

**UMOWA DODATKOWA  
DO UMOWY ZBIOROWEGO  
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE  
SENIOR  
BRP-0122**



# Umowa Dodatkowa do umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie SENIOR

## Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

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

Produkt: **OWDU SENIOR BRP-0122**

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje o warunkach dodatkowej umowy ubezpieczenia podane są w ogólnych warunkach umowy dodatkowej do umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie SENIOR zatwierdzonych Uchwałą Nr 27/05/2022 Zarządu Towarzystwa z dnia 31 maja 2022 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 Dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy Podstawowej – umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie SENIOR zawartej z Towarzystwem, z tym samym dniem co zawarcie 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)

- ✓ operacja chirurgiczna Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy i samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ pobyt na OIOM Ubezpieczonego,
- ✓ rekonwalescencja Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- ✓ leczenie szpitalne Ubezpieczonego,
- ✓ poważne zachorowanie Ubezpieczonego,
- ✓ zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego,
- ✓ wystąpienie dolegliwości zdrowotnej u Ubezpieczonego.

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

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, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroryzmu lub czynnego udziału w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy
- ✗ masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego bądź katastrofy nuklearnej
- ✗ popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa umyślnego
- ✗ pozostawania przez osobę, której dotyczy zdarzenie pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych 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, § 9 oraz w § 10 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

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 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 DO UMOWY ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SENIOR BRP-0122**

<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, §3, § 12
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2, § 9, § 10

**SENIOR**

**OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DO UMOWY ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SENIOR BRP-0122**

**POSTANOWIENIA WSTĘPNE**

- Niniejsze ogólne warunki umowy dodatkowej do umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie SENIOR o symbolu BRP-0122 (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 tytułu Umowy Podstawowej i stanowią integralną część Umowy Podstawowej.
- Warunkiem zawarcia Umowy Dodatkowej jest zawarcie Umowy Podstawowej w ramach Pakietu SENIOR obejmującego swoim zakresem Umowę Dodatkową.
- W sprawach nieregulowanych 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 zbiorowego ubezpieczenia na życie SENIOR (dalej: OWU).
  - 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, niezależną 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).
- dzień pobytu w szpitalu** – rozumie się przez to dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, z uwzględnieniem dnia przyjęcia do szpitala i dnia wypisu ze szpitala.
- hospitalizacja** – udokumentowany, stacjonarny pobyt Ubezpieczonego na oddziale zabiegowym szpitala, trwający co najmniej 24 godziny, mający miejsce w okresie ubezpieczenia oraz służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego.
- operacja chirurgiczna** – wskazany w Tabeli operacji chirurgicznych, inwazyjny zabieg chirurgiczny, połączony z przecięciem tkanek, wykonany w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym, na Ubezpieczonym, przez uprawnionego do tego, według przepisów prawa polskiego, wykwalifikowanego lekarza o specjalności zabiegowej, w odpowiednio do tego przystosowanym i wyposażonym szpitalu, posiadającym zezwolenia wymagane przepisami prawa państwa, na którego terytorium szpital ten prowadzi działalność, o ile zabieg ten miał miejsce w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa (okresie ubezpieczenia) i miał na celu leczenie następstw nieszczęśliwego wypadku oraz wiązał się z koniecznością hospitalizacji.
- całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji** – powstała w okresie ubezpieczenia całkowita utrata zdolności Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy i samodzielnej egzystencji z powodu naruszenia sprawności organizmu Ubezpieczonego, będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, która na podstawie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego lub badań lekarskich wykonanych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa, została uznana przez lekarza wydającego opinię medyczną dla Towarzystwa, za nierokującą na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do pracy i samodzielnej egzystencji przez okres dłuższy niż 5 lat od dnia jej wystąpienia. Za dzień wystąpienia, o którym mowa w zdaniu poprzednim, uznaje się dzień wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, a w przypadku wydania wobec Ubezpieczonego decyzji lub orzeczenia właściwego organu rentowego o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji – dzień wskazany w tymże dokumencie. Towarzystwo uznaje Całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, bez konieczności oceny dokumentacji medycznej Ubezpieczonego lub przeprowadzania badań lekarskich, wykonanych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa, w przypadku gdy w stosunku do Ubezpieczonego orzeczono po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy oraz samodzielnej egzystencji na okres dłuższy niż 5 lat, przy czym okresy orzeczonej niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy oraz samodzielnej egzystencji wskazane w kilku orzeczeniach wydanych w okresie ubezpieczenia, sumuje się. Za brak zdolności do samodzielnej egzystencji uznaje się takie naruszenie sprawności organizmu, które powoduje konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych.
- pobyt na OIOM** – udokumentowany pobyt Ubezpieczonego na OIOM, mający miejsce w okresie ubezpieczenia, w celu leczenia Ubezpieczonego. Każdy rozpoczęty dzień pobytu na OIOM uważa się za pełny.
- OIOM** – Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM) – wyodrębniony organizacyjnie w strukturach szpitala oddział wyposażony w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, w którym odbywa się leczenie oraz stałe monitorowanie podstawowych czynności życiowych w przypadku ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych oraz w ramach którego możliwym jest podjęcie czynności zastępczych niewydolnych organów lub układów. W rozumieniu OWDU za oddział intensywnej opieki medycznej uważa się również:
  - oddział intensywnej terapii,
  - oddział intensywnej nadzoru medycznego,
  - salę intensywnej opieki medycznej, tj. salę wydzieloną w oddziale szpitala, wyposażoną w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania

podstawowych funkcji życiowych, w której odbywa się leczenie ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych lub odpowiednik takiej sali działający zgodnie z prawem państwa, na terytorium którego się znajduje. Za salę intensywnej opieki medycznej uważa się również salę intensywnej terapii oraz salę intensywnego nadzoru medycznego.

- rekonwalescencja** – pobyt Ubezpieczonego na zwolnieniu lekarskim wydanym przez szpital, w którym miał miejsce pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Okres rekonwalescencji jest liczony od dnia następującego po dniu, w którym zakończył się pobyt w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Zwolnienie lekarskie powinno być wystawione nie później niż dnia następującego po ostatnim dniu pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Każdy rozpoczęty dzień rekonwalescencji uważa się za pełny.
- świadczenie apteczne** – świadczenie jednorazowe wypłacane z tytułu leczenia poszpitalnego.
- leczenie poszpitalne** – rozumie się przez to dalsze leczenie Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu, skutkujące koniecznością zakupu przez Ubezpieczonego w aptece niezbędnych leków.
- wystąpienie poważnego zachorowania** – zdiagnozowanie po raz pierwszy poważnego zachorowania.
- poważne zachorowanie** – wystąpienie Ubezpieczonego jednego ze zdefiniowanych i wskazanych w poniższej tabeli stanów chorobowych:

