

Załącznik nr 1 do Regulaminu uczestnictwa w Programie „Pakiet Usługi Assistance” dla Umowy podstawowej Super Gwarancja

**§1. DEFINICJE**

1. **Choroba przewlekła** – to:
  - 1) stan chorobowy zdiagnozowany przed objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem,
  - lub
  - 2) choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub będąca przyczyną Hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed objęciem ochroną w ramach Umowy ubezpieczenia;
2. **Członek rodziny** – Małżonek, wstępny, zstępny, brat, siostra, bratanek, bratanica, siostrzeniec, siostrzenica, ojczym, macocha, pasierb, teść, teściowa, zięć, synowa, bratowa, szwagier, szwagierka, przysposobiony, przysposabiający, pozostający pod opieką lub przyjęty na wychowanie w ramach rodziny zastępczej w rozumieniu przepisów prawa rodzinnego;
3. **Deklaracja woli** – dokument zawierający oświadczenie woli osoby zainteresowanej przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia i zgodę na objęcie jej ochroną ubezpieczeniową;
4. **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 18. roku życia;
5. **Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu trwający nieprzerwanie dłużej niż 24 godziny i związany z leczeniem stanów, których nie można leczyć ambulatoryjnie;
6. **Lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadził leczenie Ubezpieczonego, niebędący Członkiem rodziny ubezpieczonego ani Lekarzem Ubezpieczyciela;
7. **Lekarz Ubezpieczyciela** – lekarz konsultant Ubezpieczyciela;
8. **Małżonek** – osoba, która pozostaje z Ubezpieczonym w związku małżeńskim w rozumieniu Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego;
9. **Miejsce pobytu** – adres na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, wskazany przez Ubezpieczonego lub Małżonka podczas zgłoszenia zdarzenia do Ubezpieczyciela;
10. **Miejsce zamieszkania** – adres budynku lub lokalu mieszkalnego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, wskazany przez Ubezpieczonego jako miejsce stałego zamieszkania;
11. **Nagle zachorowanie** – powstały w sposób nagły i niespodziewany stan chorobowy, zagrażający zdrowiu lub życiu.
12. **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, przypadkowe zdarzenie, wywołane Przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego osoba poszkodowana, niezależnie od swej woli, doznała uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia;
13. **Okres ochrony ubezpieczeniowej** – okres, w którym Ubezpieczyciel udziela ochrony;
14. **Placówka medyczna** – Szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
15. **Przyczyna zewnętrzna** – zdarzenie losowe, które było wyłącznym czynnikiem prowadzącym do wystąpienia obrażeń ciała, polegające na oddziaływaniu na ciało:
  - 1) energii kinetycznej – czynników mechanicznych lub siły grawitacji powodujących obrażenia w postaci urazów, uderzeń;
  - 2) energii termicznej, elektrycznej – powodujących obrażenia w postaci oparzeń;
  - 3) czynników chemicznych powodujących obrażenia w postaci oparzeń i zatruc;
  - 4) czynników akustycznych powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych.
16. **Rodzic Małżonka** – rodzic Małżonka lub ojczym i macocha Małżonka, jeżeli w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Małżonka;
17. **Rodzic Ubezpieczonego** – rodzic Ubezpieczonego lub ojczym i macocha Ubezpieczonego, jeżeli w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Ubezpieczonego;
18. **Sanatorium** – działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zakład lecznictwa uzdrowiskowego (szpital uzdrowiskowy, sanatorium uzdrowiskowe, przychodnia uzdrowiskowa), zgodnie z art. 6 Ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych.
19. **Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt zalecony przez Lekarza prowadzącego leczenie, niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający Ubezpieczonemu lub Małżonkowi samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie.
20. **Szpital** – podmiot leczniczy, świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa dotyczących funkcjonowania placówek medycznych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Pojęcie to nie obejmuje domu opieki, hospicjum, zakładu opiekuńczo-leczniczego, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych i uzdrowiskowych, szpitali sanatoryjnych, szpitali Rehabilitacyjnych;
21. **Transport medyczny** – transport zapewniony Ubezpieczonemu lub Małżonkowi przez Ubezpieczyciela, dostosowany do jego stanu zdrowia i świadczony, jeżeli jego stan zdrowia nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego. Za Transport medyczny nie uważa się dojazdów do poradni rehabilitacyjnych;
22. **Trudna sytuacja losowa** – zgon Ubezpieczonego lub Małżonka Ubezpieczonego lub Dziecka, zgon Rodziców Ubezpieczonego lub zgon Rodziców Małżonka, wystąpienie u Ubezpieczonego lub Małżonka poważnego zachorowania;
23. **Ubezpieczony** – osoba objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy podstawowej, która wyraziła chęć bycia objętą ochroną ubezpieczeniową w Umowie ubezpieczenia zawartej w ramach Programu „Pakiet Usług Assistance” organizowanego przez Ubezpieczającego;
24. **Ubezpieczający** – Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group;

