

DODATKOWA OCHRONA

Umowa Dodatkowa DODATKOWA OCHRONA do umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

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

Produkt: **DODATKOWA OCHRONA OWU BRP-0321**

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje o warunkach dodatkowej umowy ubezpieczenia podane są w ogólnych warunkach umowy dodatkowej DODATKOWA OCHRONA do umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie zatwierdzonych Uchwałą Nr 13/08/2021 Zarządu Towarzystwa z dnia 27 sierpnia 2021 roku (zwane dalej OWDU) oraz w polisie potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia i jej warunki. Zawarcie umowy dodatkowej może nastąpić w tym samym czasie co zawarcie umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Dobrowolne ubezpieczenie na życie, według załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej - dział I, grupa 5. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu umowy podstawowej – umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie zawartej z Towarzystwem, z tym samym dniem co zawarcie umowy podstawowej lub w trakcie umowy podstawowej. Umowę dodatkową zawiera się na czas trwania umowy podstawowej



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiot ubezpieczenia: zdrowie Ubezpieczonego

Zakres ochrony ubezpieczeniowej:

zdarzenie ubezpieczeniowe (ryzyka wysokość świadczenia dla ryzyka wskazana w polisie lub aneksie do polisy)

- ✓ poważne zachorowanie Ubezpieczonego (Pakiet dodatkowy)
- ✓ rekonwalescencja Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- ✓ wystąpienie u Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres pakietu urazowego
- ✓ wystąpienie u Ubezpieczonego lekkiego obrażenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- ✓ zgon Rodziców Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- ✓ zgon Rodziców Małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Wysokość składek dla poszczególnych ryzyk dla umowy ubezpieczenia jest ustalana według kryteriów obliczania składki wskazanych w OWDU

Wysokości składek ubezpieczeniowych i świadczeń dla poszczególnych ryzyk potwierdzone są w polisie ubezpieczeniowej lub aneksie do polisy

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 zdarzeń ubezpieczeniowych będących wynikiem:

- ✗ działań wojennych, zamieszek, lokautów, strajków, rozruchów, stanu wyjątkowego i wojennego
- ✗ samookaleczenia
- ✗ popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego
- ✗ prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu w stanie nietrzeźwości lub po użyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych

Pełna lista wyłączeń odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie poszczególnych ryzyk wskazana jest w § 10 OWDU. Szczegółowe informacje dotyczące ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 2 ust. 3 OWDU oraz w § 9 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 powinna być opłacana łącznie ze składką z tytułu umowy podstawowej



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu potwierdzonym w polisie lub aneksie do polisy

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy podstawowej



Jak zawnioskować o wypłatę świadczenia?

- Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu umowy dodatkowej jest Ubezpieczony
- Do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa potrzebne są dokumenty wskazane w § 12 ust. 2 OWDU
- Pełne informacje dotyczące określenia osób uprawnionych do otrzymania świadczeń, zasad ustalania i wypłaty świadczenia wskazane są w § 11 oraz w § 12 OWDU



Jak rozwiązać umowę?

Na zasadach określonych w postanowieniach umowy podstawowej 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)

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ
DODATKOWA OCHRONA DO UMOWY ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
BRP-0321**

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§1, §2, §12
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§2 ust. 3, §9, §10

DODATKOWA OCHRONA

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DODATKOWA OCHRONA DO UMOWY ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE BRP-0321

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

- Niniejsze ogólne warunki umowy dodatkowej DODATKOWA OCHRONA do umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie o symbolu BRP-0321 (dalej: OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342, Al. Jerozolimskie 162, zwaną dalej Towarzystwem z Umowy Podstawowej i stanowią integralną część Umowy Podstawowej.
- Warunkiem zawarcia Umowy Dodatkowej jest zawarcie Umowy Podstawowej.
- W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWDU stosuje się odpowiednio postanowienia Umowy Podstawowej.

DEFINICJE POJĘĆ

§ 1.

