

# SUPER NETTO



# Ubezpieczenie na życie i dożycie Super Netto

## Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

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

Produkt: **Super Netto OWU BRP-1818**

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

### Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Dobrowolne ubezpieczenie na życie i dożycie do końca okresu ubezpieczenia, według załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej - dział I, grupa 1. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć na okres 1, 3 lub 6 miesięcy polisowych. We wniosku o zawarcie umowy Ubezpieczający może złożyć dyspozycję przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejne okresy ubezpieczenia na warunkach obowiązujących w dniu wypłaty świadczenia (przedłużenie umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie na taki sam okres, na jaki umowa ubezpieczenia została zawarta) oraz przeznaczenia przysługującego mu świadczenia z tytułu dożycia jako składki ubezpieczeniowej należnej z tytułu przedłużenia umowy ubezpieczenia



### Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

**Życie Ubezpieczonego.** Towarzystwo wypłaca osobom uprawnionym następujące rodzaje świadczeń w wysokości odpowiadającej procentowi sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu wystąpienia zdarzenia:

- ✓ z tytułu dożycia przez Ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia: 100%
- ✓ z tytułu zgonu Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia: 100%
- ✓ z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w okresie ubezpieczenia (świadczenie dodatkowo płatne niezależnie od świadczenia z tytułu zgonu): 10%

Pełny zakres odpowiedzialności Towarzystwa oraz rodzaje i wysokość świadczeń wskazane są w § 3 OWU i w § 4 OWU

Sumę ubezpieczenia ustalają strony umowy przy zawieraniu umowy ubezpieczenia na podstawie taryfy składek ubezpieczenia obowiązującej w Towarzystwie w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia

Istnieje możliwość podwyższenia sumy ubezpieczenia w przypadku dokonania przez Ubezpieczającego wpłaty składki dodatkowej

Minimalna składka dodatkowa wynosi 1.000 PLN

Pełne informacje o sumie ubezpieczenia zawarte są w § 12 OWU



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

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego (bez względu na przyczynę) jest ograniczona do wypłaty osobie uprawnionej świadczenia w wysokości wpłaconej składki, pomniejszonej o koszty udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił wskutek lub w bezpośrednim związku z:

- ! popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa umyślnego
- ! działań wojennych, stanu wyjątkowego i wojennego
- ! udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, lokautach, rozruchach
- ! skażenia chemicznego, radioaktywnego, jonizującego lub katastrofy nuklearnej
- ! popełnienia samobójstwa w okresie pierwszych 24 miesięcy obowiązywania umowy ubezpieczenia
- ! zatrucia spowodowanego spożywaniem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających bądź nadużyciem leków

Szczegółowe informacje dotyczące ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 15 OWU



### Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Na terenie całego świata



### Jakie są kluczowe prawa i obowiązki Ubezpieczającego / Ubezpieczonego?

**Ubezpieczający / Ubezpieczony zobowiązany jest:**

- jednorazowo opłacić należną składkę ubezpieczeniową
- udzielić odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia
- informować Towarzystwo o każdorazowej zmianie adresu korespondencyjnego

**Ubezpieczający / Ubezpieczony ma prawo:**

- złożyć wniosek o wykup ubezpieczenia przed upływem okresu ubezpieczenia
- podwyższyć sumę ubezpieczenia w przypadku dokonania wpłaty składki dodatkowej w przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia
- odstąpić od umowy ubezpieczenia
- złożyć reklamację
- wytoczyć powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia
- wskazać Beneficjenta (osobę uprawnioną do świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego), a także w każdym czasie zmienić lub odwołać Beneficjenta, a także zmienić udziały poszczególnych Beneficjentów w kwocie świadczenia



## Jak i kiedy należy opłacać składki?

**Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać składkę jednorazowo z góry, za cały zadeklarowany okres ubezpieczenia**

Składka ubezpieczeniowa wyliczana jest na podstawie taryfy składek ubezpieczenia na życie i dożycie SUPER NETTO

Wysokość składki jest zależna od sumy ubezpieczenia na jaką zostaje zawarta umowa ubezpieczenia