25. **Ubezpieczyciel** – Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, z siedzibą w Warszawie, przy Al. Jerozolimskich 162, 02-342 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 6691, posiadająca nadany numer NIP: 526 02 14 686, zwana dalej również COMPENSA;
26. **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia grupowego zawarta między Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym, na rzecz Ubezpieczonych;
27. **Umowa podstawowa** – zawarta z Ubezpieczającym umowa grupowego ubezpieczenia na życie z opcją funduszy Super Gwarancja lub umowa grupowego ubezpieczenia na życie Super Gwarancja;
28. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie, które wystąpiło w Okresie ochrony ubezpieczeniowej i które uprawnia do skorzystania z pomocy; za Zdarzenie ubezpieczeniowe uważa się:
  - 1) Nagłe zachorowanie Ubezpieczonego lub Małżonka;
  - 2) Nieszczęśliwy wypadek Ubezpieczonego lub Małżonka;
  - 3) Co najmniej 3 dniowa Hospitalizacja na skutek Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego lub Małżonka;
  - 4) Co najmniej 5 dniowa Hospitalizacja na skutek Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego lub Małżonka;
  - 5) Trudna sytuacja losowa Ubezpieczonego lub Małżonka.

**§2. OKRES UBEZPIECZENIA I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA**

1. Do Umowy ubezpieczenia może przystąpić wyłącznie osoba fizyczna, która jest objęta ochroną z tytułu Umowy podstawowej.
2. Podstawą przystąpienia do Umowy ubezpieczenia jest złożenie Deklaracji woli.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczyciela o objęciu ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia osoby, o której mowa w ust. 1, w trybie uzgodnionym w Umowie ubezpieczenia oraz przekazać tej osobie warunki ubezpieczenia, przed wypełnieniem Deklaracji woli.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem danego Ubezpieczonego rozpoczyna się z pierwszym dniem Okresu ochrony ubezpieczeniowej, przy czym nie wcześniej aniżeli w dniu opłacenia przez Ubezpieczającego całej składki ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego.
5. Ubezpieczony ma prawo do wystąpienia z Umowy ubezpieczenia w każdym czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej. W tym celu Ubezpieczony składa Ubezpieczającemu pisemne i podpisane przez siebie oświadczenie woli wystąpienia z Umowy ubezpieczenia, zawierające dane pozwalające w sposób jednoznaczny zidentyfikować Ubezpieczonego. W takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego ustaje z dniem złożenia oświadczenia.
6. Umowa ubezpieczenia została zawarta na czas nieokreślony z możliwością jej wypowiedzenia przez Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia.
7. Dla osób zgłoszonych do Umowy ubezpieczenia przed końcem okresu wypowiedzenia, ochrona ubezpieczeniowa kończy się wraz z upływem miesiąca kalendarzowego, następującego po upływie 3- miesięcznego okresu wypowiedzenia, pod warunkiem, że została za nie opłacona składka. Do osób tych, mimo rozwiązania umowy, stosuje się odpowiednio jej postanowienia.
8. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia na piśmie w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia poprzez przesłanie na adres siedziby Ubezpieczyciela oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
9. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego ustaje w przypadku wystąpienia jednego (najwcześniejszego) z wymienionych niżej przypadków:
  - 1) z końcem dnia, w którym Ubezpieczony wystąpił z Umowy ubezpieczenia, zgodnie z ust. 5;
  - 2) z końcem dnia, w którym Ubezpieczający odstąpił od Umowy ubezpieczenia, zgodnie z ust. 8;
  - 3) z chwilą wygaśnięcia lub rozwiązania Umowy podstawowej,
  - 4) z chwilą upływu okresu wypowiedzenia, zgodnie z ust. 6, z zastrzeżeniem ust. 7.
10. Wszelkie zmiany Umowy ubezpieczenia wymagają zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.