- Ileokroć w OWDU użyto określenia:
 - Umowa Podstawowa** – rozumie się przez to zawartą z Towarzystwem umowę zbiorowego ubezpieczenia na życie na warunkach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia (dalej OWU) w zakresie ubezpieczenia obejmującym zgon Ubezpieczonego,
 - Umowa Dodatkowa** – rozumie się przez to umowę zawartą na podstawie OWDU, na podstawie której rozszerzony zostaje zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach Umowy Podstawowej, o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe w niej przewidziane,
 - 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 wypadków zaistniałych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową oraz 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),
 - Małżonek** – rozumie się przez to osobę, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
 - Rodzic** – rozumie się przez to rodzica: Ubezpieczonego, Małżonka Ubezpieczonego niepozbawionego władzy rodzicielskiej lub Ojczyma i Macochę Ubezpieczonego, Małżonka Ubezpieczonego, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Ubezpieczonego, Małżonka Ubezpieczonego,
 - Ojczym, Macocha** – rozumie się przez to osobę pozostającą w dniu zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia w związku małżeńskim z Rodzicem Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego, a także wdową lub wdowca odpowiednio po Rodzicu: Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego,
 - rekonwalescencja** – rozumie się przez to trwający co najmniej 15 dni pobyt Ubezpieczonego w zakładzie opieki zdrowotnej (którego zadaniem jest leczenie oraz całodobowa opieka medyczna), związany z leczeniem rehabilitacyjnym, także w ramach prewencji rentowej oraz pobyt związany z leczeniem uzdrowiskowym w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego (w szczególności w sanatorium uzdrowiskowym lub szpitalu: uzdrowiskowym, sanatoryjnym, rehabilitacyjno-uzdrowiskowym). Dla uznania danego pobytu za rekonwalescencję, w rozumieniu OWDU, pobyt winien być uznany jako świadczenie w ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz potwierdzony: kartą pobytu w zakładzie, uprawnionym do prowadzenia leczenia w wyżej określonym zakresie, z rozpoznaniem zasadniczym związanym bezpośrednio z nieszczęśliwym wypadkiem, skierowaniem Ubezpieczonego do ośrodka oraz dokumentacją medyczną, wskazującą bezpośredni związek przyczynowy rozpoznania zasadniczego z wystąpieniem nieszczęśliwego wypadku,
 - lekkie obrażenie ciała** – rozumie się przez to następstwo urazu ciała wymagające interwencji lekarskiej w placówce medycznej, dalszego leczenia oraz co najmniej jednej wizyty kontrolnej u lekarza, które nie daje się zakwalifikować jako trwały uszczerbek na zdrowiu (z wyłączeniem interwencji stomatologicznej),
 - trwały uszczerbek na zdrowiu** – rozumie się przez to zaburzenie czynności uszkodzonego układu, narządu, organu, powodujące jego trwałą dysfunkcję,
 - Pakiet urazowy** – rozumie się przez to pakiet zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową obejmujący: wstrząśnienie mózgu skutkujące pobytem w szpitalu trwającym co najmniej 3 dni, złamanie, zwichnięcie stawu, oparzenie, odmrożenie,
 - wstrząśnienie mózgu** – rozumie się przez to porażkowe zaburzenie czynności mózgu, którego głównym objawem jest krótkotrwała utrata przytomności z towarzyszącą niepamięcią wsteczną lub następującą,
 - złamanie** – rozumie się przez to urazowe przerwanie ciągłości tkanki kostnej, przez złamanie rozumie się również urazowe złuszczenie chrząstek nasadowych. Złamaniem otwartym jest złamanie z przerwaniem ciągłości skóry w okolicy złamanej kości. Złamaniem zamkniętym jest złamanie, gdy skóra w okolicy złamania jest nienaruszona,
 - zwichnięcie stawu** – rozumie się przez to urazowe całkowite przemieszczenie jednej powierzchni stawowej w stosunku do drugiej, potwierdzone badaniem obrazowym,
 - oparzenie** – rozumie się przez to uszkodzenie skóry, tkanek pod nią leżących na skutek działania wysokiej temperatury, substancji chemicznych, promieniowania jonizującego lub prądu elektrycznego,
 - odmrożenie** – rozumie się przez to uszkodzenie skóry, tkanek pod nią leżących, na skutek działania niskiej temperatury,