Minimalna wysokość składki wynosi 10.000 PLN

Maksymalna wysokość składki wynosi 1.000.000 PLN



## Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu potwierdzonym w polisie

Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się następnego dnia roboczego po złożeniu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczeniowej i uznaniu na rachunku Towarzystwa kwoty należnej składki ubezpieczeniowej w pełnej wysokości

**Ochrona ubezpieczeniowa kończy się we wcześniejszym dniu:**

- odstąpienia Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia
- zgonu Ubezpieczonego
- złożenia wniosku o wykup ubezpieczenia
- upływu okresu, na jaki umowa ubezpieczenia została zawarta



## Jak zawnioskować o wypłatę świadczenia?

- Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia powinna złożyć pisemne zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową
- W zależności od zdarzenia stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa potrzebne są dokumenty wskazane w § 18 ust. 5 OWU
- Pełne informacje dotyczące określenia osób uprawnionych do otrzymania świadczeń, zasad ustalania i wypłaty świadczenia wskazane są w § 17 oraz w § 18 OWU



## Kto i w jaki sposób może złożyć reklamację?

prawo złożenia reklamacji przysługuje Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Beneficjentowi lub osobie uprawnionej do świadczenia będącymi osobą fizyczną (w tym osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej), jak również Ubezpieczającemu oraz poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej będącymi osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej przysługuje prawo do złożenia reklamacji, przy czym w przypadku ww. osób fizycznych przez reklamację należy rozumieć wystąpienie skierowane do Towarzystwa, w którym osoba wnosząca reklamację zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo

reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa, w której zakresie jest obsługa osób wskazanych powyżej

reklamację można złożyć w formie:

- pisemnej (osobiste złożenie pisma w jednostce, o której mowa w ust. 2) powyżej lub siedzibie Towarzystwa albo listownie)
- ustnej (telefonicznie na numer telefonu 22 867 66 67)
- ustnej (osobiście w jednostce, o której mowa w ust. 2) powyżej lub siedzibie Towarzystwa do protokołu, elektronicznej na adres e-mail reklamacje@compensazycie.com.pl – wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Beneficjenta oraz osoby uprawnionej do świadczenia będących osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej)



## Kto może złożyć skargę i jaki jest tryb jej rozpatrywania?

- 1) prawo złożenia skargi lub zażalenia przysługuje podmiotom, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji
  - 2) do skargi lub zażalenia zastosowanie znajdują postanowienia § 19 OWU dotyczące reklamacji, z wyłączeniem § 19 ust. 9 OWU
- Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że ze skarżącym lub składającym zażalenie uzgodniono inną formę odpowiedzi (w tym drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail)



## Jak rozwiązać umowę?

**Ubezpieczający ma prawo:**

- odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia
- złożyć wniosek o wykup ubezpieczenia – w dniu złożenia Towarzystwu wniosku o wykup ubezpieczenia, umowa wygasa

Wniosek o wykup ubezpieczenia złożony w ciągu 30 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia traktowany jest jako odstąpienie od umowy ubezpieczenia, a złożony po upływie 30 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia jako wypowiedzenie umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I DOŻYCIE  
SUPER NETTO  
BRP-1818**

<b>RODZAJ INFORMACJI</b>	<b>NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ Z WZORCA UMOWNEGO</b>
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§2, §3, §4, §16, §17, §18
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§2, §15

## SUPER NETTO

### OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I DOŻYCIE SUPER NETTO BRP-1818

#### I. POSTANOWIENIA WSTĘPNE

##### § 1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia na życie i dożycie SUPER NETTO o symbolu BRP-1818 (zwane dalej OWU), mają zastosowanie do umów ubezpieczenia na życie i dożycie SUPER NETTO (dalej: umowa ubezpieczenia) zawieranych pomiędzy Compensa Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342, Al. Jerozolimskie 162, zwaną dalej Towarzystwem, a Ubezpieczającym.