	poważne zachorowanie	definicja poważnego zachorowania
a)	niewydolność nerek	stadium nieodwracalnej i całkowitej niewydolności nerek, wymagające stałego, przewlekłego stosowania dializ lub transplantacji nerki. W rozumieniu OWDU, za niewydolność nerek nie uważa się ostrej niewydolności nerek, w tym niewydolności powstałej w wyniku zatrucia lub wstrząsu, nawet jeżeli konieczne było przejściowe zastosowanie dializy
b)	operacja aorty	chirurgiczne leczenie choroby aorty polegające na zastąpieniu części aorty przez przeszczep (graft). Przez aortę rozumie się łuk aorty, aortę piersiową i brzuszna, a nie jej dalsze odgałęzienia. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu operacji aorty w przypadku: <ol style="list-style-type: none"> <li>gdy do operacji aorty doszło w związku z przebytym urazem,</li> <li>jakiegokolwiek innego, niż wyżej wymieniony rodzaj operacji, zabiegu dotyczącego aorty,</li> <li>operacji odcinka aorty innego niż piersiowy lub brzuszny,</li> <li>przezskórnej implantacji stentu-graftu do aorty bez otwierania klatki piersiowej lub jamy brzusznej</li> </ol>
c)	przeszczep narządu	leczenie operacyjne, polegające na przeszczepieniu jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: wątroby, nerki, trzustki, jelita cienkiego, serca, płuc, szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania tego zabiegu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub za granicą, na podstawie decyzji działającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ośrodka transplantologii. W rozumieniu OWDU za przeszczep narządu nie uważa się przeszczepu: <ol style="list-style-type: none"> <li>narządu sztucznego,</li> <li>fragmentu narządu, w szczególności zastawek serca lub wysepek Langerhansa</li> </ol>
d)	udar mózgu	nagle wystąpienie ogniskowych lub uogólnionych zaburzeń czynności mózgu, spowodowanych wyłącznie przyczynami naczyniowymi (krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy, zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego, zakrzepica żył lub zatok żylnych), związanymi z mózgowym przepływem krwi, trwających dłużej niż 24 godziny. Udar można również rozpoznać, kiedy objawy trwają poniżej 24 godzin, ale udokumentowano jednoznacznie ognisko niedokrwienne za pomocą badań neuroobrazowych, a objawy ustąpiły po leczeniu trombolitycznym lub pacjent zmarł w 1. dobie od początku objawów. Diagnoza udaru mózgu musi być potwierdzona badaniem tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego lub badaniem neuroobrazowym, potwierdzających świeże zmiany w tkance mózgowej albo udar mózgu musi być wskazany jako przyczyna zgonu w protokole badania sekcijnego. W rozumieniu OWDU, za udar mózgu nie uważa się:

	<ul style="list-style-type: none"> <li>i. przejściowych ataków niedokrwiennych mózgu (TIA), jeżeli ogniskowe objawy neurologiczne ustąpiły samoistnie w czasie do 24 godzin i nie uwidoczniło ogniska niedokrwiennego w badaniach neuroobrazowych,</li> <li>ii. przedłużonych odwracalnych niedokrwiennych ubytków neurologicznych (PRIND),</li> <li>iii. objawów mózgowych spowodowanych migreną,</li> <li>iv. zaburzeń ukrwienia układu przedsionkowego lub nerwu wzrokowego,</li> <li>v. uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (stłuczenie mózgu, krwotoki pourazowe),</li> <li>vi. uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia – hipoksemiczne uszkodzenie mózgu (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu),</li> <li>vii. udaru mózgu zdiagnozowanego jako przeżyty w przeszłości, np. na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,</li> <li>viii. skutków choroby dekompresyjnej,</li> <li>ix. uszkodzenia mózgu spowodowanego przewlekłym niedokrwieniem</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>iv) wykazanie w koronarografii powikłania zabiegu, które ogranicza przepływ, takiego jak rozwarstwienie tętnicy wieńcowej, zamknięcie dużej tętnicy nasierdziejowej lub pomostu, zamknięcie/zakrzepica bocznej gałęzi, zaburzenie krążenia obocznego lub dystalna embolizacja,</li> <li>v) pośmiertne wykazanie skrzepliny, związanej z zabiegiem, spełnia kryteria zawału związanego z angioplastyką, jeżeli dotyczy stentu</li> </ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>iii. nagły zgon sercowy, który wystąpił u pacjentów z objawami sugerującymi niedokrwienie mięśnia sercowego w połączeniu z przypuszczalnie nowymi zmianami niedokrwiennymi w elektrokardiogramie lub migotaniem komór, ale którzy zmarli, zanim można było pobrać krew w celu oznaczenia biomarkerów sercowych, bądź zanim mógł nastąpić wzrost stężenia biomarkerów, lub u których wykryto zawał serca w badaniu sekcyjnym.</li> </ul> <p>W rozumieniu OWDU, za zawał serca nie uważa się zawału rozpoznanego jako przeżyty przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych.</p>
e)	operacja wszczepienia zastawki serca	<p>wszczepienie po raz pierwszy protezy zastawki serca (mechanicznej lub biologicznej), wykonane metodą na otwartym sercu w krążeniu pozaustrojowym. W rozumieniu OWDU za operację wszczepienia zastawki serca nie uważa się:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. operacji naprawczej,</li> <li>ii. rekonstrukcji zastawki,</li> <li>iii. plastyki zastawki,</li> <li>iv. walwulotomii,</li> <li>v. przeznacyniowego lub przezkoniuszkowego wszczepienia protezy zastawki</li> </ul>		
f)	operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass)	<p>operacja kardiochirurgiczna, polegająca na wszczepieniu dwóch lub więcej pomostów aortalno-wieńcowych (tzw. bypassów), omijających miejsce zwężenia tętnicy wieńcowej, wykonana w celu leczenia choroby wieńcowej. W rozumieniu OWDU, za operację pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass) nie uważa się:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA),</li> <li>ii. każdego innego, niż wszczepienie pomostów aortalno-wieńcowych, zabiegu na naczyniach wieńcowych, także z implantacją stentu,</li> <li>iii. każdej innej operacji, mającej na celu leczenie innych chorób serca,</li> <li>iv. zabiegów z użyciem technik torakoskopowych</li> </ul>		
g)	zawał serca	<p>martwica mięśnia sercowego. W rozumieniu OWDU, zawał serca oznacza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. wykrycie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych (zwłaszcza troponiny), z co najmniej jedną wartością przekraczającą górną granicę normy oraz z co najmniej jednym z wymienionych niżej dowodów niedokrwienia mięśnia sercowego: <ul style="list-style-type: none"> <li>i) objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej),</li> <li>ii) zmiany w EKG, wskazujące na świeże niedokrwienie – nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa,</li> <li>iii) powstanie patologicznych załamek Q w EKG,</li> <li>iv) dowody w badaniach obrazowych, ukazujące nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego,</li> <li>v) wykrycie skrzepliny w tętnicy wieńcowej podczas koronarografii lub badania sekcyjnego lub</li> </ul> </li> <li>ii. zawał serca związany z zabiegiem na tętnicach wieńcowych w czasie do 48 godzin od zabiegu – wzrost stężenia cTn we krwi do wartości przekraczającej 5-krotnie górną granicę normy w przypadku przezskórnych interwencji wieńcowych (angioplastyka) oraz do wartości przekraczającej 10-krotnie górną granicę normy w przypadku operacji pomostowania tętnic wieńcowych (bypass) u pacjentów z prawidłowym początkowym stężeniem cTn. Pacjenci ze zwiększonym stężeniem cTn przed zabiegiem, które jest stabilne lub wykazuje tendencję spadkową, muszą spełniać kryteria wzrostu stężenia cTn przekraczającego 5-krotnie lub 10-krotnie górną granicę normy oraz wzrostu stężenia cTn o powyżej 20% w porównaniu z wartością przed zabiegiem, a także co najmniej jedno z następujących kryteriów: <ul style="list-style-type: none"> <li>i) obecność nowych niedokrwiennych zmian w EKG (w przypadku zawału związanego z angioplastyką),</li> <li>ii) pojawienie się nowych patologicznych załamek Q w EKG (w przypadku zawału związanego z angioplastyką i operacją wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych w przypadku obu rodzajów zabiegów rewaskularyzacyjnych, jeżeli stężenie cTn jest powyższe i wzrosło, ale nie osiąga wyżej zdefiniowanych wartości progowych),</li> <li>iii) uwidocznienie w badaniach obrazowych ubytku żywnego mięśnia sercowego, który można uznać za nowy, i którego umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej,</li> </ul> </li> </ul>		