**§3. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA**

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

**§4. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA**

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego oraz Małżonka.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje organizację i pokrycie kosztów świadczeń, określonych w ustępie 3-7, w razie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, oraz świadczenia informacyjne określone w ust. 9.
3. W razie Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego lub Małżonka, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty następujących świadczeń:
  - 1) dostarczenie do Miejsca pobytu leków zaordynowanych przez Lekarza prowadzącego leczenie – w sytuacji, gdy Ubezpieczony lub Małżonek wymaga leżenia, na podstawie pisemnego zalecenia od Lekarza prowadzącego leczenie;

- 2) pokrycie kosztów leków zaordynowanych przez Lekarza prowadzącego leczenie – w sytuacji, gdy Ubezpieczony lub Małżonek wymaga leżenia, na podstawie pisemnego zalecenia od Lekarza prowadzącego leczenie, do kwoty 300 PLN;
  - 3) dostarczenie posiłków – wraz z pokryciem kosztów gotowych posiłków, w sytuacji, gdy Ubezpieczony lub Małżonek wymaga leżenia, na podstawie pisemnego zalecenia od Lekarza prowadzącego leczenie, do łącznej kwoty 150 PLN w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 4) transport medyczny z Miejsca zamieszkania do Placówki medycznej, wskazanej przez Lekarza prowadzącego leczenie, w razie konieczności pobytu Ubezpieczonego lub Małżonka w Placówce medycznej. Transport jest organizowany, o ile nie jest konieczna, w opinii Lekarza prowadzącego leczenie, interwencja pogotowia ratunkowego;
  - 5) transport medyczny z Placówki medycznej do Miejsca zamieszkania, na podstawie pisemnego zalecenia transportu od Lekarza prowadzącego leczenie;
  - 6) transport medyczny pomiędzy Placówkami medycznymi – w sytuacji gdy Placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony lub Małżonek nie odpowiada, zgodnie z pisemną opinią Lekarza prowadzącego leczenie, wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia albo gdy Ubezpieczony lub Małżonek jest skierowany na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce medycznej;
  - 7) proces rehabilitacyjny – na podstawie pisemnego skierowania od Lekarza prowadzącego leczenie; proces rehabilitacyjny obejmuje:
    - a) koszty wizyt fizyoterapeuty w domu, do łącznej kwoty 600 PLN w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego, lub
    - b) koszty transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej, do łącznej kwoty 600 PLN w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 8) wypożyczenie lub zakup Sprzętu rehabilitacyjnego – na podstawie pisemnego zalecenia od Lekarza prowadzącego leczenie używania Sprzętu rehabilitacyjnego, do łącznej kwoty 400 PLN w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego,
  - 9) dostarczenie do Miejsca pobytu Sprzętu rehabilitacyjnego – na podstawie pisemnego zalecenia od Lekarza prowadzącego leczenie używania Sprzętu rehabilitacyjnego, do łącznej kwoty 400 PLN w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. W razie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego lub Małżonka, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty następujących świadczeń:
- 1) wizyta lekarska – w Placówce medycznej lub w Miejscu pobytu Ubezpieczonego lub Małżonka (wraz z pokryciem kosztów dojazdu i honorariów lekarza), o ile nie jest konieczna, w opinii dyspozytora pogotowia ratunkowego, interwencja pogotowia ratunkowego;
  - 2) wizyta pielęgniarki – w Miejscu pobytu Ubezpieczonego (wraz z pokryciem kosztów dojazdu i honorariów pielęgniarki), na podstawie pisemnego zalecenia pomocy pielęgniarskiej od Lekarza prowadzącego leczenie.
5. W razie co najmniej 3 dniowej Hospitalizacji na skutek Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego lub Małżonka, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty następujących świadczeń:
- 1) dostarczenie rzeczy osobistych – za pośrednictwem kuriera, z Miejsca zamieszkania do Szpitala, po uzyskaniu informacji przez Lekarza Ubezpieczyciela od Lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego lub Małżonka co do przewidywanego czasu Hospitalizacji, do kwoty 150 PLN w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 2) przyjazd Członka rodziny – obejmujący pokrycie kosztów biletów autobusowych lub kolejowych I klasy dla jednego Członka rodziny oraz jego zakwaterowanie w hotelu, do łącznej kwoty 300 PLN w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 3) opieka nad psami/kotami – obejmująca transport oraz pobyt psów/kotów w hotelu lub schronisku dla zwierząt, gwarantującego całodobową opiekę nad zwierzętami, do łącznej kwoty 500 PLN i nie dłużej niż przez okres 3 dni, w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego. Transport Zwierząt domowych jest realizowany na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą, po uzyskaniu informacji przez Lekarza Ubezpieczyciela od Lekarza prowadzącego leczenie co do przewidywanego czasu Hospitalizacji oraz pod warunkiem przedstawienia aktualnego zaświadczenia o szczepieniach obowiązkowych;
  - 4) opieka nad Dziećmi – w Miejscu zamieszkania, po uzyskaniu informacji przez Lekarza Ubezpieczyciela od Lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego lub Małżonka co do przewidywanego czasu Hospitalizacji, do kwoty 500 PLN i nie dłużej niż przez okres 3 dni, w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego; Opieka nad Dziećmi jest realizowana na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą;
6. W razie co najmniej 5 dniowej Hospitalizacji na skutek Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego lub Małżonka, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty następujących świadczeń:
- 1) pomoc domowa oraz pielęgniarska – po zakończeniu Hospitalizacji, do łącznej kwoty 500 PLN w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego; świadczenie dotyczy pomocy w czynnościach pielęgnacyjnych, pomocy w ubraniu i umyciu się, pomocy w podaniu leków i zrobieniu zastrzyków przepisanych przez Lekarza prowadzącego leczenie a także pomocy w przygotowaniu posiłków, zrobieniu zakupów, wykonywaniu drobnych porządków (odkurzanie, zmywanie, mycie podłóg);
  - 2) świadczenie sanatoryjne – po zakończeniu Hospitalizacji, na podstawie pisemnego skierowania od Lekarza prowadzącego leczenie, obejmujące następujące koszty pobytu w Sanatorium:
    - a) zakwaterowania,
    - b) wyżywienia,
    - c) zaleconych zabiegów;
 Powyższe koszty są pokrywane do łącznej kwoty 1000 PLN w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego.
7. W razie Trudnej sytuacji losowej Ubezpieczonego lub Małżonka, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty pomocy psychologa.
8. Wszystkie świadczenia wymienione w ust. 3-7 pokrywane są do łącznej kwoty 1600 PLN, która stanowi górną granicę odpowiedzialności w 12 miesięcznym Okresie ochrony ubezpieczeniowej, oddzielnie w odniesieniu do Ubezpieczonego i Małżonka, z zastrzeżeniem, że limity wymienione w ust. 3 pkt 2), 3), 7), 8), 9), ust. 5 pkt 1), 2), 3), 4), ust. 6 pkt 1), 2) zawierają się w tej kwocie. Limity, o których mowa w zdaniu poprzednim, mogą być wykorzystywane wielokrotnie pod warunkiem, że odnoszą się do różnych Zdarzeń ubezpieczeniowych.
9. Ponadto, Ubezpieczyciel oferuje Ubezpieczonemu lub Małżonkowi dostęp do infolinii medycznej w zakresie informacji o:
- 1) danych teleadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia;
  - 2) działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży;

- 3) placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
- 4) placówkach handlowych oferujących Sprzęt rehabilitacyjny;
- 5) informacje o dietach, zdrowym żywności;
- oraz
- 6) możliwość telefonicznej rozmowy z Lekarzem Ubezpieczyciela, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu lub Małżonkowi odpowiedzi na zadane pytania.