#### II. DEFINICJE

##### § 2.

Ilkroć w OWU użyto określenia:

- 1) **Ubezpieczający** – rozumie się przez to osobę fizyczną, będącą stroną zawartej z Towarzystwem umowy ubezpieczenia, zobowiązaną do opłacania należnej składki,
- 2) **Ubezpieczony** – rozumie się przez to osobę fizyczną, której życie jest objęte ochroną ubezpieczeniową. Dla potrzeb niniejszych OWU Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym,
- 3) **Beneficjent** – rozumie się przez to osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego,
- 4) **suma ubezpieczenia** – rozumie się przez to kwotę pieniężną, będącą podstawą wymiaru świadczeń wypłacanych przez Towarzystwo z tytułu wystąpienia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową,
- 5) **nieszczęśliwy wypadek** – rozumie się przez to zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego, w następstwie którego Ubezpieczony zmarł. W rozumieniu OWU do kategorii nieszczęśliwego wypadku nie zalicza się wypadków zaistniałych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową oraz zawału serca i udaru mózgu.

#### III. ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

##### § 3.

1. Towarzystwo obejmuje ochroną ubezpieczeniową życie Ubezpieczonego i zobowiązuje się do wypłaty świadczenia w przypadku:
  - 1) dożycia przez Ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia,
  - 2) zgonu Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia,
  - 3) zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w okresie ubezpieczenia.

#### IV. RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

##### § 4.

1. Z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową Towarzystwo wypłaca osobom uprawnionym następujące rodzaje świadczeń w wysokości odpowiadającej procentowi sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu wystąpienia zdarzenia:
  - 1) z tytułu dożycia przez Ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia – 100%,
  - 2) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia – 100%,
  - 3) z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w okresie ubezpieczenia (świadczenie płatne dodatkowo niezależnie od świadczenia, o którym mowa w pkt 2) powyżej) – 10%.

#### V. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

##### wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia

##### § 5.

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, skierowanego do Towarzystwa na formularzu Towarzystwa.
2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1 powyżej Ubezpieczający składa osobiście.
3. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do sporządzenia nowego wniosku lub jego uzupełnienia w wyznaczonym terminie.
4. W sytuacji, o której mowa w ust. 3 powyżej, zawarcie umowy ubezpieczenia ulega zawieszeniu do czasu usunięcia przez Ubezpieczającego przeszkód uniemożliwiających zawarcie umowy ubezpieczenia.

#### warunki zawarcia umowy ubezpieczenia

##### § 6.

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta jeżeli zostaną spełnione łącznie następujące warunki:
  - 1) Ubezpieczający ma pełną zdolność do czynności prawnych i nie ukończył 65 roku życia,
  - 2) Ubezpieczający opłacił należną składkę ubezpieczeniową w pełnej wysokości.
2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo zaproponowania zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odrzucenia wniosku bez podania przyczyny.

#### okres ubezpieczenia

##### § 7.

1. Okres ubezpieczenia określa się w miesiącach polisowych.
2. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć na okres 1, 3 lub 6 miesięcy polisowych.
3. We wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia Ubezpieczający może złożyć dyspozycję przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejne okresy ubezpieczenia na warunkach obowiązujących w dniu wypłaty świadczenia (przedłużenie umowy ubezpieczenia może

nastąpić wyłącznie na taki sam okres, na jaki umowa ubezpieczenia została zawarta) oraz przeznaczenia przysługującego mu świadczenia z tytułu dożycia, z zastrzeżeniem postanowień § 21 ust. 7 OWU, jako składki ubezpieczeniowej należnej z tytułu przedłużenia umowy ubezpieczenia.

4. Ubezpieczający może odwołać dyspozycję, o której mowa w ust. 3 powyżej, składając w Towarzystwie oświadczenie w formie pisemnej, na co najmniej 5 dni roboczych przed końcem okresu ubezpieczenia, na jaki umowa ubezpieczenia została zawarta lub przedłużona.