15. **Ekspercka opinia medyczna (EOM)** – ocena dolegliwości zdrowotnej przez co najmniej jednego lekarza z instytucji medycznej, wydana na podstawie analizy dokumentacji medycznej i informacji dotyczących dolegliwości zdrowotnej, przekazanych Towarzystwu przez Ubezpieczonego. EOM wydawana jest bez bezpośredniego kontaktu Ubezpieczonego z lekarzem wydającym ww. opinię.
16. **instytucja medyczna** – wykwalifikowany podmiot leczniczy, udzielający, zgodnie z przepisami obowiązującymi w miejscu jego siedziby, świadczeń opieki medycznej przy pomocy wykwalifikowanej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej. Instytucja medyczna jest podmiotem niezależnym od Towarzystwa.
17. **dolegliwość zdrowotna** – choroba (rozumiana jako zdiagnozowany przez lekarza stan organizmu, polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpieczonego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt) lub uraz (rozumiany jako uszkodzenie tkanek ciała lub narządów Ubezpieczonego wskutek działania czynnika zewnętrznego, który z medycznego punktu widzenia nie może być zakwalifikowany jako choroba lub czynnik chorobotwórczy doznany przez Ubezpieczonego niezależnie od jego woli), zdiagnozowany przez lekarza prowadzącego po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia, wyłącznie z zakresu:
  - a) onkologii – wszystkie rodzaje nowotworów,
  - b) kardiologii i kardiochirurgii – choroba niedokrwienna serca, zawał serca, zaburzenia rytmu serca/arytmia, niewydolność serca, choroby zastawek serca, wrodzone wady serca, kardiomiopatie, choroby osierdzia, choroby aorty, choroby naczyniowe,
  - c) neurochirurgii – guzy mózgu, choroby neuronaczyniowe, zaburzenia neuro-endokrynne, choroby podstawy czaszki, choroby ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, choroby kręgosłupa i mózgu wynikające z urazu,
  - d) ortopedii – choroba zwyrodnieniowa stawów, reumatoidalne zapalenie stawów, zapalenie kaletki maziowej, bóle i urazy łokcia, fibromialgia, bóle i urazy stopy, złamanie, bóle i urazy biodra, bóle i urazy kolana, bóle i urazy dłoni, przewlekłe bóle kręgosłupa, kifoza i skolioza, bóle i urazy szyi, osteoporoza, choroba Pageta kości, bóle i urazy barku.
18. **lekarz prowadzący** – lekarz będący specjalistą z zakresu doznanej przez Ubezpieczonego dolegliwości zdrowotnej, który na terenie Polski zdiagnozował dolegliwość zdrowotną.
19. **asysta prawna** – pomoc administracyjno-prawna w procedurze uzyskania zgody Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ):
  - a) na pokrycie kosztów lekarstw w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej,
  - b) na leczenie planowane poza granicami kraju/zwrot kosztów leczenia za granicą, o ile użycie powyższych procedur zostało uzasadnione w Ekspertyzie opinii medycznej.
20. **pozostawanie pod wpływem alkoholu** – stan, w którym stężenie alkoholu we krwi danej osoby wynosi co najmniej 0,2‰ lub zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1 mg w 1 dm<sup>3</sup>.
21. **Tabela operacji chirurgicznych** – zestawienie zdarzeń medycznych stanowiących zgodnie z postanowieniami pkt. 6) operację chirurgiczną, zawierające katalog operacji chirurgicznych w podziale na 5 Grup: A, B, C, D, E oraz odpowiadające tym grupom wysokości świadczeń przysługujących Ubezpieczonemu z tytułu operacji chirurgicznej w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 powyżej otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

## ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

### § 2.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe zaistniałe w okresie ubezpieczenia z tytułu Umowy Dodatkowej:
  - 1) operacja chirurgiczna Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - 2) całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy i samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - 3) pobyt na OIOM Ubezpieczonego,
  - 4) rekonwalescencja Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - 5) leczenie szpitalne Ubezpieczonego,
  - 6) poważne zachorowanie Ubezpieczonego,
  - 7) zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego,
  - 8) wystąpienie dolegliwości zdrowotnej u Ubezpieczonego.
2. Z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową Towarzystwo wypłaca osobom uprawnionym następujące rodzaje świadczeń:
  - 1) z tytułu operacji chirurgicznej Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaci świadczenie na podstawie Tabeli Operacji chirurgicznych oraz według następujących zasad:
    - a) w przypadku operacji chirurgicznej z Grupy A – od **400 PLN do 3 000 PLN**,
    - b) w przypadku operacji chirurgicznej z Grupy B - 75% świadczenia określonego

- w pkt a)
- c) w przypadku operacji chirurgicznej z Grupy C - 50% świadczenia określonego w pkt a)
  - d) w przypadku operacji chirurgicznej z Grupy D - 25% świadczenia określonego w pkt a)
  - e) w przypadku operacji chirurgicznej z Grupy E - 12,5% świadczenia określonego w pkt a)
- 2) z tytułu całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy i samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku: od **1 000 PLN do 10.000 PLN**,
  - 3) z tytułu pobytu na OIOM Ubezpieczonego, świadczenie jednorazowe w wysokości: od **100 PLN do 700 PLN**, jeżeli:
    - a) pobyt na OIOM w wyniku nieszczęśliwego wypadku trwał nieprzerwanie co najmniej 2 dni,
    - b) pobyt na OIOM z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek rozpoczął się w okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie co najmniej 3 dni,
  - 4) z tytułu rekonwalescencji Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, świadczenie za każdy dzień rekonwalescencji w wysokości: od **10 PLN do 100 PLN**, jeżeli pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku trwał nieprzerwanie co najmniej 14 dni,
  - 5) z tytułu leczenia poszpitalnego Ubezpieczonego – świadczenie apteczne w wysokości: od **100 PLN do 500 PLN**, na zakup niezbędnych leków, płatne w przypadku, gdy:
    - a) pobyt w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku trwał nieprzerwanie co najmniej 2 dni,
    - b) pobyt w szpitalu z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek rozpoczął się w okresie ubezpieczenia i trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni,
  - 6) z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego: od **800 PLN do 5 000 PLN**,
  - 7) z tytułu zgonu Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego: od **800 PLN do 10 000 PLN**
  - 8) z tytułu wystąpienia dolegliwości zdrowotnej u Ubezpieczonego: wydanie Ekspertki opinii medycznej zgodnie z postanowieniami § 3.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zdarzenia operacja chirurgiczna Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku ograniczona jest do łącznej wysokości odpowiadającej wartości świadczenia określonego dla Grupy A operacji chirurgicznych wskazanych w Tabeli operacji chirurgicznych w każdym w każdym 12-miesięcznym okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, przy czym pierwszy ww. 12-miesięczny okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa liczony jest od pierwszego dnia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, wskazanego na polisie ubezpieczeniowej, niezależnie od ilości operacji chirurgicznych mających miejsce w danym 12-miesięcznym okresie odpowiedzialności.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w obrębie każdej z operacji chirurgicznych wskazanych w Tabeli operacji chirurgicznych ograniczona jest do jednorazowej wypłaty świadczenia z tytułu tej operacji chirurgicznej, niezależnie od liczby tych operacji chirurgicznych. W przypadku przeprowadzenia u Ubezpieczonego ponownie tej samej operacji chirurgicznej, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu, chyba że operacja jest wynikiem innego nieszczęśliwego wypadku.
5. W przypadku drugiej lub kolejnej operacji chirurgicznej Ubezpieczonego Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, chyba że ta operacja chirurgiczna nie pozostaje w sposób pośredni lub bezpośredni w związku przyczynowo-skutkowym z operacją chirurgiczną, która miała miejsce w okresie ubezpieczenia i z tytułu której Towarzystwo wypłaciło świadczenie.
6. W przypadku dwóch lub więcej operacji chirurgicznych w następstwie nieszczęśliwego wypadku mających miejsce w czasie jednej hospitalizacji, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty jednego świadczenia za operację chirurgiczną, z tytułu której przysługuje wyższe świadczenie.
7. W przypadku kilkukrotnego pobytu na OIOM Ubezpieczonego w ramach danego, trwającego nieprzerwanie pobytu w szpitalu, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do wypłaty jednego świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej.
8. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu z tytułu rekonwalescencji Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest ograniczona do wypłaty świadczenia:
  - 1) z tytułu danej rekonwalescencji za nie więcej niż 30 dni danej rekonwalescencji,
  - 2) za nie więcej niż 90 dni rekonwalescencji w każdym 12-miesięcznym okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, przy czym pierwszy 12-miesięczny okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, w skazanego na polisie ubezpieczeniowej.
9. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu leczenia poszpitalnego jest ograniczona do:
  - 1) wypłaty wyłącznie jednego świadczenia aptecznego z tytułu danego pobytu w szpitalu,
  - 2) wypłaty maksymalnie trzech świadczeń aptecznych w każdym 12-miesięcznym okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, przy czym pierwszy 12-miesięczny okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa liczony jest od pierwszego dnia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, wskazanego na polisie ubezpieczeniowej.
10. W przypadku leczenia poszpitalnego Ubezpieczonego lub rekonwalescencji Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności jeżeli pobyt w szpitalu Ubezpieczonego miał miejsce na oddziale dziennym lub był bytem dziennym.
11. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest w obrębie danego poważnego zachorowania do jednorazowej wypłaty świadczenia. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego ponownie tego samego poważnego zachorowania, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.
12. W przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania Ubezpieczonego świadczenie nie zostanie wypłacone, chyba że poważne zachorowanie nie pozostaje w sposób pośredni lub bezpośredni w związku przyczynowo-skutkowym z poważnym zachorowaniem, które wystąpiło w okresie ubezpieczenia i z tytułu którego Towarzystwo wypłaciło świadczenie.
13. W przypadku zawału serca i operacji pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass), odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest tylko do jednego z tych poważnych zachorowań. Wystąpienie któregokolwiek z tych poważnych zachorowań powoduje wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu drugiego z nich.
14. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie zdarzeń będących wynikiem nieszczęśliwego wypadku nie obejmuje zdarzeń będących wynikiem wypadków zaistniałych przed dniem zawarcia Umowy Dodatkowej.

## ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ - EKSPERCKA OPINIA MEDYCZNA

### § 3.

1. Z zastrzeżeniem ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 9 i § 10, w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia dolegliwości zdrowotnej, Towarzystwo spełni świadczenie, wydając i przekazując Ubezpieczonemu EOM, obejmującą:
  - 1) weryfikację diagnozy postawionej przez lekarza prowadzącego (jeśli była postawiona),
  - 2) weryfikację planu leczenia zaleconego przez Lekarza prowadzącego (jeśli był zalecony),
  - 3) analizę i ocenę stanu zdrowia na podstawie otrzymanych od Ubezpieczonego dokumentów medycznych (w szczególności wyników badań) i informacji dotyczących analizowanej dolegliwości zdrowotnej,
  - 4) propozycję optymalnego planu leczenia,
  - 5) informację o lekarzu sporządzającym EOM, w szczególności o jego kwalifikacjach i doświadczeniu oraz placówce medycznej, z ramienia której występuje ww. lekarz,
  - 6) na prośbę Ubezpieczonego – wykaz placówek medycznych, w których możliwa jest realizacja zaproponowanego w EOM planu leczenia (przy czym ubezpieczenie nie obejmuje organizacji i pokrycia kosztów procesu leczenia w ww. placówkach medycznych),
  - 7) w przypadkach uzasadnionych EOM – asysta prawna.
2. Koszty wydania i przekazania EOM Ubezpieczonemu ponosi Towarzystwo.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do spełnienia dwóch świadczeń, tj. sporządzenia i wydania dwóch EOM w każdym 12-miesięcznym okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, przy czym pierwszy ww. 12-miesięczny okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa liczony jest od pierwszego dnia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, wskazanego na polisie ubezpieczeniowej.
4. Stopień kompletności Ekspertki opinii medycznej zależy od rodzaju i kompletności przekazanych przez Ubezpieczonego dokumentów medycznych i informacji, a także od rodzaju, stopnia zaawansowania i złożoności dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczonego. Z tego względu EOM może być ograniczona do częściowej analizy dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczonego lub dotychczasowego leczenia. Może też obejmować informację o potrzebie wykonania dalszych badań lub zabiegów, których wykonanie pozwoli na ocenę dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczonego.

## UMOWA DODATKOWA

### warunki zawarcia Umowy Dodatkowej

#### § 4.

Umowa Dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie jako rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu z tytułu Umowy Podstawowej, jeżeli Umowa Podstawowa zawarta została na warunkach Pakietu SENIOR obejmującego swoim zakresem Umowę Dodatkową.

### zasady zawarcia Umowy Dodatkowej

#### § 5.

1. Umowę Dodatkową zawiera się na podstawie wniosku Ubezpieczającego o zawarcie Umowy Dodatkowej, składanego na formularzu Towarzystwa.
2. Umowa Dodatkowa może być zawarta wyłącznie z dniem zawarcia Umowy Podstawowej.
3. Zawarcie Umowy Dodatkowej wraz z Umową Podstawową Towarzystwo potwierdza wystawieniem polisy.

### czas trwania Umowy Dodatkowej

#### § 6.

Umowę Dodatkową zawiera się na czas trwania Umowy Podstawowej wskazany w polisie.

## SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA I SPOSÓB PŁATNOŚCI

### § 7.

1. Wysokość składek należnych z tytułu poszczególnych ryzyk w Umowie Dodatkowej jest ustalana według kryteriów obliczania składki z tytułu Umowy Podstawowej.
2. Wysokości składek dla poszczególnych ryzyk podane są w polisie ubezpieczeniowej.
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 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. 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) operacji chirurgicznej Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - 2) całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy i samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - 3) pobytu na OIOM Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - 4) rekonwalescencji Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - 5) leczenia poszpitalnego Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
2. Okresy karencji liczone są począwszy od pierwszego dnia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej i wynoszą z tytułu:
  - 1) zgonu Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego, poważnego zachorowania Ubezpieczonego lub w przypadku pobytu na OIOM Ubezpieczonego lub pobytu Ubezpieczonego w szpitalu skutkującego leczeniem poszpitalnym, gdy zdarzenia te nastąpiły z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek – 6 miesięcy,
  - 2) dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczonego - 2 miesiące.
3. Zwolnienia z okresów karencji, udzielone na podstawie OWU Umowy Podstawowej stosuje się odpowiednio.



4. W odniesieniu do Ubezpieczonego, który do dnia poprzedzającego pierwszy dzień odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia objęty był ochroną ubezpieczeniową z tytułu innej umowy ubezpieczenia, w zakresie której był EOM, do okresu karencji wskazanego w ust. 2 pkt. 2), zalicza się okres obejmowania go ochroną w zakresie tego ryzyka z tytułu innej niż zawarta z Towarzystwem umowa ubezpieczenia, o której mowa powyżej.

#### WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI § 10

1. Towarzystwo w zakresie zdarzeń: **operacja chirurgiczna Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy i samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobyt na OIOM Ubezpieczonego, rekonwalescencja Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, poważne zachorowanie Ubezpieczonego, zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego**, nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia, które miały miejsce w następstwie lub w związku z:
- działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, aktami terroryzmu lub czynnym udziałem osoby, której dotyczy zdarzenie w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy
  - masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną,
  - popępleniem lub usiłowaniem popełnienia przez osobę, której dotyczy zdarzenie umyślnego przestępstwa,
  - samobójstwem popełnionym przez osobę, której dotyczy zdarzenie w okresie dwóch lat od dnia początku okresu ubezpieczenia,
  - przeważaniem pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, przez osobę której dotyczy zdarzenie:
    - bez wymaganych odpowiednimi przepisami uprawnień, chyba że brak wymaganych uprawnień nie miał wpływu na powstanie zdarzenia ubezpieczeniowego,
    - bez wymaganych odpowiednimi przepisami aktualnych badań technicznych lub gdy pojazd mechaniczny lub inny pojazd nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania, chyba że badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania nie miało wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
  - chorobą lub zatruciem się przez osobę, której dotyczy zdarzenie spowodowanymi spożywaniem alkoholu, używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza,
  - wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniami będącymi ich skutkiem, chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, w tym różnymi formami nerwicy i depresji, upośledzeniem umysłowym, niedorozwojem umysłowym, zaburzeniami zachowania, uzależnieniem od alkoholu lub środków odurzających,
  - samookaleceniem, usiłowaniem popełnienia samobójstwa lub okaleczeniem na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
  - wypadkiem lotniczym, z wyłączeniem przypadku, gdy dana osoba podróżowała jako pasażer samolotu licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,
  - zawodowym, amatorskim lub rekreacyjnym uprawianiem sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumping, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybowictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhill, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej z użyciem sprzętu wspinaczkowego lub bez użycia, choć jego użycie było wymagane, zorbingu, sportów walki lub udziału danej osoby w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,
  - następstw błędów w sztuce lekarskiej,
  - wystąpieniem dyskopatii lub przepuklin jądra miazdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,
  - leczeniem lub zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy,
  - pozostawianiem przez osobę, której dotyczy zdarzenie pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanych dalej łącznie środkami odurzającymi), chyba że pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie zdarzenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy:
    - osoba, której dotyczy zdarzenie odmówiła wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia zdarzenia była pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, lub
    - nie wykonano badań z innych powodów, a w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja urzędowa o spożyciu alkoholu, leków lub środków odurzających przez tę osobę, chyba, że pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Towarzystwo w zakresie zdarzeń: **operacja chirurgiczna Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, rekonwalescencja Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, leczenie szpitalne Ubezpieczonego** nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli operacja chirurgiczna została wykonana lub pobyt w szpitalu, po którego zakończeniu rozpoczęła się rekonwalescencja lub powstała konieczność zakupu leków w aptece, w przypadku leczenia szpitalnego miał miejsce w:
- szpitalu psychiatrycznym,
  - szpitalu, domu opieki, ośrodka, oddziale lub innej jednostce, niezależnie od podstawowego profilu ich działalności i niezależnie od podmiotu, który je tworzy i utrzymuje, prowadzącej działalność profilaktyczną lub diagnostyczną lub leczniczą lub odwykową lub inną formę opieki albo pomocy, dotyczącą chorób psychicznych lub upośledzeń umysłowych lub zaburzeń psychicznych, w tym zaburzeń zachowania lub różnych form nerwicy i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,
  - szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowiskowej,
  - hospicjum,

- domu opieki,
  - ośrodka wypoczynkowym,
  - szpitalu, ośrodka, oddziale lub innej jednostce leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.
3. Towarzystwo w zakresie zdarzeń: **pobyt na OIOM Ubezpieczonego, leczenie szpitalne Ubezpieczonego** nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt w szpitalu nastąpił na skutek lub w następstwie lub spowodowany został:
- nosicielstwem wirusa HIV i leczenia wszelkich chorób będących tego faktu następstwem, wystąpienia pełnoobjawowego AIDS,
  - rutynowymi badaniami lekarskimi, badaniami okresowymi, w przypadku gdy ich przyczyną jest nieszczęśliwy wypadek,
  - leczeniem wad wrodzonych i rozwojowych oraz ich skutków,
  - leczeniem lub zabiegami stomatologicznymi, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - leczeniem chorób zawodowych oraz ich skutków,
  - leczeniem następstw skażenia jonizującego,
  - ciążą, jej powikłaniami, poronieniem, usunięciem ciąży, porodem, pologiem z wyjątkiem przypadków, gdy:
    - zdiagnozowano ciężą wysokiego ryzyka, lub
    - poród miał przebieg patologiczny, lub
    - nastąpiły komplikacje porodu stanowiące zagrożenie dla życia matki,
  - wystąpieniem dyskopatii lub przepuklin jądra miazdżystego oraz przepuklin wysiłkowych,
  - zabiegami chirurgii kosmetycznej, chyba że zabiegi te były przeprowadzane celu usunięcia w drodze chirurgii plastycznej lub kosmetycznej następstw nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie ubezpieczenia,
  - pybitem obserwacyjnym, chyba, że pobyt był spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem.
4. Towarzystwo w zakresie zdarzeń: **pobyt na OIOM Ubezpieczonego, leczenie szpitalne Ubezpieczonego, rekonwalescencja Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku** nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt w szpitalu nastąpił na skutek lub w następstwie lub spowodowany został:
- atakami konwulsji, drgawek lub padaczki, omdleniami, utratą przytomności, w przypadku gdy przyczyną pobytu w szpitalu było leczenie następstw nieszczęśliwego wypadku,
  - koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Ubezpieczonego,
  - przeważaniem jakiegokolwiek formy rehabilitacji lub leczenia usprawniającego.
5. Dodatkowo Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w zakresie zdarzenia:
- operacja chirurgiczna Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku**, jeżeli operacja chirurgiczna miała miejsce w następstwie lub w związku z:
    - leczeniem przeprowadzonym w klinice medycyny naturalnej,
    - leczeniem lub operacją chirurgiczną, które nie są medyczną koniecznością,
  - zgon Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego**, jeżeli zdarzenie miało miejsce w następstwie lub w związku z wystąpieniem chorób infekcyjnych lub zawodowych,
  - leczenie szpitalne Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek**, jeżeli celem pobytu w szpitalu Ubezpieczonego było wykonanie badań diagnostycznych.

#### OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ § 11.

Osobą uprawnioną do świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej jest Ubezpieczony.

#### ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA § 12.

- Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 – ust. 6 w zakresie dotyczącym świadczenia EOM, w przypadku świadczenia wynikającego z tytułu Umowy Dodatkowej postanowienia OWU, na podstawie których została zawarta Umowa Podstawowa, dotyczące zasad ustalania i wypłaty świadczenia z tytułu Umowy Podstawowej, stosuje się odpowiednio.
- Z tytułu wystąpienia Ubezpieczonego dolegliwości zdrowotnej Towarzystwo spełnia świadczenie wydania Ekspertyzy opinii medycznej na zasadach i w terminach wskazanych w OWU, pod warunkiem spełnienia wymogów opisanych w ust. 3 – ust. 5.
- W celu zgłoszenia roszczenia z tytułu wystąpienia Ubezpieczonego dolegliwości zdrowotnej Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie z Towarzystwem pod numerem telefonu: 22 867 66 67.
- Podczas rozmowy telefonicznej, pracownik Towarzystwa:
  - potwierdzi tożsamość Ubezpieczonego,
  - zarejestruje zgłoszenie roszczenia,
  - wskaże Ubezpieczonemu adres internetowy, pod którym dostępny jest internetowy formularz zgłoszenia roszczenia.
- Do internetowego formularza zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony powinien dołączyć dokumenty informujące o zdarzeniu ubezpieczeniowym (dokumenty należy dostarczyć w języku polskim lub języku angielskim):
  - rozpoznanie medyczne, posiadani diagnozę, plan leczenia, zdjęcia z badań obrazowych wraz z opisami i wynikami badań laboratoryjnych,
  - informacje o reakcji na dotychczasowe leczenie, obecny status dolegliwości zdrowotnej, aktualne badania lekarskie, przebieg dolegliwości zdrowotnej, oznaki, objawy,
  - krótka historia stanu zdrowia Ubezpieczonego – włączając codzienny tryb życia, nawyki, przebyte operacje, listę przyjmowanych leków, przewlekłe problemy ze zdrowiem, alergie oraz historię chorób w rodzinie.
- Ekspertyza opinia medyczna przekazywana jest Ubezpieczonemu w formie elektronicznej, na adres e-mail wskazany przez niego w internetowym formularzu zgłoszenia roszczenia.
- Do wniosku o wypłatę świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć:
  - kopię dokumentu tożsamości lub poprawnie wypełniony formularz wypisu z dokumentu tożsamości znajdujący się na stronie internetowej Towarzystwa,
  - w przypadku, gdy OWU lub OWDU uzależnia wypłatę lub wysokość świadczenia od informacji określonych umowie ubezpieczenia w ramach, której Ubezpieczony objęty był ochroną ubezpieczeniową w okresie bezpośrednio poprzedzającym zawarcie z Towarzystwem umowy ubezpieczenia w zakresie Umowy Podstawowej oraz Umowy Dodatkowej – dokument potwierdzający wysokości świadczeń z poprzedniej umowy ubezpieczenia oraz datę początku podlegania ochronie ubezpieczeniowej, zakres

**POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

**§ 13.**

- ochrony, a także dokument potwierdzający zakończenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tej umowy o ile dokumenty te nie zostały doręczone do Towarzystwa przed dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 3) w przypadku zdarzenia ubezpieczeniowego będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku:
    - a) dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności nieszczęśliwego wypadku lub w postępowaniu sądowym, o ile tego typu postępowania były prowadzone,
    - b) wyrok sądu, dotyczący okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku, o ile został wydany,
    - c) dokument medyczny potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy medycznej,
    - d) numer rachunku bankowego, na który Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia, o ile wypłata ma być dokonana na rachunek bankowy.
  8. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu: operacji chirurgicznej Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, pobytu na OIOM Ubezpieczonego, rekonwalescencji Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub leczenia poszpitalnego Ubezpieczonego do wniosku o wypłatę świadczenia oprócz dokumentów wskazanych w ust. 7 należy dołączyć kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis).
  9. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy i samodzielnej egzystencji w wyniku nieszczęśliwego wypadku do wniosku o wypłatę świadczenia oprócz dokumentów wskazanych w ust. 7 należy dołączyć:
    - 1) dokumentację medyczną dotyczącą przyczyny powstania całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego,
    - 2) orzeczenie lub orzeczenia wydane wobec Ubezpieczonego po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, o całkowitej niezdolności do pracy oraz samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego na łączny okres dłuższy niż 5 lat w związku z uznaniem, iż według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy przed upływem tego okresu, o ile zostało wydane,
    - 3) dane adresowe placówek medycznych, w których Ubezpieczony był leczony.
  10. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu rekonwalescencji Ubezpieczonego po pobycie w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku do wniosku o wypłatę świadczenia oprócz dokumentów wskazanych w ust. 7 i ust. 8 należy dołączyć kopię zwolnienia lekarskiego.
  11. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu zgonu Małżonka/Konkubenta Ubezpieczonego do wniosku o wypłatę świadczenia oprócz dokumentów wskazanych w ust. 7 należy dołączyć:
    - 1) odpis skrócony aktu zgonu Małżonka/Konkubenta,
    - 2) kartę zgonu Małżonka/Konkubenta, z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon) bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu.
  12. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego do wniosku o wypłatę świadczenia oprócz dokumentów wskazanych w ust. 7 należy dołączyć następujące dokumenty potwierdzające wystąpienie poważnego zachorowania:

	poważne zachorowanie	Dokumenty potwierdzające wystąpienie poważnego zachorowania
a)	niewydolność nerek	dowody przewlekłego dializowania lub przebiecia operacji transplantacji nerek
b)	operacja aorty	dowód przebiecia operacji wraz z opisem (protokołem) operacji i wynikami badań
c)	przeszczep narządu	dowód przebiecia operacji wraz z opisem (protokołem) operacji i wynikami badań
d)	udar mózgu	dowody na istnienie trwałych następstw i objawów neurologicznych oraz wyniki tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego lub badania neuroobrazowego albo protokołów badania sekcyjnego, w którym wskazano udar mózgu jako przyczynę zgonu
e)	operacja wszczepienia zastawki serca	dowód przebiecia operacji wraz z opisem (protokołem) operacji i wynikami badań
f)	operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass)	dokumentacja medyczna potwierdzająca przebiecie operacji wraz z opisem (protokołem) operacji i wynikami badań
g)	zawał serca	dokumentacja medyczna zawierająca opis występowania typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej; elektrokardiogram z zapisem obecności nowych, dotychczas niewystępujących, zmian w zapisie elektrokardiograficznym charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego; wyniki badań biochemicznych dotyczących wzrostu aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium

13. Przed podjęciem decyzji odnośnie wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa, jeżeli jest to niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
14. Dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia powinny być doręczone w oryginale lub jako kopie. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do żądania przedłożenia oryginałów dokumentów lub kopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez pracownika Towarzystwa albo inną upoważnioną przez Towarzystwo osobę, urzędnika administracji publicznej lub notariusza.
15. Towarzystwo może zwrócić się do osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia o przedstawienie dodatkowych dokumentów, jeżeli są one niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia.
16. Towarzystwo może zwrócić się także do tłumaczenia przedstawionych dokumentów na język polski, sporządzonych przez tłumacza przysięgłego, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na terytorium innego państwa niż Rzeczpospolita Polska i dokumenty sporządzone zostały w języku innym niż język polski.

1. Niniejsze OWDU wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2022 r.
2. Niniejsze OWDU zatwierdzone zostały Uchwałą Nr 27/05/2022 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 31 maja 2022 r. i mają zastosowanie do Umów Podstawowych, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lipca 2022 r. lub w terminie późniejszym, w przypadku których nastąpiło rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe przewidziane w Umowie Dodatkowej.



Artur Borowiński  
Prezes Zarządu



Piotr Tański  
Członek Zarządu

# ZAŁĄCZNIK NR 1

## TABELA OPERACJI CHIRURGICZNYCH

### Grupa A

Lp.	Nazwa procedury	Grupa
1	Całkowite wycięcie okrężnicy	A
2	Całkowite wycięcie okrężnicy i odbytnicy	A
3	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	A
4	Całkowite wycięcie przelyku	A
5	Całkowite wycięcie trzustki	A
6	Całkowite wycięcie żołądka	A
7	Częściowe usunięcie rdzenia kręgowego	A
8	Częściowe wycięcie tchawicy	A
9	Drenaż przestrzeni podoponowej	A
10	Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	A
11	Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	A
12	Operacja naprawcza pękniętej przepony	A
13	Operacja naprawcza przelyku	A
14	Operacja naprawcza tętnicy płucnej	A
15	Otwarcie czaszki	A
16	Rekonstrukcja krtani	A
17	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	A
18	Rekonstrukcja opony twardej	A
19	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	A
20	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	A
21	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	A
22	Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	A
23	Rekonstrukcja tętnicy udowej	A
24	Rozległa resekcja tkanki mózgowej	A
25	Wszczępienie protezy kończyny	A
26	Wycięcie gardła	A
27	Wycięcie esicy	A
28	Wycięcie głowy trzustki	A
29	Wycięcie jelita czczego	A
30	Wycięcie jelita krętego	A
31	Wycięcie krtani	A
32	Wycięcie odbytnicy	A
33	Wycięcie osierdzia	A
34	Wycięcie płuca	A
35	Wycięcie przelyku i żołądka	A
36	Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem (z wyłączeniem koagulacji laserowej lub fotokoagulacji)	A
37	Zespolenie omijające przelyku	A

### Grupa B

Lp.	Nazwa procedury	Grupa
38	Amputacja rąca	B
39	Całkowita endoprotezoplastyka stawu biodrowego	B
40	Całkowite wycięcie nerki	B
41	Całkowite wycięcie sutka	B
42	Częściowe wycięcie żołądka	B
43	Drenaż okolicy zmiany tkanki mózgowej	B
44	Katarakta – usunięcie obustronne	B
45	Lewostronna hemikolektomia	B
46	Odległy przeszczep płata skóro-mięśniowego	B
47	Operacja dotycząca przestrzeni podpajęczynówkowej mózgu	B
48	Plastyka tchawicy	B
49	Protezowanie głowy kości udowej	B
50	Resekcja poprzeczniczy	B
51	Rozszerzona prawostronna hemikolektomia	B
52	Wycięcie dwunastnicy	B
53	Wycięcie odbytu	B
54	Wycięcie oplotkowej metodą otwartą	B

### Grupa C

Lp.	Nazwa procedury	Grupa
55	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	C
56	Amputacja kończyny górnej na wysokości ramienia	C
57	Amputacja nosa	C