#### 10. Tabela (limity świadczeń):

Rodzaj Zdarzenia Ubezpieczeniowego	Zakres	Limity	Uprawniony do świadczenia	
Nagle zachorowanie lub Nieszczęśliwy wypadek	Dostarczenie do Miejsca pobytu leków zaordynowanych przez Lekarza prowadzącego leczenie	do łącznego limitu	Ubezpieczony lub małżonka/małżonek	
	Pokrycie kosztów leków zaordynowanych przez Lekarza prowadzącego leczenie	do 300 PLN		
	Dostarczenie posiłków	do 150 PLN		
	Transport medyczny do Placówki medycznej	do łącznego limitu		
	Transport medyczny pomiędzy Placówkami	do łącznego limitu		
	Transport medyczny z Placówki medycznej	do łącznego limitu		
	Proces rehabilitacyjny	do 600 PLN		
	Wypożyczenie lub zakup Sprzętu rehabilitacyjnego	do 400 PLN		
	Dostarczenie do Miejsca pobytu Sprzętu rehabilitacyjnego	do 400 PLN		
	Nieszczęśliwy wypadek	Wizyta lekarska		do łącznego limitu
Co najmniej 3 dniowa Hospitalizacja na skutek Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku	Wizyta pielęgniarska	do łącznego limitu		
	Dostarczenie rzeczy osobistych	do 150 PLN		
	Przyjazd Członka rodziny	do 300 PLN		
Co najmniej 5 dniowa Hospitalizacja na skutek Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego	Opieka nad psami/kotami	do 500 PLN/3 dni		
	Opieka nad Dziećmi	do 500 PLN/3 dni		
Trudna sytuacja losowa	Pomoc domowa oraz pielęgniarska	do 500 PLN	Ubezpieczony lub małżonka/małżonek	
	Świadczenie sanatoryjne	do 1000 PLN		
Na życzenie	Pomoc psychologa	do łącznego limitu	Ubezpieczony lub małżonka/małżonek	
	Infolinia medyczna	Nie dotyczy		
	Infolinia Informacyjna	Nie dotyczy		

#### §5. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI:

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia powstałe z tytułu lub następstw:
  - 1) zdarzeń, do których doszło przed objęciem ochroną ubezpieczeniową;
  - 2) umyślnego działania Ubezpieczonego/Małżonka;
  - 3) rażącego niedbalstwa, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności lub zasadom współżycia społecznego;
  - 4) popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa;
  - 5) umyślnego samookaleczenia lub usiłowania popełnienia samobójstwa (dotyczy Ubezpieczonego lub Małżonka);
  - 6) katastrof naturalnych, reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń, epidemii lub pandemii;
  - 7) leczenia eksperymentalnego i o niepotwierdzonej medycznie skuteczności;
  - 8) zarażenia się HIV lub chorobami przekazywanymi drogą płciową, zachorowania na AIDS;
  - 9) leczenia wynikającego lub będącego konsekwencją wojen, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstania, strajków, skażeń chemicznych lub radioaktywnych, materiałów nuklearnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy;
  - 10) zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania;
  - 11) Chorób przewlekłych;
  - 12) zaburzeń psychicznych, zakwalifikowanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99);
  - 13) spożycia alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków niezaordynowanych przez lekarza, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile zachowanie powodujące szkodę pozostawało w bezpośrednim związku przyczynowo-skutkowym ze spożyciem tych substancji;
  - 14) uprawiania przez Ubezpieczonego lub Małżonka następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienie wykonania świadczeń, jeśli opóźnienie wykonania świadczeń spowodowane są czynnikami niezależnymi od Ubezpieczyciela: strajkami, niepokojami społecznymi, zamieszkami, aktami terroryzmu, sabotażu, wojną (również domową), skutkami promieniowania radioaktywnego, siłą wyższą, szczególnym okolicznościami, a także ograniczeniami w poruszaniu się spowodowanymi decyzjami władz administracyjnych.

