

Bezpieczna Grupa

Ogólne warunki grupowego
ubezpieczenia na życie

Ogólne warunki dodatkowych
ubezpieczeń grupowych



Spis treści

1. Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie (GRU) BRP-0309	str. 4
2. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GNW, GNZ) BRP-0409	str. 14
3. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego (GWK) BRP-0509	str. 16
4. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku przy pracy (GWP) BRP-0609	str. 17
5. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy (GKP) BRP-0709	str. 19
6. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GTU, GTZ) BRP-0809	str. 21
7. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku przy pracy (GTUP) BRP-0909	str. 24
8. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GTR) BRP-1009	str. 26
9. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku z wypłatą renty (GCT) BRP-1109	str. 32
10. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GPN) BRP-1209	str. 33
11. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby (GPO) BRP-1309	str. 35
12. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy (GNPW, GNPC) BRP-1409	str. 37
13. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania (GPZ1, GPZ2) BRP-1509	str. 39
14. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej (GOC) BRP-1609	str. 43
15. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance (GOE) BRP-1709	str. 47
16. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance w okolicznościach utraty pracy (GRE) BRP-1809	str. 52
17. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia z tytułu urodzenia się dziecka oraz na wypadek urodzenia się martwego noworodka (GUD) BRP-1909	str. 55
18. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka (GOD) BRP-2009	str. 56
19. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka (GZD) BRP-2109	str. 57
20. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GDN) BRP-2209	str. 58
21. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka (GZW) BRP-2309	str. 59
22. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GWN) BRP-2409	str. 60
23. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica lub śmierci teścia (GZR) BRP-2509	str. 61
24. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka (GPZD) BRP-2609	str. 62
25. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GTUM) BRP-2709	str. 64
26. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu małżonka w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GPNM) BRP-2809	str. 66
27. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania małżonka (GPZM1, GPZM2) BRP-2909	str. 68
28. Aneks Nr 1 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie oraz ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia grupowego	str. 72
29. Aneks Nr 2 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie oraz ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia grupowego	str. 76



Szanowni Państwo,

W imieniu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group mam zaszczyt przedstawić Państwu kompleksowy program grupowego ubezpieczenia na życie **Bezpieczna Grupa**.

Program **Bezpieczna Grupa** ma na celu zapewnienie ochrony zdrowia i życia Państwa Pracowników oraz członków ich rodzin przy zachowaniu atrakcyjnych składek i adekwatnych kwot wypłacanych świadczeń.

Proponowane rozwiązania stanowią nowoczesną alternatywę dla tradycyjnych programów zabezpieczenia socjalnego, jakie funkcjonują na polskim rynku.

Przygotowując ten program Towarzystwo bazowało na wieloletnich doświadczeniach swojego austriackiego akcjonariusza, a także własnych doświadczeniach zdobytych w ciągu kilkunastoletniej działalności ubezpieczeniowej.

Mogę z dumą podkreślić, że proponowany program ubezpieczeniowy wyróżnia się na tle innych ubezpieczeń funkcjonujących na rynku. Konstrukcja produktu daje możliwość stworzenia indywidualnego zabezpieczenia każdemu z Państwa Pracowników.

Towarzystwo zapewnia wysoką jakość prezentowanego ubezpieczenia grupowego na życie, jak i nowoczesny oraz profesjonalny sposób obsługi umów ubezpieczenia. Dołożymy wszelkich starań, aby realizacja proponowanych przez nas rozwiązań stała się początkiem długotrwałej współpracy, przynoszącej wymierne korzyści Państwa Pracownikom.

Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom naszych Klientów, zamieściliśmy na stronie internetowej informacje związane z obsługą zawartych umów grupowego ubezpieczenia na życie oraz uruchomiliśmy tam przewodnik dla osób zgłaszających roszczenie z tytułu umowy **Bezpieczna Grupa**. Pod adresami <http://www.compensa.pl/PL/Druki/grupowe/default.html> oraz http://www.compensa.pl/PL/Szkody/obsługa_swadczen/default.html znajdą Państwo wszystkie potrzebne formularze, w tym wniosek o zawarcie i zmianę warunków umowy ubezpieczenia, wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, wniosek o wypłatę świadczenia oraz listę dokumentów niezbędnych do udokumentowania prawa do świadczenia, a także wskazówki i odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania. Internetowy przewodnik umożliwi również wydrukowanie potrzebnych formularzy.

Aby możliwie skrócić czas rozpatrywania roszczenia, prosimy o przesyłanie wniosków o wypłatę świadczenia bezpośrednio do Departamentu Świadczeń i Oceny Ryzyka w centrali Towarzystwa. Warunkiem szybkiego rozpatrzenia roszczenia jest przesłanie kompletnej dokumentacji, na którą składa się wniosek o wypłatę świadczenia oraz dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia oraz potwierdzające prawo do otrzymania świadczenia (określone w OWU i OWDU).