#### wskazanie Beneficjenta

##### § 8.

1. Ubezpieczony może we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wskazać Beneficjenta.
2. Ubezpieczony może wskazać więcej niż jednego Beneficjenta i określić procentowo udział Beneficjentów w kwocie świadczenia. Jeżeli udział poszczególnych Beneficjentów w świadczeniu nie zostanie określony, to przyjmuje się, że ich udziały są równe.
3. Ubezpieczony może w każdym czasie zmienić lub odwołać Beneficjenta, wyznaczyć dalszych Beneficjentów, a także zmieniać udziały poszczególnych Beneficjentów w kwocie świadczenia.
4. Ubezpieczony dokonuje zmian, o których mowa w ust. 3 powyżej na piśmie.

#### polisa ubezpieczeniowa

##### § 9.

1. Zawarcie umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza wystawieniem polisy.
2. Umowę uważa się za zawartą ze wskazanym w polisie dniem początku odpowiedzialności.

#### VI. WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

##### odstąpienie od umowy ubezpieczenia

##### § 10.

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

##### § 11.

1. Umowa ubezpieczenia wygasa w dniu:
  - 1) odstąpienia Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
  - 2) zgonu Ubezpieczonego,
  - 3) złożenia wniosku o wykup ubezpieczenia,
  - 4) upływu okresu, na jaki umowa ubezpieczenia została zawarta.

#### VII. SUMA UBEZPIECZENIA

##### § 12.

1. Sumę ubezpieczenia ustalają strony umowy ubezpieczenia przy zawieraniu umowy ubezpieczenia na podstawie Taryfy składek ubezpieczenia na życie i dożycie SUPER NETTO obowiązującej w Towarzystwie w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia zgodnie z postanowieniami § 7 ust. 3 OWU, suma ubezpieczenia może ulec podwyższeniu w przypadku dokonania przez Ubezpieczającego wpłaty składki dodatkowej.
3. Podwyższenie sumy ubezpieczenia następuje od pierwszego dnia następnego okresu ubezpieczenia, pod warunkiem dokonania wpłaty składki dodatkowej na podany przez Towarzystwo rachunek bankowy, w terminie do 3 dnia roboczego poprzedzającego rozpoczęcie kolejnego okresu ubezpieczenia.
4. Minimalna składka dodatkowa wynosi 1.000 PLN (słownie: jeden tysiąc złotych).
5. Towarzystwo zastrzega sobie prawo odmowy podwyższenia sumy ubezpieczenia.
6. W sytuacji, o której mowa w ust. 5 powyżej, o odmowie podwyższenia sumy ubezpieczenia Ubezpieczający poinformowany zostanie pisemnie, a wpłata dokonana przez Ubezpieczającego na poczet składki dodatkowej zostanie zwrócona niezwłocznie na wskazany rachunek bankowy Ubezpieczającego.

#### VIII. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

##### § 13.

1. Składka ubezpieczeniowa wyliczana jest na podstawie Taryfy składek ubezpieczenia na życie i dożycie SUPER NETTO obowiązującej w Towarzystwie w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

2. Wysokość składki jest zależna od sumy ubezpieczenia na jaką zostaje zawarta umowa ubezpieczenia.
3. W przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia zgodnie z postanowieniami § 7 ust. 3 OWU, składka należna z tytułu przedłużenia umowy ubezpieczenia obliczana jest na podstawie Taryfy składek ubezpieczenia na życie i dożycie SUPER NETTO obowiązującej w Towarzystwie w dniu wypłaty świadczenia z tytułu dożycia Ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest opłacić składkę jednorazowo z góry, za cały zadeklarowany okres ubezpieczenia.
5. Minimalna wysokość składki wynosi 10.000 PLN (słownie: dziesięć tysięcy złotych).
6. Maksymalna wysokość składki wynosi 1.000 000 PLN (słownie: jeden milion złotych).

#### **IX. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI** § 14.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia rozpoczyna się następnego dnia roboczego po złożeniu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i uznaniu rachunku Towarzystwa kwotą należnej składki ubezpieczeniowej w pełnej wysokości.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się w dniu wygaśnięcia umowy ubezpieczenia.