- okres polisowy** – rozumie się przez to okres rozpoczynający się w dniu początku odpowiedzialności z tytułu Umowy Podstawowej, a następnie w odpowiednim dniu każdego kolejnego okresu obowiązywania Umowy Podstawowej w zależności od częstotliwości opłacania składki; okresem polisowym może być miesiąc, kwartał, półrocze lub rok,
- dzień pobytu w szpitalu** – rozumie się przez to każdy dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, z uwzględnieniem dnia przyjęcia do szpitala i dnia wypisu ze szpitala,
- 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 – absailing, akrobacje powietrzne, bungee jumping, dream jumping, free jumping, freegull, loty balonowe, paragliding/paralotniarstwo, wspinaczka skałkowa, zjazdy linowe; sporty ziemne – ewolucje na deskorolkach, hżworolkach 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,
- poważne zachorowanie** – rozumie się przez to zachorowanie w okresie ubezpieczenia na poniżej wskazane jednostki chorobowe pod warunkiem, że w terminie 30 dni od stwierdzenia wystąpienia zachorowania nie nastąpił zgon Ubezpieczonego:

Zakres poważnego zachorowania (Pakiet dodatkowy)

1.	wszczepienie sztucznej zastawki serca	pierwotne wszczepienie sztucznej zastawki serca wskutek wad nabytych, zabieg przeprowadzony w krążeniu pozaustrojowym. Pojęcie nie obejmuje wymiany zastawki, wszczepienia zastawki biologicznej oraz innych zabiegów na zastawkach.
2.	utrata wzroku	całkowita i nieodwracalna utrata widzenia obuocznego w wyniku choroby, nie podlegająca korekcji w rezultacie zabiegów medycznych i zaopatrzenia medycznego. Wystąpienie ślepoty musi być potwierdzone kartą informacyjną z leczenia szpitalnego. W celu potwierdzenia całkowitej utraty wzroku konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznego badania okulistycznego. Ślepota nie może podlegać korekcji za pomocą zabiegów medycznych i zaopatrzeniem optycznym. Pojęcie nie obejmuje wad wrodzonych i rozwojowych.
3.	utrata słuchu	całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obydwu uszach w wyniku choroby, nie podlegająca korekcji w rezultacie zabiegów medycznych. Wystąpienie głuchoty musi być potwierdzone kartą informacyjną z leczenia szpitalnego. W celu potwierdzenia całkowitej utraty słuchu konieczne jest przeprowadzenie specjalistycznego badania laryngologicznego. Utrata słuchu nie może podlegać korekcji za pomocą zabiegów medycznych i aparatem słuchowym. Pojęcie nie obejmuje wad wrodzonych i rozwojowych.
4.	utrata mowy	nieodwracalna, całkowita utrata zdolności mowy na skutek przewlekłej choroby i/lub resekcji krtani oraz uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu. Dla uznania zasadności roszczenia, utrata zdolności mowy musi trwać nieprzerwanie przez okres co najmniej sześciu miesięcy.
5.	stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym – (SM)	jednostka chorobowa spełniająca następujące kryteria: - trwałe zaburzenia czynności ruchowej (nieodwładny kończyn, zaburzenia chodu, konieczność poruszania się na wózku inwalidzkim), potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa, - obecność charakterystycznego obrazu w NMR (tzn. potwierdzającego istnienie co najmniej 4 ognisk demielizacyjnych), - obecność prążków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym. Dla uznania tej jednostki chorobowej za poważne zachorowanie, jej rozpoznanie winno być dodatkowo potwierdzone minimum dwoma pobytami szpitalnymi w oddziale neurologicznym.
6.	kleszczowe zapalenie opon mózgowych i mózgu	ostra choroba wirusowa wywołana przez wirusa z rodziny Flaviviridae przenoszona przez kleszcze powodująca infekcję ośrodkowego układu nerwowego. W celu potwierdzenia rozpoznania konieczna jest karta informacyjna z leczenia szpitalnego zawierająca potwierdzenie wystąpienia typowych objawów klinicznych zapalenia mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych oraz stwierdzenie zmian zapalnych o typie wirusowym w płynie mózgowo-rdzeniowym i dodatni wynik badania serologicznego potwierdzający obecność swoistych przeciwciał.