Złożone przez Państwa dokumenty zostaną przekazane do likwidatora. W przypadku gdy proces rozpatrywania trwa dłużej niż 7 dni, likwidator zajmujący się zgłoszeniem, prześle do Państwa informację o dalszym postępowaniu.

O podjętej decyzji Towarzystwo poinformuje Państwa pisemnie.

W razie jakichkolwiek pytań lub wątpliwości na etapie rozpatrywania roszczenia prosimy o kontakt z **Infolinią 801 120 000** lub bezpośrednio z likwidatorem zajmującym się zgłoszeniem.

Dziękując za obdarzenie nas zaufaniem,
składam wyrazy szacunku,

Piotr Tański
Członek Zarządu

BEZPIECZNA GRUPA OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE BRP-0309

§ 1. WSTĘP

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie o symbolu BRP-0309 (OWU), zwanego dalej ubezpieczeniem podstawowym, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia grupowego na życie, w których stroną jest Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, z siedzibą w Warszawie, 02-342, Al. Jerozolimskie 162, zwane dalej Towarzystwem i stanowią integralną część umów ubezpieczenia zawieranych na ich podstawie.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

Pojęcia użyte w OWU oraz w ogólnych warunkach dodatkowych grupowych ubezpieczeń (OWDU), zwanych dalej ubezpieczeniami dodatkowymi, oznaczają:

1. Osoba ubezpieczona – osoba fizyczna, której życie oraz zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU i odpowiednich OWDU. Osobą ubezpieczoną jest posiadający zdolność ubezpieczeniową: pracownik oraz zgłoszony za zgodą Towarzystwa przez pracownika przystępującego do ubezpieczenia lub będącego Osobą ubezpieczoną jego małżonek lub jego partner.

2. Ubezpieczający – osoba fizyczna lub inny podmiot prawa, który zawarł umowę ubezpieczenia na rachunek Osoby ubezpieczonej i jest zobowiązany do opłacania składki ubezpieczeniowej.

3. Uposażony – osoba wyznaczona przez Osobę ubezpieczoną jako uprawniona do świadczenia z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej.

4. Pracownik – osoba fizyczna:

1) pozostająca z Ubezpieczającym w stosunku pracy, tj. zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę, lub

2) wykonująca na rzecz Ubezpieczającego od co najmniej 6 miesięcy pracę na podstawie umowy cywilnoprawnej, jeżeli jest objęta z tego tytułu ubezpieczeniem społecznym, lub

3) będąca jednocześnie pracodawcą w rozumieniu przepisów kodeksu pracy i Ubezpieczającym w umowie ubezpieczenia zawartej z Towarzystwem na podstawie niniejszych OWU.

5. Małżonek – osoba, która pozostaje z pracownikiem w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

6. Partner – osoba nie pozostająca w związku małżeńskim, płci odmiennej niż pracownik, niespokrewniona i niespowinowacona z pracownikiem, zgłoszona w deklaracji zgody, z którą pracownik pozostaje w stałym związku uprawdopodobnionym przez wspólne prowadzenie gospodarstwa domowego, zamieszkiwanie pod wspólnym adresem oraz:

a) posiadanie wspólnych dzieci albo

b) posiadanie wspólnego rachunku bankowego albo

c) zawarcie wspólnie umowy kredytu,

o ile pracownik nie pozostaje w związku małżeńskim. Jednocześnie jako partner zgłoszony do ubezpieczenia przez pracownika, może być objęta ochroną ubezpieczeniową wyłącznie jedna osoba. Zgłoszenie lub zmiana zgłoszenia osoby jako partnera może nastąpić wyłącznie ze skutkiem na dzień rocznicy ubezpieczenia.

7. Akt terroryzmu – planowane i zorganizowane działanie

pojedynczych osób lub grup skutkujące naruszeniem istniejącego porządku prawnego, podjęte w celu zastraszenia bądź wymuszenia określonych zachowań lub świadczeń od władz państwowych lub społeczeństwa, często naruszające lub zagrażające ludzkiemu życiu, zdrowiu lub mieniu.

8. Certyfikat ubezpieczenia – dokument potwierdzający objęcie Osoby ubezpieczonej ochroną ubezpieczeniową, zawierający m.in. datę początku okresu ubezpieczenia oraz zakres ochrony ubezpieczeniowej.

9. Choroba śmiertelna – nieuleczalna choroba Osoby ubezpieczonej nie rokująca przeżycia przez Osobę ubezpieczoną okresu dłuższego niż 12 miesięcy.