#### **X. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI** § 15.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego (bez względu na przyczynę) jest ograniczona do wypłaty osobie uprawnionej świadczenia w wysokości wpłaconej składki, pomniejszonej o koszty udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił wskutek lub w bezpośrednim związku z: popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa umyślnego, działań wojennych, stanu wyjątkowego i wojennego, udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, lokautach, rozruchach, skażenia chemicznego, radioaktywnego, jonizującego lub katastrofy nuklearnej, popełnienia samobójstwa w okresie pierwszych 24 miesięcy obowiązywania umowy ubezpieczenia, zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających, bądź nadużyciem leków.

#### **XI. WYKUP UBEZPIECZENIA** § 16

1. Po upływie okresu przysługującego Ubezpieczającemu na odstąpienie od umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający nabywa prawo do wykupu ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki umowa ubezpieczenia została zawarta.
2. Po upływie okresu, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Ubezpieczający ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia złożyć wniosek o wykup ubezpieczenia, na formularzu Towarzystwa.
3. Do wniosku o wykup ubezpieczenia Ubezpieczający winien dołączyć kserokopię dowodu osobistego lub innego urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczającego.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia ustalana jest dla każdej umowy ubezpieczenia na dzień złożenia Towarzystwu wniosku o wykup ubezpieczenia.
5. Wartość wykupu ubezpieczenia równa jest określonej w Taryfie składek ubezpieczenia na życie i dożycie SUPER NETTO procentowi sumy ubezpieczenia.
6. Wysokość wartości wykupu ubezpieczenia, o której mowa w ust. 5 powyżej potwierdzona jest w polisie ubezpieczeniowej.
7. Wysokość wartości wykupu ubezpieczenia potwierdzona w polisie ulega zmianie w przypadku dokonania przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami § 7 ust. 3 OWU, na warunkach innych niż warunki, na podstawie których została zawarta umowa ubezpieczenia.
8. Towarzystwo informuje Ubezpieczającego na piśmie o zmianie wysokości wartości wykupu ubezpieczenia, w przypadku przedłużenia umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia na warunkach innych niż została zawarta lub przedłużona umowa ubezpieczenia.
9. W dniu złożenia Towarzystwu wniosku o wykup ubezpieczenia, umowa ubezpieczenia wygasa.
10. Towarzystwo przelewa wartość wykupu na wskazany przez Ubezpieczającego rachunek bankowy w terminie 7 dni roboczych od dnia złożenia wniosku o wykup ubezpieczenia.
11. Wniosek o wykup ubezpieczenia złożony w ciągu 30 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia traktowany jest jako odstąpienie Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia, a złożony po upływie 30 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia jako wypowiedzenie umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym.

#### **XII. OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ** § 17.

1. W przypadku dożycia do końca okresu, na jaki umowa ubezpieczenia została zawarta, uprawnionym do otrzymania świadczenia jest Ubezpieczony.
2. W przypadku zgonu Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia (bez względu na przyczynę), uprawnionym do otrzymania świadczenia jest Beneficjent.
3. Wskazanie osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia staje się bezskuteczne, jeżeli umyślnie przyczyniła się ona do śmierci Ubezpieczonego.
4. W przypadku braku wskazania Beneficjenta albo gdy Beneficjent w chwili zgonu Ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje osobom powołanym do spadku po Ubezpieczonym, w częściach określonych w postanowieniu sądu o stwierdzeniu nabycia spadku.

#### **XIII. ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA** § 18.

1. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia, dokonane w wyniku własnych ustaleń poczynionych w postępowaniu, o którym mowa poniżej, umowy zawartej z osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia lub prawomocnego orzeczenia sądu.
2. Osoba uprawniona składa zawiadomienie o zajęciu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w formie pisemnej, do jednostki organizacyjnej Towarzystwa.
3. W terminie do 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia, Towarzystwo podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia.
4. W terminie, o którym mowa w ust. 3 powyżej, Towarzystwo informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub drogą elektroniczną, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia.