7.	borelioza	choroba wywołana przez krętek Borrelia burgdorferi, charakteryzująca się zróżnicowanym obrazem klinicznym, zależnym od okresu choroby i stopnia zajęcia poszczególnych układów ciała: skóry, układu nerwowego, mięśnia sercowego lub układu stawowego. Dla uznania jednostki chorobowej za boreliozę, koniecznym jest przedstawienie dokumentacji medycznej zawierającej potwierdzenie rozpoznania klinicznego choroby oraz wyników badań serologicznych potwierdzających zakażenie, wykonanych jedną z dwóch metod: testu immunoenzymatycznego (ELIZA), potwierdzonego metodą Western-blot, i/lub badania wykrywającego obecność kwasów nukleinowych krętką.
8.	wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B), będące wynikiem wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji krwi lub dializy	zmiany chorobowe mięszu wątroby wywołane toksycznym działaniem wirusa HBV, rozpoznane na podstawie objawów klinicznych choroby i badań laboratoryjnych świadczących o uszkodzeniu wątroby na tle infekcji wirusowej – stężenie bilirubiny w surowicy krwi, AspAT, AlAT, obecność antygeny wirusa, fosfataza zasadowa, GGTP, LAP, czynniki krzepnięcia (protrombina). Dla uznania zachorowania WZW B za poważne zachorowanie wymagane będzie: – potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego (4-6 tygodniowy pobyt w oddziale obserwacyjno-zakaźnym), – pozytywne wyniki badań surowicy krwi: stężenia bilirubiny, aktywności AlAT i AspAT (od kilkuset j. do kilku tysięcy j.), markerów serologicznych zakażenia (HbsAg+, HbeAg+, anty-Hbc Igm+++).
9.	wirusowe zapalenie wątroby typu C (WZW C)	zmiany chorobowe mięszu wątroby wywołane toksycznym działaniem wirusa HCV, rozpoznane na podstawie objawów klinicznych choroby i badań laboratoryjnych świadczących o uszkodzeniu wątroby na tle infekcji wirusowej - stężenie bilirubiny w surowicy krwi, AspAT, AlAT, obecność antygeny wirusa, fosfataza zasadowa, GGTP, LAP, czynniki krzepnięcia (protrombina). Dla uznania zdarzenia za WZW C za poważne zachorowanie wymagane będzie: – potwierdzenie rozpoznania klinicznego w dokumentacji leczenia szpitalnego (co najmniej 4 tygodniowy pobyt w oddziale obserwacyjno-zakaźnym), – znamienne podwyższenie stężenia bilirubiny, aktywności AspAT, AlAT (kilkaset j.), – obecność przeciwciał anti-HCV oraz obecność HCV-RNA metodą RT PCR.
10.	zakażenie wirusem HIV, będące wynikiem wykonywania obowiązków służbowych, transfuzji krwi lub dializy	zakażenie wirusem upośledzenia odporności – immunodeficyt wywołany działaniem retrowirusa HIV, potwierdzone wynikiem badań krwi. Dla uznania zakażenia wirusem HIV za poważne zachorowanie wymagany jest uzyskanie pozytywnego wyniku badań surowicy krwi: obecność przeciwciał anti-HIV (metoda ELISA), wykrycie przeciwciał anti-HIV każdorazowo potwierdzone testem Western blot, spadek limfocytów CD4 < 500 komórek/μl, celem eliminacji wyniku „falszywie dodatniego”, zakażenie wirusem HIV winno być potwierdzone poprzez dwukrotne wykonanie w odstępie trzech miesięcy ww. badania krwi.

2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA § 2.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej polega na wypłacie osobie uprawnionej do świadczenia w przypadku zajścia w trakcie trwania okresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej co najmniej jednego ze zdarzeń ubezpieczeniowych (ryzyk), o których mowa poniżej:
- 1) poważne zachorowanie Ubezpieczonego (Pakiet dodatkowy),
 - 2) rekonwalescencja Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) wystąpienie u Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego,
 - 4) wystąpienie u Ubezpieczonego lekkiego obrażenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) zgon Rodziców Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 6) zgon Rodziców Małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
2. Wysokości świadczeń z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych wskazanych w ust. 1 podane są na polisie lub jeżeli Umowa Dodatkowa zostanie zawarta w trakcie trwania Umowy Podstawowej - w aneksie do polisy.
3. W przypadku zajścia jednego nieszczęśliwego wypadku, wypłacane jest wyłącznie jedno świadczenie z tytułu rekonwalescencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.