10. Deklaracja zgody – dokument podpisany przez Ubezpieczającego i odpowiednio: pracownika, małżonka, partnera, przystępujących do umowy ubezpieczenia, zawierający m.in. oświadczenie woli danej osoby wyrażające zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej (objęcie ochroną ubezpieczeniową) na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej z Towarzystwem na podstawie niniejszych OWU.

11. Dzień zapłaty składki za grupę – dzień, w którym kwota składki za grupę została uznana na rachunku bankowym Towarzystwa w pełnej wysokości należnej za dany okres.

12. Karencja – okresowe ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa trwające 6 miesięcy, polegające na tym, że odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest tylko do zdarzeń ubezpieczeniowych będących następstwem nieszczęśliwych wypadków. Poszczególne OWDU mogą okres 6 miesięcy skracać lub wydłużać. O ile postanowienia OWU nie stanowią inaczej, bieg karencji rozpoczyna się od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia.

13. Nieszczęśliwy wypadek – zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagłe zdarzenie, wywołane przyczyną zewnętrzną i niezależne od woli ani stanu zdrowia Osoby ubezpieczonej, w następstwie którego Osoba ubezpieczona doznała fizycznych obrażeń ciała lub zmarła; w rozumieniu niniejszych OWU za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca, udaru mózgu oraz innych chorób, nawet jeżeli wystąpiły nagle.

14. Okres ubezpieczenia – czas, w jakim Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danej Osoby ubezpieczonej na podstawie umowy ubezpieczenia, niniejszych OWU oraz odpowiednich OWDU, rozpoczynający się w dniu wskazanym w certyfikacie ubezpieczenia.

15. Pojazd – środek transportu przeznaczony do poruszania się po drodze oraz maszyna lub urządzenie do tego przystosowane.

16. Polisa – dokument ubezpieczenia wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia i jej warunki.

17. 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 dm³. W rozumieniu niniejszych OWU uważa się, że Osoba ubezpieczona pozostawała pod wpływem alkoholu również w przypadku odmowy wykonania badań mających na celu ustalenie spożycia alkoholu przez tę osobę, a także wówczas, gdy nie wykonano badań z innych powodów, a w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja o spożyciu alkoholu przez tę osobę.



18. Rocznicą ubezpieczenia – rocznica dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa określonego w polisie.

19. Składka ubezpieczeniowa (składka) – składka należna z tytułu umowy ubezpieczenia za daną Osobę ubezpieczoną opłacana z częstotliwością określoną w polisie, obejmująca należności z tytułu ubezpieczenia podstawowego i ubezpieczeń dodatkowych.

20. Składka za grupę – suma składek ubezpieczeniowych opłacana przez Ubezpieczającego na rachunek bankowy Towarzystwa za wszystkie Osoby ubezpieczone w terminach określonych w polisie.

21. Świadczenie – przewidziana umową ubezpieczenia kwota wypłacana przez Towarzystwo na podstawie OWU oraz odpowiednich OWDU, z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

22. Wiek Osoby ubezpieczonej – różnica pomiędzy danym rokiem kalendarzowym a rokiem urodzenia Osoby ubezpieczonej.

23. Zdarzenie ubezpieczeniowe – wydarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa, którego zajście powoduje powstanie roszczenia o świadczenie.

24. Zdolność ubezpieczeniowa – spełnienie przez osobę przystępującą do ubezpieczenia wymagań określonych w § 7, w dniu będącym proponowanym w deklaracji zgody dniem początku okresu ubezpieczenia tej osoby.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia podstawowego jest życie oraz zdrowie Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:

1) śmierć Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia lub

2) wystąpienie w zdrowiu Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia choroby śmiertelnej.

2. W razie śmierci Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci uposażonym, każdemu w części ustalonej przez Osobę ubezpieczoną, świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w polisie, pomniejszone o wypłacone świadczenie z tytułu choroby śmiertelnej, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWU.

3. W razie wystąpienia w zdrowiu Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci choroby śmiertelnej, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 2, nie wyższej jednak niż 300.000 zł, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWU.

4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 3, jest przedpłatą na poczet świadczenia należnego z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej i jest należne, o ile w dacie wypłaty tego świadczenia Osoba ubezpieczona żyje.

§ 5. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności może nastąpić za zgodą Towarzystwa na podstawie odpowiednich ogólnych warunków dodatkowych grupowych ubezpieczeń lub umowy ubezpieczenia.

2. Wykaz odpowiednich ubezpieczeń dodatkowych, którymi jest objęta Osoba ubezpieczona w ramach ochrony ubezpieczeniowej świadczonej na podstawie niniejszych OWU, jest określony w polisie wystawionej dla danego Ubezpieczającego oraz w certyfikacie ubezpieczenia wystawionym dla danej Osoby ubezpieczonej.