58	Całkowita endoprotezoplastyka innych stawów	C
59	Częściowe usunięcie oskrzela	C
60	Częściowe wycięcie nerki	C
61	Częściowe wycięcie przelyku	C
62	Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	C
63	Częściowe wycięcie wątroby	C
64	Endoskopowa operacja wątroby z użyciem laparaskopu	C
65	Gastrostomia	C
66	Jejunostomia	C
67	Katarakta – usunięcie jednostronne	C
68	Nacięcie nerki	C
69	Obustronne wycięcie jąder	C
70	Operacja ciała szklistego	C
71	Operacja dotycząca krezki jelita	C
72	Operacja dotycząca sieci	C
73	Operacja dotycząca tylnej ściany jamy otrzewnej	C
74	Operacja naprawcza błony bębenkowej	C
75	Operacja naprawcza gardła	C
76	Operacja naprawcza tętnicy	C
77	Operacja naprawcza moczowodu	C
78	Operacja naprawcza odbytu	C
79	Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	C
80	Operacja naprawcza powrózka nasiennego	C
81	Operacja naprawcza przewodu żółciowego (nie dotyczy zabiegu przezskórnego)	C
82	Operacja śródpiersia metodą otwartą (nie obejmuje biopsji diagnostycznych)	C
83	Operacja śródpiersia przy użyciu endoskopu	C
84	Operacyjna plastyka oczodołu	C
85	Operacyjne umieszczenie endoprotezy kości	C
86	Otwarcie wyrostka sutkowatego	C
87	Otwarta operacja ostrogi tchawicy	C
88	Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	C
89	Protezowanie głowy kości ramiennej	C
90	Protezowanie tchawicy metodą otwartą	C
91	Przeszczep mięśnia	C
92	Przeszczep płata skórnego z unerwieniem	C
93	Przeznaczeniowa operacja aorty	C
94	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu metodą otwartą	C
95	Reimplantacja innego narządu	C
96	Reimplantacja kończyny dolnej	C
97	Reimplantacja kończyny górnej	C
98	Reimplantacja moczowodu	C
99	Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	C
100	Rekonstrukcja innej struktury jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	C
101	Rekonstrukcja nerwu obwodowego metodą mikrochirurgiczną	C
102	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	C
103	Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	C
104	Rewizja po rekonstrukcji tętnicy	C
105	Rewizja zespolenia jelita krętego	C
106	Rewizja zespolenia przelyku	C
107	Śródbrzuszne manipulacje na jelicie	C
108	Terapeutyczna operacja gardła przy użyciu endoskopu (nie obejmuje usunięcia ciała obcego z gardła bez nacięcia)	C
109	Terapeutyczna operacja jelita czczego przy użyciu endoskopu	C
110	Terapeutyczna operacja jelita krętego przy użyciu endoskopu	C
111	Ufiksowanie odbytnicy metodą otwartą	C
112	Wentrykulostomia	C
113	Wprowadzenie endoprotezy przelyku metodą otwartą	C
114	Wycięcie cewki moczowej	C
115	Wycięcie gałki ocznej	C
116	Wycięcie tętnicy	C
117	Wycięcie języka	C
118	Wycięcie macicy	C
119	Wycięcie moczowodu	C
120	Wycięcie nadnercza	C
121	Wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą otwartą	C

122	Wycięcie żuchwy	C
123	Wylonienie jelita ślepego	C
124	Wytworzenie ileostomii	C
125	Wytworzenie przetoki przełykowej	C
126	Zabieg naprawczy nerki metodą otwartą	C
127	Otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	C
128	Zespolenie omijające dwunastnicy	C
129	Zespolenie omijające jelita czczego	C
130	Zespolenie omijające jelita krętego	C
131	Zespolenie omijające okrężnicy	C
132	Zespolenie omijające przełyk	C
133	Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	C

#### Grupa D

Lp.	Nazwa procedury	Grupa
134	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia i stawu skokowego	D
135	Amputacja ręki na wysokości nadgarstka D	D
136	Całkowita rekonstrukcja kciuka	D
137	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	D
138	Częściowe rozdzielenie ścięgna mięśnia okoruchowego	D
139	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	D
140	Drenaż osierdzia	D
141	Endoskopowa operacja w obrębie ujścia pęcherza moczowego u mężczyzny	D
142	Endoskopowa operacja zwiększająca pojemność pęcherza	D
143	Jednostronne wycięcie jądra	D
144	Kątowe okolostawowe rozdzielenie kości	D
145	Korekcja deformacji wargi	D
146	Korekcja usztywnienia stawów kręgosłupa	D
147	Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	D
148	Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	D
149	Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry	D
150	Nacięcie osierdzia	D
151	Nastawienie złamania innych kości twarzy metodą otwartą	D
152	Nastawienie złamania szczęki metodą otwartą	D
153	Nastawienie złamania żuchwy metodą otwartą	D
154	Odbarczenie złamania kręgosłupa metodą otwartą	D
155	Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	D
156	Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno-powięziowego	D
157	Wycięcie kaletki maziowej	D
158	Operacja naprawcza najądrza	D
159	Operacja naprawcza cewki moczowej	D
160	Operacja naprawcza czaszki	D
161	Operacja naprawcza mięśnia (nie dotyczy prostego szycia mięśnia)	D
162	Operacja naprawcza rogówki	D
163	Operacja stabilizująca staw metodą otwartą	D
164	Operacja opłucnej przy użyciu endoskopu	D
165	Operacja wodniaka jądra	D
166	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	D
167	Otwarte chirurgiczne złamanie kości	D
168	Pierwotna operacja naprawcza ścięgna	D
169	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	D
170	Otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją zewnętrzną	D
171	Plastyka nosa	D
172	Plastyka rogówki	D
173	Plastyka ucha zewnętrznego	D
174	Powiększenie pęcherza	D
175	Wycięcie torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	D
176	Protezowanie gałki ocznej	D
177	Protezowanie jądra	D
178	Protezowanie stawu innej kości	D
179	Protezowanie ścięgna	D
180	Przełożenie ścięgna	D
181	Przeszczep płata skóry owłosionej	D
182	Przeszczep płata słuzówki	D
183	Przeszczep powięzi	D
184	Przeszczepienie innej tkanki do skóry	D
185	Rekonstrukcja powieki	D
186	Repozycja mięśnia okoruchowego	D
187	Rewizja ileostomii	D
188	Rewizja protezy gałki ocznej	D
189	Rozcięcie kąta szpary powiekowej	D

190	Rozdzielenie trzonu kości	D
191	Siatkowy autoprzyszczep skóry	D
192	Tracheostomia (nie obejmuje tracheostomii czasowej)	D
193	Unieruchomienie złamania kręgosłupa metodą otwartą	D
194	Usunięcie mięśnia okoruchowego	D
195	Usunięcie moszny	D
196	Uwolnienie przykurczu mięśnia metodą otwartą	D
197	Uwolnienie ścięgna metodą otwartą	D
198	Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą	D
199	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości ze stabilizacją	D
200	Wycięcie kości twarzy	D
201	Wycięcie nerwu obwodowego	D
202	Wycięcie pochewki ścięgna	D
203	Wycięcie powięzi brzucha	D
204	Wycięcie ścięgna	D
205	Wycięcie tęczówki	D
206	Wycięcie ucha zewnętrznego	D
207	Wytworzenie przetoki moczowodowej	D
208	Zmiana długości ścięgna	D
209	Zniszczenie nerwu obwodowego	D

