneficjenta albo gdy Beneficjent w chwili zgonu Ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje 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** **§ 14.**

1. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia, dokonanego w wyniku własnych ustaleń poczynionych w postępowaniu, o którym mowa niżej, umowy 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 lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem do jednostki organizacyjnej Towarzystwa.
3. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą występującą z tym zawiadomieniem, podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonego roszczenia i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny uzgodniony sposób, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia.
4. W zależności od zdarzenia, stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, 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 wskazujące związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a zgonem Ubezpieczonego (notatka policyjna, postanowienie prokuratury wraz z uzasadnieniem, protokół wypadkowy),
  - 4) prawo jazdy Ubezpieczonego,
  - 5) dokument tożsamości osoby uprawnionej.
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 zgodności 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.
7. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia 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 w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
9. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, Towarzystwo informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.

10. Świadczenia wypłacane z tytułu umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia nie podlegają pomniejszeniu o dodatkowe opłaty.
11. Wypłaty świadczeń dokonywane są przelewem na rachunek bankowy lub w inny uzgodniony z Ubezpieczającym sposób.
12. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie zgadza się z dokonanymi ustaleniami w kwestii wysokości przyznanego świadczenia lub odmową 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 § 15.

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 będącym osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej przysługuje prawo do złożenia reklamacji, przy czym w przypadku ww. osób fizycznych przez reklamującą 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 reklamację Towarzystwo udziela w postaci papierowej lub:
  - 1) za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, jednakże odpowiedź na reklamację może zostać dostarczona osobie składającej reklamację pocztą elektroniczną wyłącznie na jej wniosek - w przypadku Ubezpieczających, Ubezpieczonych, 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](http://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 § 16.

1. Podmioty, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji, zgodnie z postanowieniami § 15 OWU, przysługuje prawo złożenia skargi lub zażalenia.
2. Do skargi lub zażalenia określonych w ust. 1 powyżej zastosowanie znajdują postanowienia § 15 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 § 15 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 § 17.

1. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.
2. Spory wynikające z umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia mogą być również rozwiązywane w sposób polubowny, w szczególności przez Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego.
3. Umowa ubezpieczenia nie podlega wykupowi.
4. Z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia nie przysługują premie, rabaty lub udziały w zyskach.
5. Na pisemny wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa, do umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWUIK.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany informować Towarzystwo o każdorazowej zmianie adresu, na który należy kierować przeznaczoną dla Ubezpieczającego korespondencję.
7. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWUIK mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych, powszechnie obowiązujących aktów prawnych.
8. Wszelkie zmiany w umowie indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia powinny być dokonywane w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
9. Zgodnie z postanowieniami art. 21 ust. 1 pkt 4) ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 1991 roku Nr 80, poz. 350 z późniejszymi zmianami) oraz art. 831 § 3 kodeksu cywilnego (Dz.U. z 1964 roku Nr 16, poz. 93 z późniejszymi zmianami) wszelkie świadczenia z tytułu umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia nie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych oraz podatkiem od spadków.
10. Wszelkie opłaty związane z płatnościami składki, z tytułu umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, o ile są wymagane, obciążają Ubezpieczającego.
11. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane są na stronie internetowej Towarzystwa [www.compensa.pl](http://www.compensa.pl).
1. Niniejsze OWU wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2018 r.
2. Niniejsze OWU zatwierdzone zostały Uchwałą Nr 1/04/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 kwietnia 2018 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lipca 2018 r. lub w terminie późniejszym.



Artur Borowiński  
Prezes Zarządu



Piotr Tański  
Członek Zarządu

## OBOWIĄZEK INFORMACYJNY ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

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

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

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

**Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna:**

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

CEL PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH	PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA
ocena ryzyka ubezpieczeniowego i wykonania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy; art. 41 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej; zgoda na przetwarzanie danych (szczególne kategorie danych osobowych)
ocena ryzyka ubezpieczeniowego w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	zgoda na przetwarzanie danych (szczególne kategorie danych osobowych)
własne cele marketingowe Administratora, w tym cele analityczne i poprzez profilowanie, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora. Prawnne uzasadnionym interesem administratora jest marketing własnych produktów i usług Administratora oraz przetwarzanie danych w celach analitycznych
własne cele marketingowe Administratora, w tym poprzez profilowanie, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia	zgoda na przetwarzanie danych
własne cele marketingowe w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	zgoda na przetwarzanie danych
obsługa zgłoszonego roszczenia, w tym wypłata świadczenia oraz obsługa wykupu	niezbędność przetwarzania do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze; niezbędność przetwarzania do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń (w przypadku szczególnych kategorii danych osobowych)
wypełnienie przez Administratora obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu	niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu
wypełnianie przez Administratora obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS	niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o wypełnianiu obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA/CRS, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami
dochodzenie roszczeń związanych z umową ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości dochodzenia przez niego roszczeń
podjęcie 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 nie będą przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

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

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

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

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

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

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

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

**Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu:**

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

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

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

**Informacja o wymogu podania danych:**

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

Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.