5. W zależności od zdarzenia stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, dokumentami, o których mowa w ust. 4 powyżej, są:
  - 1) odpis skrócony aktu zgonu,
  - 2) dokument potwierdzający przyczynę zgonu (np. karta statystyczna do karty zgonu),
  - 3) dokumenty wskazujące związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a zgonem Ubezpieczonego, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił wskutek nieszczęśliwego wypadku.
6. Wszelkie dokumenty roszczeniowe winny mieć postać oryginału bądź kopii uwierzytelnionej przez uprawnionego przedstawiciela Towarzystwa, osobę występującą z roszczeniem, organ właściwy do potwierdzenia dokumentów za zgodność lub osobę wykonującą zawód zaufania publicznego.
7. Towarzystwo spełnia świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego w terminie 14 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia, a świadczenie z tytułu dożycia w ciągu 3 dni roboczych od dnia końca okresu ubezpieczenia.
8. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
9. Jeżeli świadczenie nie zostało wypłacone w terminie, o którym mowa w ust. 7 powyżej, Towarzystwo zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
10. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, Towarzystwo informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
11. Towarzystwo spełnia świadczenie z tytułu dożycia przez Ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia na jego rachunek bankowy, na podstawie dyspozycji zawartej w zgłoszeniu roszczenia.
12. Wypłaty świadczeń z tytułu zgonu Ubezpieczonego dokonywane są przelewem na rachunek bankowy lub w inny uzgodniony z osobą uprawnioną sposób.
13. Jeżeli Ubezpieczony lub Beneficjent nie zgadza się z dokonanyimi ustaleniami w kwestii wysokości przyznanego świadczenia lub odmową zaspokojenia roszczenia, ma prawo zgłosić do Towarzystwa żądanie ponownego rozpatrzenia roszczenia w terminie 30 dni od daty otrzymania oświadczenia w tej sprawie.
14. Powyższe uprawnienie nie koliduje z prawem dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
15. Powództwo o roszczenia wynikające z niniejszej umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub Beneficjenta.
16. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia mogą być również rozwiązywane w sposób polubowny, w szczególności przez Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego.

#### **XIV. SKŁADANIE REKLAMACJI** § 19.

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Beneficjentowi lub osobie uprawnionej do świadczenia będącymi osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej), jak również Ubezpieczającemu oraz poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej będącym osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej przysługuje prawo do złożenia reklamacji, przy czym w przypadku ww. osób fizycznych przez reklamację należy rozumieć wystąpienie skierowane do Towarzystwa, w którym osoba wnosząca reklamację zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa, w której zakresie obowiązków jest obsługa osób wskazanych w ust. 1 powyżej.
3. Osoba wskazana w ust. 1 powyżej może złożyć reklamację w formie:
  - 1) pisemnej – składając osobiście pismo w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub siedzibie Towarzystwa albo listownie,
  - 2) ustnej – telefonicznie na numer telefonu 22 867 66 67,
  - 3) ustnej – osobiście w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub siedzibie Towarzystwa do protokołu podczas wizyty w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub siedzibie Towarzystwa - wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Beneficjenta oraz osoby uprawnionej do świadczenia będących osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej),
  - 4) elektronicznej na adres e-mail reklamacje@compensazycie.com.pl – wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Beneficjenta oraz osoby uprawnionej do świadczenia będących osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej).
4. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia reklamacji, reklamacja powinna zawierać:
  - 1) imię i nazwisko (nazwa firmy) osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację,
  - 2) adres osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację,
  - 3) informację, czy osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca reklamację wyraża zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, a jeżeli tak – również adres e-mail, na który odpowiedź ma zostać przesłana,
  - 4) PESEL/REGON,
  - 5) numer dokumentu ubezpieczenia (numer polisy).
5. Na żądanie osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację Towarzystwo potwierdza złożenie reklamacji na piśmie lub w inny uzgodniony z tą osobą sposób.
6. Z zachowaniem postanowień ust. 7 poniżej, odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Termin wskazany w zdaniu pierwszym uważa się za dotrzymany, jeżeli odpowiedź została wysłana przed jego upływem.
7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 6 powyżej, Towarzystwo w informacji przekazanej osobie wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację:
  - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
  - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone do rozpoznania sprawy,
  - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