3. W sprawach nieuregulowanych w OWDU stosuje się odpowiednio postanowienia OWU.

§ 6. ZASADY ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie prawidłowo wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, podpisanego przez Ubezpieczającego.

2. Do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia należy dołączyć:

1) ofertę ubezpieczenia podpisaną przez Ubezpieczającego,

2) prawidłowo wypełnione deklaracje zgody osób przystępujących do umowy ubezpieczenia, podpisane przez te osoby i przez Ubezpieczającego,

3) oryginał wykazu osób przystępujących do umowy ubezpieczenia podpisany przez Ubezpieczającego,

4) odpis z KRS lub zaświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej,

5) zaświadczenie GUS o nadaniu numeru REGON.

3. Towarzystwo może zwrócić się o podanie dodatkowych informacji, w szczególności dotyczących warunków zatrudnienia, stanu zdrowia osób składających deklaracje zgody, a także struktury zatrudnienia, struktury wieku i struktury płci grupy osób, do których kierowana jest oferta Towarzystwa.

4. Jeżeli dokumenty, o których mowa w ust. 1-2, zostały sporządzone nieprawidłowo lub nie podano wszystkich informacji dodatkowych, o których mowa w ust. 3, Towarzystwo zwróci się na piśmie do Ubezpieczającego o ich uzupełnienie lub sporządzenie nowych w terminie 3 miesięcy od daty wpływu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia do siedziby Towarzystwa. Po upływie tego terminu, jeżeli dokumentacja nie jest kompletna, przyjmuje się, że Ubezpieczający wycofał wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia.

5. Ubezpieczający i osoby przystępujące do umowy ubezpieczenia obowiązane są zgodnie z prawdą podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało w formularzu wniosku, deklaracjach zgody, wykazie osób przystępujących do umowy ubezpieczenia lub w innych pismach.

6. Przy zawieraniu umowy ubezpieczenia Towarzystwo może zaproponować:

1) zmianę sumy ubezpieczenia w stosunku do proponowanej we wniosku przez Ubezpieczającego;

2) przesunięcie dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa proponowanego we wniosku lub dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej poszczególnych osób.

7. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres wskazany w polisie, nie dłużej jednak niż na okres 1 roku. Umowa ubezpieczenia zostaje przedłużona na okres kolejnego roku na dotychczasowych warunkach, jeżeli w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia, nie później jednak niż miesiąc przed rocznicą ubezpieczenia, żadna ze stron nie złoży oświadczenia wyrażającego brak zgody na przedłużenie umowy ubezpieczenia.

8. Towarzystwo może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od przystąpienia do niej określonej liczby osób oraz od odzwierciedlenia struktury zatrudnienia, struktury wieku i struktury płci grupy osób, do których kierowana jest oferta Towarzystwa w strukturze grupy osób przystępujących do ubezpieczenia.

9. Towarzystwo może odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia.

10. Towarzystwo potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia polisą, którą doręcza Ubezpieczającemu wraz z wykazem Osób ubezpieczonych na dzień początku odpowiedzialności Towarzystwa określony w polisie.

11. Z zachowaniem postanowień ust. 12 umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z datą wystawienia przez Towarzystwo polisy.



12. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną przez Ubezpieczającego ofertę Towarzystwo doręczy Ubezpieczającemu polisę zawierającą postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, Towarzystwo obowiązane będzie zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu polisy, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie będą skuteczne, a umowa będzie zawarta zgodnie z warunkami oferty. W braku sprzeciwu umowa dojdzie do skutku zgodnie z treścią polisy w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

13. Ubezpieczający jest zobowiązany do wpłacenia pierwszej składki za grupę przed dniem początku odpowiedzialności Towarzystwa określonym w polisie, na rachunek Towarzystwa wskazany we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

§ 7. ZDOLNOŚĆ UBEZPIECZENIOWA

1. Zdolność ubezpieczeniowa osoby przystępującej do umowy ubezpieczenia będącej pracownikiem Ubezpieczającego polega na łącznym spełnieniu następujących warunków:

1) wiek pracownika przystępującego do ubezpieczenia wynosi nie mniej niż 16 i nie więcej niż 64 lata,

2) Ubezpieczający złożył:

a) oryginał wykazu osób przystępujących do umowy ubezpieczenia uwzględniający danego pracownika,

b) deklarację zgody poprawnie wypełnioną i podpisaną przez Ubezpieczającego oraz pracownika, o którym mowa w lit. a,