UMOWA DODATKOWA warunki zawarcia Umowy Dodatkowej § 3.

1. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy Podstawowej.
2. W przypadku zawarcia Umowy Dodatkowej zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej z tytułu Umowy Podstawowej zostaje rozszerzony o zdarzenia ubezpieczeniowe wybrane przez Ubezpieczającego, spośród ryzyk, o których mowa w § 2 ust. 1, począwszy od pierwszego dnia okresu polisowego wskazanego we wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej, pod warunkiem, że wniosek ten zostanie przez Towarzystwo zaakceptowany.

zasady zawarcia Umowy Dodatkowej § 4.

1. Umowę Dodatkową zawiera się na podstawie wniosku Ubezpieczającego o zawarcie Umowy Dodatkowej, składanego na formularzu Towarzystwa, który Ubezpieczający winien podpisać osobiście.
2. Umowa Dodatkowa może zostać zawarta w inny sposób niż wskazany w ust. 1 na podstawie zgodnej woli Ubezpieczającego i Towarzystwa.

3. We wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej Ubezpieczający określa zakres dodatkowej ochrony ubezpieczeniowej, spośród zdarzeń ubezpieczeniowych wskazanych w § 2 ust. 1.

Polisa ubezpieczeniowa § 5.

1. Zawarcie Umowy Dodatkowej łącznie z Umową Podstawową, Towarzystwo potwierdza wystawieniem polisy.
2. 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.

1. Umowę Dodatkową zawiera się na czas trwania Umowy Podstawowej od dnia wskazanego w polisie, a w przypadku zawarcia Umowy Dodatkowej w trakcie trwania Umowy Podstawowej od dnia wskazanego w aneksie do polisy do końca trwania Umowy Podstawowej.
2. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy Dodatkowej na zasadach określonych w postanowieniach Umowy Podstawowej.
3. Ubezpieczający ma prawo wypowiedzenia Umowy Dodatkowej na zasadach określonych w postanowieniach Umowy Podstawowej.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA I SPOSÓB PŁATNOŚCI § 7.

1. Wysokość składek należnych z tytułu poszczególnych ryzyk ustalana jest według następujących kryteriów:
 - 1) wysokość świadczenia z tytułu danego ryzyka,
 - 2) okresy karencji stosowane w odniesieniu do określonych ryzyk.
2. Wysokości składek i świadczeń dla poszczególnych ryzyk podane są w polisie ubezpieczeniowej lub w aneksie do polisy.
3. Składka z tytułu Umowy Dodatkowej winna być opłacana łącznie ze składką z tytułu Umowy Podstawowej.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI § 8.

1. Z zastrzeżeniem § 9 odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej rozpoczyna się:
 - 1) jeżeli do zawarcia Umowy Dodatkowej dochodzi równocześnie z zawarciem Umowy Podstawowej - od pierwszego dnia odpowiedzialności z tytułu Umowy Podstawowej, pod warunkiem opłacenia pierwszej składki z tytułu Umowy Dodatkowej łącznie ze składką należną z tytułu umowy Podstawowej w terminie określonym w OWU dla zapłaty pierwszej składki ubezpieczeniowej;
 - 2) jeżeli do zawarcia Umowy Dodatkowej dochodzi w trakcie trwania Umowy Podstawowej - od pierwszego dnia okresu polisowego, następującego po złożeniu wniosku o zawarcie Umowy Dodatkowej, pod warunkiem opłacenia za ten okres pierwszej składki z tytułu Umowy Dodatkowej łącznie ze składką należną z tytułu umowy Podstawowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej wygasa w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Podstawowej.

KARENCA § 9.