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

#### **XV. SKŁADANIE SKARG I ZAŻAŁEŃ § 20.**

1. Podmioty, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji, zgodnie z postanowieniami § 19 OWU, przysługuje prawo złożenia skargi lub zażalenia.
2. Do skargi lub zażalenia określonych w ust. 1 powyżej zastosowanie znajdują postanowienia § 19 OWU dotyczące reklamacji składanych przez Ubezpieczających, Ubezpieczonych, osoby uprawnione do Świadczenia oraz poszukujących ochrony ubezpieczeniowej będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej, z wyłączeniem § 19 ust. 9 OWU. Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że ze skarżącym lub składającym zażalenie uzgodniono inną formę odpowiedzi. Jeśli życzeniem skarżącego lub składającego zażalenie jest otrzymanie odpowiedzi drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail i skarżący lub składający zażalenie wyraził zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, odpowiedź wysyłana jest mu tą drogą.

#### **XVI. POSTANOWIENIA KOŃCOWE § 21.**

1. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego lub osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.
2. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia mogą być również rozwiązywane w sposób polubowny, w szczególności przez Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego.
3. Z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia nie przysługują premie, rabaty lub udziały w zyskach.
4. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych powszechnie obowiązujących aktów prawnych.
5. Wszelkie zmiany w umowie ubezpieczenia powinny być dokonywane na podstawie wniosków w formie pisemnej pod rygorem nieważności, przy czym wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane agentowi ubezpieczeniowemu, tj. przedsiębiorcy wykonującemu działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Towarzystwem i wpisanemu do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego, uznaje się za złożone Towarzystwu, o ile zostały złożone na piśmie lub na innym trwałym nośniku. Wszelkie zmiany wprowadzone w umowie ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza w formie pisemnej poprzez wystawienie aneksu do polisy.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany informować Towarzystwo o każdorazowej zmianie adresu, na który należy kierować przeznaczoną dla Ubezpieczającego korespondencję.
7. Zgodnie z postanowieniami art. 831 § 3 kodeksu cywilnego (z 1964 r. nr 16, poz. 93) świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego nie należą do spadku po Ubezpieczonym. Świadczenie z tytułu dożycia przez Ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia podlega opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych w zakresie dochodu, o którym mowa w art. 24 ust. 15a ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. 2012. 361 j.t. z późniejszymi zmianami).
8. Wszelkie oświadczenia woli związane z umową ubezpieczenia wymagają dla swej ważności zachowania formy pisemnej.
9. Wszelkie opłaty związane z płatnościami składki z tytułu umowy ubezpieczenia, o ile są wymagane, obciążają Ubezpieczającego.
10. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane są na stronie internetowej [www.compensa.pl](http://www.compensa.pl).
11. Niniejsze OWU wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2018 r.
12. Niniejsze OWU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 6/04/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2018 r. mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2018 r. lub w terminie późniejszym.



Artur Borowiński  
Prezes Zarządu



Piotr Tański  
Członek Zarządu



## SUPER NETTO

### ANEKS NR 2 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I DOŻYCIE SUPER NETTO O SYMBOLU BRP-1818

#### § 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie i dożycie SUPER NETTO o symbolu BRP-1818 zatwierdzonych Uchwałą Nr 6/04/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 6 kwietnia 2018 r.:

1. po § 20 dodaje się § 20a. o następującym brzmieniu:

#### „§ 20 a DODATKOWE POSTANOWIENIA UMOWNE

Towarzystwo nie świadczy ochrony ani nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona lub wypłata świadczenia naraziłyby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzebrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy.”.

#### § 2.

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszym aneksem zastosowanie mają postanowienia ogólnych warunków, których mowa w § 1 niniejszego aneksu.
2. Tracą moc postanowienia Aneksu nr 1 w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą nr 3/10/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 1 października 2020 r.
3. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 21/07/2022 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 27 lipca 2022 r. wchodzi w życie z dniem 27 lipca 2022 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 września 2022 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński  
Prezes Zarządu

Piotr Tański  
Członek Zarządu

## O BOWIĄZEK INFORMACYJNY ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Informacja o wymogu podania danych:

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

Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.





**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