3) pracownik przystępujący do umowy ubezpieczenia spełnia wymogi definicji pracownika, o której mowa w § 2 ust. 4:

a) w dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa proponowanym we wniosku – w przypadku pracowników przystępujących do umowy ubezpieczenia w dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa,

b) w dniu wskazanym w deklaracji zgody jako deklarowana data początku okresu ubezpieczenia – w przypadku pracowników przystępujących do umowy ubezpieczenia po dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa,

4) pracownik przystępujący do umowy ubezpieczenia w dniu podpisania deklaracji zgody nie przebywa na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 21 dni, urlopie wychowawczym lub urlopie bezpłatnym,

5) pracownik przystępujący do umowy ubezpieczenia poddał się badaniom medycznym oraz podał dodatkowe informacje i dokumenty i wydano wobec tego pracownika decyzję o akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego - w przypadku zlecenia przez Towarzystwo badań medycznych lub zwrócenia się przez Towarzystwo o podanie dodatkowych informacji i dokumentów.

2. Zdolność ubezpieczeniowa osoby przystępującej do umowy ubezpieczenia nie będącej pracownikiem Ubezpieczającego polega na łącznym spełnieniu następujących warunków:

1) wiek osoby przystępującej do umowy ubezpieczenia wynosi nie mniej niż 16 i nie więcej niż 64 lata,

2) osoba przystępująca do umowy ubezpieczenia jest małżonkiem lub partnerem przystępującego do ubezpieczenia lub będącego Osobą ubezpieczoną pracownika i została przez tego pracownika zgłoszona do ubezpieczenia w deklaracji zgody,

3) Ubezpieczający złożył:

a) oryginał wykazu osób przystępujących do umowy ubezpieczenia uwzględniający odpowiednio: małżonka lub partnera,

b) deklarację zgody poprawnie wypełnioną i podpisaną przez Ubezpieczającego oraz zgłoszonego przez pracownika małżonka lub partnera wraz z oświadczeniem pracownika, że pracownik pozostaje z małżonkiem lub partnerem odpowiednio: w związku małżeńskim lub w stałym związku, o którym mowa w § 2 ust. 6,

4) odpowiednio małżonek lub partner poddał się badaniom medycznym oraz podał dodatkowe informacje i dokumenty i wydano wobec odpowiednio: małżonka lub partnera decyzję o akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego - w przypadku zlecenia przez Towarzystwo badań medycznych lub zwrócenia się przez Towarzystwo o podanie dodatkowych informacji i dokumentów.

3. Za zgodą Towarzystwa do umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba nie spełniająca warunków zdolności ubezpieczeniowej wskazanych w ust. 1-2.

4. Towarzystwo ma prawo do ustalenia zdolności ubezpieczeniowej osoby przystępującej do umowy ubezpieczenia i zwracania się w tym celu do Ubezpieczającego, osoby przystępującej do umowy ubezpieczenia i pracownika zgłaszającego swojego małżonka lub partnera, o podanie informacji oraz przekazanie żądanych przez Towarzystwo kopii dokumentów potwierdzających zdolność ubezpieczeniową.

§ 8. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danej Osoby ubezpieczonej rozpoczyna się w dniu wskazanym w certyfikacie ubezpieczenia jako dzień początku okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2-4 oraz postanowień § 10, regulujących okresowe wyłączenie odpowiedzialności (karencję). Dniem początku okresu ubezpieczenia jest zawsze pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego.

2. Towarzystwo wolne jest od odpowiedzialności, jeżeli pierwsza składka ubezpieczeniowa za daną Osobę ubezpieczoną została zapłacona w dniu jej śmierci lub po tej dacie, chyba że:

1) pierwsza składka ubezpieczeniowa za tę Osobę ubezpieczoną została zapłacona nie później niż terminie, o którym mowa w § 12 ust. 3 i

2) oryginał wykazu osób przystępujących do ubezpieczenia, uwzględniający tę Osobę ubezpieczoną, został doręczony do siedziby Towarzystwa nie później niż przed dniem śmierci Osoby ubezpieczonej.

3. Postanowienia ust. 2 stosuje się odpowiednio do innych zdarzeń ubezpieczeniowych objętych umową ubezpieczenia.

4. Dzień początku okresu ubezpieczenia dla każdej z osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową może być dniem późniejszym niż dzień zaproponowany w deklaracji zgody, w szczególności w sytuacji określonej w § 9 ust. 7.

5. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danej Osoby ubezpieczonej z tytułu umowy ubezpieczenia wygasa nie później niż:

1) w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej;

2) w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia;

3) w przeddzień najbliższej rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym osoba ta kończy 69 lat;

4) w ostatnim dniu okresu, za który zapłacono składkę za daną Osobę ubezpieczoną w pełnej wysokości i nie zapłacono składki w pełnej wysokości za kolejny okres;

5) w ostatnim dniu okresu, za który zapłacono składkę za daną Osobę ubezpieczoną w pełnej wysokości, ale nie później niż w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego, w którym zaszła przynajmniej jedna z określonych niżej sytuacji:



- a) Osoba ubezpieczona cofnęła zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej;
 - b) Pracownik cofnął zgodę na potrącanie składki z wynagrodzenia;
 - c) Osoba ubezpieczona przestała być Pracownikiem Ubezpieczającego (dotyczy Pracownika);
 - d) Osoba ubezpieczona rozpoczęła służbę wojskową, urlop wychowawczy lub bezpłatny (dotyczy Pracownika);
 - e) Towarzystwo zaniechało w stosunku do danej Osoby ubezpieczonej udzielania ochrony ubezpieczeniowej, w sytuacji, o której mowa w § 13 ust. 2, tj. niezapłacenia przez Ubezpieczającego składki za grupę w pełnej wysokości w dodatkowym wyznaczonym przez Towarzystwo terminie;
 - f) wygasła odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Pracownika, który zgłosił tę osobę do ubezpieczenia (dotyczy małżonka lub partnera Pracownika).
6. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Towarzystwu listy osób, których dotyczą sytuacje określone w ust. 5 pkt 5 lit. a-d i f, nie później niż do końca pierwszego miesiąca kalendarzowego następującego po okresie, za który zapłacono za dane osoby ostatnią składkę w pełnej wysokości.

§ 9. PRZYSTĘPOWANIE DO UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Do umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba, która spełnia warunki zdolności ubezpieczeniowej.
2. Dana osoba wyraża pisemną zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej poprzez podpisanie deklaracji zgody przed objęciem tej osoby ochroną ubezpieczeniową. Ubezpieczający i Towarzystwo mogą uzgodnić inną formę wyrażenia przez dane osoby zgody na zastrzeżenie na ich rzecz ochrony ubezpieczeniowej.
3. W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Towarzystwo może objąć ochroną ubezpieczeniową osoby dotychczas nie ubezpieczone na podstawie danej umowy ubezpieczenia.
4. Do objęcia ochroną ubezpieczeniową w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia wymagane jest prawidłowe wypełnienie i podpisanie przez osoby obejmowane ochroną ubezpieczeniową i przez Ubezpieczającego deklaracji zgody oraz doręczenie ich do siedziby Towarzystwa w terminie, o którym mowa w ust. 6.
5. Osoba przystępująca do ubezpieczenia proponuje w deklaracji zgody dzień początku okresu ubezpieczenia, który musi być pierwszym dniem miesiąca kalendarzowego, ale nie może być dniem wcześniejszym niż pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego przypadający po dniu podpisania deklaracji zgody.
6. Ubezpieczający ma obowiązek doręczać do siedziby Towarzystwa deklaracje zgody osób przystępujących do umowy ubezpieczenia wraz z oryginałem wykazu osób przystępujących do umowy ubezpieczenia, nie później niż przed proponowanym dniem początku okresu ubezpieczenia.
7. Jeżeli deklaracja zgody danej osoby lub wykaz osób przystępujących do umowy ubezpieczenia zostaną dostarczone po terminie określonym w ust. 6, wówczas osoba ta będzie mogła być objęta ochroną ubezpieczeniową w późniejszym, wskazanym przez Towarzystwo terminie.
8. Towarzystwo może skierować daną osobę obejmowaną ubezpieczeniem na badania medyczne przeprowadzane przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub we wskazanej placówce medycznej. Koszty badań medycznych pokrywa Towarzystwo. W przypadku niedostarczenia wyników wszystkich zleconych badań w terminie 3 miesięcy od daty skierowania na badania, Towarzystwo

może odmówić zgody na przystąpienie do umowy ubezpieczenia osoby skierowanej na badania.

9. Osoba, która na dzień podpisania deklaracji zgody przebywała na zwolnieniu lekarskim trwającym w ciągu ostatniego przed podpisaniem deklaracji zgody roku, łącznie dłużej niż 21 dni, może podlegać ocenie ryzyka ubezpieczeniowego.

10. Towarzystwo może odmówić objęcia ochroną ubezpieczeniową poszczególnych osób na podstawie oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W przypadku odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową danej osoby, Towarzystwo zwróci składkę zapłaconą za tę osobę.

11. Towarzystwo potwierdza objęcie ochroną ubezpieczeniową danej Osoby ubezpieczonej poprzez wystawienie certyfikatu ubezpieczenia, który doręcza każdej Osobie ubezpieczonej za pośrednictwem Ubezpieczającego.