## §6. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAISTNIENIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. W razie zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego i chęci skorzystania ze świadczeń określonych w §4 ust. 3-7, Ubezpieczony lub Małżonek powinien niezwłocznie skontaktować się z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu 22 295 82 01 i podać następujące informacje:
  - 1) status osoby zgłaszającej (Ubezpieczony/Małżonek),
  - 2) PESEL lub datę urodzenia Ubezpieczonego,
  - 3) imię i nazwisko Ubezpieczonego,
  - 4) miejsce pobytu osoby zgłaszającej,
  - 5) numer telefonu, pod którym możliwy jest kontakt z osobą zgłaszającą,
  - 6) opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy,
  - 7) inne informacje niezbędne pracownikowi Ubezpieczyciela do realizacji świadczeń.
2. Ponadto, w celu realizacji świadczenia sanatoryjnego (§ 5 ust. 6 pkt 2) Ubezpieczony/ Małżonek zobowiązany jest dostarczyć do Ubezpieczyciela w sposób uzgodniony z Ubezpieczycielem kopię karty informacyjnej leczenia szpitalnego, zawierającą:
  - 1) informację o dacie początku i końca Hospitalizacji Ubezpieczonego lub Małżonka oraz jej przyczynach, pozwalających ustalić odpowiedzialność Ubezpieczyciela;
  - 2) pisemne zalecenie lub skierowanie od Lekarza prowadzącego leczenie, przeprowadzenia leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej;
  - 3) pisemne potwierdzenie od Lekarza prowadzącego leczenie o braku przeciwwskazań do przeprowadzenia leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej.
3. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonych przez Ubezpieczonego dokumentów, kontaktując się w tym celu z Placówką medyczną lub Lekarzem prowadzącym leczenie.
4. Jeżeli Ubezpieczony/Małżonek z przyczyn od siebie niezależnych nie mógł skontaktować się telefonicznie z Ubezpieczycielem i we własnym zakresie zorganizował i pokrył koszty świadczeń określonych w §4 ust. 3-7, powinien poinformować o tym fakcie Ubezpieczyciela w terminie 7 dni od dnia, kiedy skontaktowanie z Ubezpieczycielem stało się możliwe. Ubezpieczyciel zwraca ww. koszty świadczeń na podstawie przedłożonych Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczonego dokumentów potwierdzających fakt zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego i poniesienia tych kosztów, z zastrzeżeniem że Ubezpieczyciel zwraca koszty poniesione przez Ubezpieczonego, do wysokości rzeczywistych poniesionych kosztów, maksymalnie jednak do kwoty limitu świadczeń ustalonego dla danego świadczenia, do wysokości łącznej kwoty określonej w §4 ust. 8.
5. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku powiadomienia w terminie, o którym mowa w ust. 3, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie to uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie odpowiedzialności, okoliczności i skutków Zdarzenia ubezpieczeniowego.
6. Skutki braku zawiadomienia Ubezpieczyciela o Zdarzeniu ubezpieczeniowym nie następują, jeżeli Ubezpieczyciel w terminie, o którym mowa w ust. 3, otrzymał wiadomość o okolicznościach, które należało podać do jego wiadomości.
7. W przypadku zorganizowania świadczeń we własnym zakresie przez Ubezpieczonego bez powiadomienia Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wypłaty świadczenia w wysokości odpowiadającej kosztom, jakie poniósłby w przypadku organizowania usług we własnym zakresie, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust. 3.