#### Grupa E

Lp.	Nazwa procedury	Grupa
210	Amputacja palucha	E
211	Częściowe wycięcie wargi	E
212	Drenaż kości	E
213	Drenaż otwarty jamy otrzewnej	E
214	Drenaż przez okolice krocza	E
215	Drenaż ucha środkowego	E
216	Korekcja deformacji powieki	E
217	Korekcja usztywnienia (artrodezy) innego stawu	E
218	Nacięcie języka	E
219	Nacięcie powieki	E
220	Nacięcie spojówki	E
221	Nacięcie sutka	E
222	Nacięcie torebki soczewki oka	E
223	Ochronne zeszywanie szpary powiekowej	E
224	Operacja chrząstki półksiężycowatej metodą otwartą	E
225	Operacja kanału łzowego	E
226	Operacja naprawcza pochwy	E
227	Operacja naprawcza spojówki	E
228	Operacja naprawcza w obrębie sromu	E
229	Operacja nosa zewnętrznego	E
230	Operacja przegrody nosa	E
231	Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno-powięziowego	E
232	Operacja w zakresie ujścia cewki moczowej	E
233	Operacja w zakresie ujścia moczowodu	E
234	Operacja w zakresie kikuta po amputacji	E
235	Operacyjna tamponada krwawienia z nosa	E
236	Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
237	Pierwotne operacyjne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	E
238	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) innego stawu kręgosłupa	E
239	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	E
240	Protezowanie prącia	E
241	Przecięcie osierdzia	E
242	Rozdzielenie kości stopy	E
243	Rozdzielenie żuchwy	E
244	Stabilizacja żuchwy	E
245	Terapeutyczna endoskopia cewki moczowej	E
246	Terapeutyczna endoskopia stawu/atroskopia operacyjna	E
247	Terapeutyczna operacja krtani przy użyciu endoskopu	E
248	Terapeutyczna operacja moczowodu przez ureteroskop	E
249	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu z przeszczepem kostnym	E
250	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	E
251	Uwolnienie przykurczu stawu metodą otwartą	E
252	Wtórna operacja naprawcza ścięgna	E
253	Wyciąg szkieletowy kości	E
254	Wycięcie mięśnia	E
255	Wzmocnienie ścięgna protezą	E
256	Usunięcie zespolenia po otwartym nastawieniu złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	E

**SENIOR**

**ANEKS NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UMOWY DODATKOWEJ DO UMOWY ZBIOROWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE SENIOR O SYMBOLU BRP-0122**

**§ 1.**

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień ogólnych warunków umowy dodatkowej do umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie SENIOR o symbolu BRP-0122 zatwierdzonych przez Zarząd Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group uchwałą nr 27/05/2022 z dnia 31 maja 2022 r. wprowadza się następujące zmiany mające zastosowanie do Umów Podstawowych, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2023 r. lub w terminie późniejszym, w przypadku których nastąpiło rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej o dodatkowe zdarzenia ubezpieczeniowe przewidziane w Umowie Dodatkowej:

**1. § 1 ust. 16 otrzymuje nowe następujące brzmienie:**

„16. **instytucja medyczna** – wykwalifikowany podmiot leczniczy, udzielający, zgodnie z przepisami obowiązującymi w miejscu jego siedziby w państwie członkowskim Unii Europejskiej, z wyłączeniem Polski, bądź innym państwie zapewniającym odpowiednią jakość świadczeń opieki zdrowotnej, zasadniczo odpowiadającą jakości zapewnianej w Unii Europejskiej, świadczeń opieki medycznej przy pomocy wykwalifikowanej kadry lekarskiej i pielęgniarskiej. Instytucja medyczna jest podmiotem niezależnym od Towarzystwa.”

**2. § 1 ust. 17 otrzymuje nowe następujące brzmienie:**

„17. **dolegliwość zdrowotna** – choroba (rozumiana jako stan organizmu, polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpieczonego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt) lub uraz (rozumiany jako uszkodzenie tkanek ciała lub narządów Ubezpieczonego wskutek działania czynnika zewnętrznego, który z medycznego punktu widzenia nie może być zakwalifikowany jako choroba lub czynnik chorobotwórczy doznany przez Ubezpieczonego niezależnie od jego woli), których pierwsza diagnoza postawiona przez Lekarza w Polsce lub wystąpienie pierwszych objawów udokumentowanych badaniami lekarskimi miały miejsce w Okresie ubezpieczenia dodatkowego, wyłącznie z zakresu:

- onkologii – wszystkie rodzaje nowotworów,
- kardiologii i kardiologii – choroba niedokrwienności serca, zawał serca, zaburzenia rytmu serca/arytmia, niewydolność serca, choroby zastawek serca, wrodzone wady serca, kardiomiopatie, choroby osierdzia, choroby aorty, choroby naczyniowe,
- neurochirurgii – guzy mózgu, choroby neuronacyninowe, zaburzenia neuroendokrynne, choroby podstawy czaszki, choroby ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego, choroby kręgosłupa i mózgu wynikające z Urazu,
- ortopedii – choroba zwyrodnieniowa stawów, reumatoidalne zapalenie stawów, zapalenie kaletki maziowej, bóle i urazy łokcia, fibromialgia, bóle i urazy stopy, złamania, bóle i urazy biodra, bóle i urazy kolana, bóle i urazy dłoni, przewlekłe bóle kręgosłupa, kifoza i skolioza, bóle i urazy szyi, osteoporoza, Choroba Pageta kości, bóle i urazy barku.” w §10 dodaje się ust. 11 w brzmieniu:

**3. § 1 ust. 18 otrzymuje nowe następujące brzmienie:**

„18. **lekarz w Polsce** – lekarz będący specjalistą z zakresu doznanej przez Ubezpieczonego dolegliwości zdrowotnej, który na terenie Polski zdiagnozował dolegliwość zdrowotną.”

**4. § 3 ust. 1 pkt 1) otrzymuje nowe następujące brzmienie:**

„1) weryfikację diagnozy postawionej przez lekarza w Polsce (jeśli była postawiona).”

**5. § 3 ust. 1 pkt 2) otrzymuje nowe następujące brzmienie:**

„2) weryfikację planu leczenia zaleconego przez lekarza w Polsce (jeśli był zalecony).”

**6. § 3 ust. 3 otrzymuje nowe następujące brzmienie:**

„3. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do spełnienia dwóch świadczeń, tj. sporządzenia i wydania dwóch EOM dla Ubezpieczonego w każdym 12-miesięcznym okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, przy czym pierwszy ww. 12-miesięczny okres trwania odpowiedzialności Towarzystwa liczony jest od pierwszego dnia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, wskazanego na polisie ubezpieczeniowej.”

**7. § 12 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie:**

„2. Z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego dolegliwości zdrowotnej Towarzystwo spełnia świadczenie wydania Ekspertki opinii medycznej na zasadach wskazanych w OWU i w terminie 14 dni od dnia wypełnienia i wysłania internetowego formularza zgłoszenia roszczenia, o którym mowa w ust. 5, pod warunkiem spełnienia wymogów opisanych w ust. 3 – ust. 5.”

**8. § 12 ust. 5 otrzymuje nowe następujące brzmienie:**

„5. Do internetowego formularza zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony powinien dołączyć dokumenty informujące o zdarzeniu ubezpieczeniowym (dokumenty należy dostarczyć w języku polskim lub języku angielskim. Koszt tłumaczenia dostarczonych przez Ubezpieczonego dokumentów na język, którym posługuje się lekarz z instytucji medycznej, pokrywa Towarzystwo):

- rozpoznanie medyczne, posiadaną diagnozę, plan leczenia, zdjęcia z badań obrazowych wraz z opisami i wynikami badań laboratoryjnych,
- informacje o reakcji na dotychczasowe leczenie, obecny status dolegliwości zdrowotnej, aktualne badania lekarskie, przebieg dolegliwości zdrowotnej, oznaki, objawy,
- krótką historię stanu zdrowia Ubezpieczonego – włączając codzienny tryb życia, nawyki, przebyte operacje, listę przyjmowanych leków, przewlekłe problemy ze zdrowiem, alergie oraz historię chorób w rodzinie.”

**9. § 12 ust. 6 otrzymuje nowe następujące brzmienie:**

„6. Ekspertka opinia medyczna przekazywana jest Ubezpieczonemu w formie elektronicznej, w języku polskim, na adres e-mail wskazany przez niego w internetowym formularzu zgłoszenia roszczenia.”

**§ 2.**

10. W zakresie nieuregulowanym niniejszym aneksem zastosowanie mają postanowienia ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu.

11. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 20/12/2022 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 15 grudnia 2022 r. wchodzi w życie z dniem 15 grudnia 2022 roku.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Informacja o wymogu podania danych:

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

Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.





**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, +48 22 501 61 00