12. Osoba przystępująca do umowy ubezpieczenia, do której Towarzystwo zwróciło się o podanie dodatkowych informacji i dokumentów lub o wypełnienie oświadczenia medycznego, bądź którą Towarzystwo skierowało na badania medyczne, do dnia decyzji Towarzystwa dotyczącej akceptacji lub braku akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego jest objęta tymczasową ochroną ubezpieczeniową wyłącznie na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku do wysokości sumy ubezpieczenia podstawowego, nie wyższej jednak niż 100.000 zł. W przypadku akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego uznaje się, że odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Osoby ubezpieczonej rozpoczyna się od dnia początku okresu ubezpieczenia wskazanej w certyfikacie ubezpieczenia. W przypadku braku akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej wygasa z dniem podjęcia decyzji o braku akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego.

§ 10. OKRESOWE OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA (KARENCA)

1. Z zastrzeżeniem ust. 2-5 i postanowień odpowiednich OWDU karencję stosuje się w odniesieniu do:

1) pracownika przystępującego do umowy ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od:

- a) dnia początku odpowiedzialności określonego w polisie, lub
- b) dnia, w którym osoba ta została pracownikiem Ubezpieczającego, lub

c) dnia powrotu tej osoby do pracy po okresie odbywania służby wojskowej lub urlopu wychowawczego albo bezpłatnego,

2) Osoby ubezpieczonej nie będącej pracownikiem,

3) Osoby ubezpieczonej, która cofnęła zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego zawartej na podstawie niniejszych OWU i ponownie przystąpiła do tej umowy ubezpieczenia; osoba ta jest zobowiązana do ponownego podpisania deklaracji zgody.

2. W przypadku gdy pracownik, w odniesieniu do którego stosuje się karencję wskazaną w ust. 1, był uprzednio objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem lub innym niż Towarzystwo ubezpieczycielem (zwanej dalej: dotychczasową umową ubezpieczenia), z której wystąpił, przystępując do umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU oraz:

1) jeżeli pracownik ten był objęty ochroną ubezpieczeniową w dotychczasowej umowie ubezpieczenia przez okres równy lub dłuższy okresowi karencji obowiązującej na podstawie niniejszych OWU, to w okresie karencji za zdarzenia, które zajdą w tym czasie,



a) które są objęte ochroną z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego zawartej na podstawie niniejszych OWU i były objęte ochroną z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci świadczenia w wysokości przewidzianej umową ubezpieczenia grupowego zawartej na podstawie niniejszych OWU, ale nie wyższej niż wypłaciłoby, gdyby pracownik był nadal objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia,

2) jeżeli pracownik ten był objęty ochroną ubezpieczeniową w dotychczasowej umowie ubezpieczenia przez okres krótszy niż okres karencji obowiązującej na podstawie niniejszych OWU, to bieg karencji rozpoczyna się w dacie początku podlegania ochronie ubezpieczeniowej w dotychczasowej umowie i :

a) w okresie pomiędzy pierwszym dniem okresu ubezpieczenia a końcem biegu karencji liczonego od daty początku podlegania ochronie ubezpieczeniowej w dotychczasowej umowie ubezpieczenia, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do zdarzeń ubezpieczeniowych będących następstwem nieszczęśliwych wypadków,

b) pomiędzy końcem biegu karencji liczonego od daty początku podlegania ochronie ubezpieczeniowej w dotychczasowej umowie ubezpieczenia a końcem biegu karencji liczonego od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia, za zdarzenia, które zajądą w tym czasie, a które są objęte ochroną z tytułu umowy ubezpieczenia grupowego zawartej na podstawie niniejszych OWU i były objęte ochroną z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci świadczenia w wysokości przewidzianej umową ubezpieczenia grupowego zawartej na podstawie niniejszych OWU, ale nie wyższej niż wypłaciłoby, gdyby pracownik był nadal objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem, że:

3) ochrona z tytułu poprzedniej umowy ubezpieczenia wygasła z upływem ostatniego dnia przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia,

4) pracownik doręczył dokument potwierdzający wysokości świadczeń z tytułu dotychczasowej umowy ubezpieczenia, datę początku podlegania ochronie ubezpieczeniowej w dotychczasowej umowie ubezpieczenia oraz jej zakres, a także dokument potwierdzający spełnienie warunku wskazanego w pkt 3.

3. Dokumenty wskazane w ust. 2 pkt 4 muszą być wystawione przez:

1) ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego, o ile poprzednia umowa ubezpieczenia była zawarta z Ubezpieczającym;

2) ubezpieczyciela, o ile poprzednia umowa ubezpieczenia była zawarta z podmiotem innym niż Ubezpieczający.

4. Postanowień ust. 2-3 nie stosuje się do Osób ubezpieczonych będących małżonkiem lub partnerem pracownika Ubezpieczającego.

5. Zasady określone w ust. 2 stosuje się odpowiednio w przypadku zmiany zakresu ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU.