### §7. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, z wyjątkiem zgłoszenia zdarzenia, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
2. Prawo do wniesienia reklamacji przysługuje:
  - 1) będącemu osobą fizyczną Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu, uprawnionemu z umowy oraz spadkobiercy posiadającemu interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub w spełnieniu świadczenia z umowy;
  - 2) będącemu osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej.
3. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce COMPENSY, w której zakresie obowiązków jest obsługa klientów.
4. Reklamacja może być złożona:
  - 1) na piśmie – osobiście w jednostce COMPENSY obsługującej klientów albo wysłana przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe, albo wysłana na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 18 listopada 2020 r. o doręczeniach elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy;
  - 2) ustnie – telefonicznie pod numerem 22 501 61 00;
  - 3) ustnie – osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce COMPENSY obsługującej klientów – tylko jeśli reklamację składa osoba fizyczna;
  - 4) w postaci elektronicznej na adres e-mail: reklamacje@compensa.pl – tylko jeśli reklamację składa osoba fizyczna.
5. W celu przyspieszenia postępowania, reklamacja powinna zawierać:
  - 1) imię i nazwisko (nazwa firmy) osoby wnoszącej reklamację;
  - 2) adres osoby wnoszącej reklamację;
  - 3) informację, czy wnoszący reklamację żąda otrzymania odpowiedzi drogą elektroniczną, a jeżeli tak – również adres e-mail, na który odpowiedź ma zostać przesłana;
  - 4) PESEL;
  - 5) numer dokumentu ubezpieczenia (certyfikatu) lub nr szkody.
6. Na żądanie osoby wnoszącej reklamację, COMPENSA potwierdzi fakt złożenia reklamacji na piśmie lub w inny uzgodniony z nią sposób.
7. Odpowiedź na reklamację powinna zostać udzielona przez COMPENSA bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
8. W przypadku uzasadnionej niemożności udzielenia odpowiedzi w terminie określonym w ust. 6, COMPENSA zobowiązana jest poinformować osobę wnoszącą reklamację o:
  - 1) przyczynach braku możliwości dotrzymania ww. terminu (przyczynach opóźnienia);
  - 2) okolicznościach, które muszą zostać ustalone;
  - 3) przewidywanym terminie rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, nie dłuższym jednak niż 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
9. Odpowiedzi na reklamację COMPENSA udziela w postaci papierowej lub:
  - 1) w przypadku Ubezpieczających, Ubezpieczonych oraz uprawnionych z umowy ubezpieczenia będących osobami fizycznymi – za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych,

jednakże odpowiedź może zostać dostarczona osobie składającej reklamację pocztą elektroniczną wyłącznie na jej wniosek;

- 2) w przypadku poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego będących osobami prawnymi albo spółka i nieposiadającymi osobowości prawnej – na innym trwałym nośniku informacji w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta.
10. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz uprawnionemu z umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną, przysługuje prawo złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego, w szczególności w przypadku:
  - 1) nieuwzględnienia roszczeń osoby zgłaszającej reklamację w trybie rozpatrywania reklamacji;
  - 2) niewykonania czynności wynikających z reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą osoby zgłaszającej reklamację w terminie określonym w odpowiedzi na tę reklamację.
11. Na wniosek Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz uprawnionego z umowy ubezpieczenia będącego osobą fizyczną, spór z COMPENSA może zostać poddany pozasądowemu postępowaniu w sprawie rozwiązywania sporów między Klientem a podmiotem rynku finansowego przeprowadzonemu przez Rzecznika Finansowego (szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: <https://rf.gov.pl>).
12. Podmioty, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji, zgodnie z postanowieniami powyżej, przysługuje prawo złożenia skargi dotyczącej usług lub działalności COMPENSY.
13. Do skargi określonej w ust. 12 zastosowanie znajdują postanowienia dotyczące reklamacji składanych przez Ubezpieczających, Ubezpieczonych oraz poszukujących ochrony ubezpieczeniowej będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej, z wyłączeniem ust. 9. Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że ze skarżącym uzgodniono inną formę odpowiedzi. Jeśli życzeniem skarżącego jest otrzymanie odpowiedzi drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail i skarżący wyraził zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, odpowiedź wysyłana jest mu tą drogą.
14. Informujemy o możliwości pozasądowego rozwiązywania sporów między konsumentami a przedsiębiorcami drogą elektroniczną za pośrednictwem platformy internetowej ODR Unii Europejskiej. Platforma umożliwia dochodzenie roszczeń wynikających z umów oferowanych przez Internet lub za pośrednictwem innych środków elektronicznych (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 524/2013 z 21 maja 2013 roku w sprawie internetowej systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE), zawieranych między konsumentami mieszkającymi w Unii Europejskiej a przedsiębiorcami mającymi siedzibę w Unii Europejskiej. Platforma jest dostępna na stronie internetowej [ec.europa.eu/consumers/odr/](http://ec.europa.eu/consumers/odr/). Adres e-mail COMPENSY: reklamacje@compensa.pl.
15. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy Ubezpieczycielem, Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, uprawnionym z Umowy ubezpieczenia bądź ich spadkobiercami jest język polski.
16. Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia można rozwiązać w drodze postępowania sądowego poprzez wystąpienie z powództwem do sądu powszechnego. Pozwanym powinien być Ubezpieczyciel.
17. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
18. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.