1. W okresie karencji odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej ograniczona jest do wypłaty świadczenia z tytułu:
 - 1) rekonwalescencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) wystąpienia u Ubezpieczonego zdarzenia wchodzącego w zakres Pakietu urazowego,
 - 3) wystąpienia u Ubezpieczonego lekkiego obrażenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) zgonu Rodziców Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) zgonu Rodziców Małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
2. Okres karencji w zakresie wystąpienia poważnego zachorowania Ubezpieczonego (Pakiet dodatkowy) liczony jest począwszy od pierwszego dnia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej i wynosi 6 miesięcy.
3. W przypadku, gdy zawarcie Umowy Dodatkowej następuje jednocześnie z zawarciem Umowy Podstawowej zwolnienia z okresów karencji, udzielone na podstawie OWU Umowy Podstawowej stosuje się odpowiednio do Umowy Dodatkowej.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI § 10.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku wystąpienia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, będących wynikiem: działań wojennych, zamieszek, lokautów, strajków, rozruchów, stanu wyjątkowego i wojennego, samookaleczenia, popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego, prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu w stanie nietrzeźwości lub po użyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu: zgonu Rodziców Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zgonu Rodziców Małżonka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, rekonwalescencji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zdarzenia objętego zakresem Pakietu urazowego, lekkiego obrażenia ciała w wyniku nieszczęśliwego wypadku, jest wyłączona w przypadkach będących wynikiem:
 - 1) prowadzenia przez osobę, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych i ważnych uprawnień,
 - 2) katastrofy statków powietrznych innych niż samoloty komunikacyjne eksploatowane przez koncesjonowanych przewoźników, gdy osoba, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe była członkiem załogi lub pasażerem statku powietrznego,
 - 3) typowych uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem,
 - 4) wystąpienia dyskopatii i/lub przepuklin jądra miazdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,
 - 5) działań osoby, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe, znajdującej się w stanie nietrzeźwości lub po użyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii,

- 6) uprawiania przez osobę, której dotyczy zdarzenie ubezpieczeniowe następujących sportów: sporty walki, sporty motorowe, motocyklowe i motorowodne, sporty powietrzne, lotnicze, wszelkie formy alpinizmu, speleologia, skoki do wody, sporty ekstremalne.

OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ
§ 11.

Osobą uprawnioną do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej jest Ubezpieczony.

ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA
§ 12.

1. W przypadku świadczeń wynikających z tytułu Umowy Dodatkowej, postanowienia OWU, dotyczące zasad ustalania i wypłaty świadczeń z tytułu Umowy Podstawowej stosuje się odpowiednio.
2. W zależności od zdarzenia, stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, dokumentami niezbędnymi do ustalenia świadczenia oprócz dokumentów, o których mowa w Umowie 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 objętego zakresem ochrony,
 - 4) karta informacyjna leczenia szpitalnego,
 - 5) dokumenty medyczne potwierdzające powstanie lekkiego obrażenia ciała,
 - 6) zaświadczenie lekarskie o udzieleniu pierwszej pomocy,
 - 7) opis zdjęć RTG wykonanych przez specjalistę radiologa (w uzasadnionych przypadkach konieczne jest dostarczenie oryginalnych zdjęć RTG),
 - 8) dokumenty medyczne potwierdzające wykonanie wszczęcia sztucznej zastawki serca,
 - 9) dokumenty medyczne dotyczące całkowitej i nieodwracalnej utraty wzroku w obu oczach,
 - 10) dokumenty medyczne dotyczące całkowitej i nieodwracalnej utraty słuchu w obu uszach,
 - 11) dokumenty medyczne dotyczące całkowitej i nieodwracalnej utraty mowy,
 - 12) dokumenty medyczne potwierdzające wystąpienie stwardnienia rozsianego,
 - 13) dokumenty medyczne potwierdzające trwale zaburzenia czynności ruchowej,
 - 14) dokumenty medyczne potwierdzające wystąpienie kleszczowego zapalenia opon mózgowych i mózgu.
3. W zależności od okoliczności Towarzystwo może zażądać innych dokumentów niezbędnych do stwierdzenia zasadności roszczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE
§ 13.

1. Niniejsze OWDU wchodzi w życie z dniem 27 sierpnia 2021 r.
2. Niniejsze OWDU zatwierdzone zostały Uchwałą Nr 13/08/2021 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 27 sierpnia 2021 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w przypadku których rozszerzenie zakresu odpowiedzialności z tytułu Umowy Podstawowej o Umowę Dodatkową nastąpiło z dniem 1 września 2021 r. lub w terminie późniejszym.



Artur Borowiński
Prezes Zarządu



Piotr Tański
Członek Zarządu

O BOWIĄZEK 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 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 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.



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