§ 11. WYSOKOŚĆ SUMY UBEZPIECZENIA I SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. Wysokość składki i sumy ubezpieczenia ustalana jest na podstawie taryfy z uwzględnieniem następujących czynników:

- 1) płci i wieku osób przystępujących do umowy ubezpieczenia,
- 2) warunków zatrudnienia,
- 3) wysokości świadczenia,
- 4) zakresu ubezpieczenia,

5) częstotliwości opłacania składki.

2. Wysokość sumy ubezpieczenia i składki określa polisa.

§ 12. ZASADY OPŁACANIA SKŁADEK ZA GRUPĘ

1. W zamian za ochronę ubezpieczeniową świadczoną przez Towarzystwo, Ubezpieczający jest zobowiązany do terminowego i prawidłowego opłacania składek za grupę.

2. We wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia Ubezpieczający wskazuje częstotliwość opłacania składek za grupę: miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną.

3. Ubezpieczający obowiązany jest do opłacania składek za grupę z góry, najpóźniej w 10 dniu okresu, za który należna jest składka za grupę.

4. Ubezpieczający wpłaca składkę za grupę na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo w dokumentacji załączonej do polisy.

5. Składka ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego płatna jest jednocześnie ze składką z tytułu ubezpieczenia podstawowego i na tych samych zasadach.

§ 13. SKUTKI NIEZAPŁACENIA SKŁADKI ZA GRUPĘ

1. W razie niezapłacenia składki za grupę w pełnej wysokości należnej za dany okres w terminie płatności składki, Towarzystwo wezwie pisemnie Ubezpieczającego do zapłaty składki w wyznaczonym dodatkowym terminie 14 dni od daty otrzymania wezwania do zapłaty, podając skutki niezapłacenia składki, o których mowa w ust. 2.

2. Jeżeli składka za grupę nie zostanie zapłacona w terminie dodatkowym, o którym mowa w ust. 1, umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu z ostatnim dniem ostatniego w pełni opłaconego okresu.

§ 14. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śmierci Osoby ubezpieczonej, jeżeli śmierć ta nastąpiła w następstwie lub w związku z:

1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, aktami terroryzmu lub czynnym udziałem Osoby ubezpieczonej w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy;

2) masowym skażeniem radioaktywnym, biologicznym, chemicznym bądź katastrofą nuklearną;

3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Osobę ubezpieczoną przestępstwa, co zostało wykazane w postępowaniu przygotowawczym, również w przypadku gdy postępowanie przygotowawcze zostało umorzone na skutek śmierci Osoby ubezpieczonej;

4) samobójstwem popełnionym przez Osobę ubezpieczoną w okresie dwóch lat od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia.

2. W razie podania przez Ubezpieczającego lub Osobę ubezpieczoną całkowicie lub częściowo niezgodnych z prawdą informacji lub oświadczeń istotnych dla oceny ryzyka, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub zmniejszyć jego wysokość - w okresie 3 lat od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia, jeżeli okoliczność, której dotyczą podane informacje całkowicie lub częściowo niezgodne z prawdą, miała wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

3. Z zastrzeżeniem ust. 4 i postanowień odpowiednich OWU, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia



ubezpieczeniowe objęte zakresem ubezpieczeń dodatkowych, które zaszyły w następstwie lub spowodowane zostały lub nastąpiły w związku z okolicznościami wymienionymi w ust. 1 pkt 1-3 oraz:

1) samookaleczeniem, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Osobę ubezpieczoną albo jej okaleczeniem na własną jej prośbę, niezależnie od stanu jej poczytalności;

2) wadą wrodzoną lub zaburzeniami rozwojowymi lub schorzeniem będącym ich skutkiem, chorobami lub zaburzeniami psychicznymi, w tym różnymi formami nerwicy i depresji, upośledzeniem umysłowym, niedorozwojem umysłowym, atakiem konwulsji, drgawek lub padaczki, zaburzeniami zachowania, omdleniami, utratą przytomności, uzależnieniem od alkoholu, narkotyków lub innych środków uzależniających;

3) leczeniem lub zabiegami leczniczymi wykonywanymi przez osoby nieuprawnione, z wyłączeniem niesienia pierwszej pomocy;

4) zatruciem się Osoby ubezpieczonej spowodowanym spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających albo nadużywaniem leków;

5) pozostawianiem przez Osobę ubezpieczoną pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, użyciem środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2005 r. nr 179, poz. 1485 z późn. zm.), również w przypadku, gdy Osoba ubezpieczona odmówiła wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego była pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających bądź leków;

6) prowadzeniem pojazdu przez Osobę ubezpieczoną, jeżeli osoba ta nie posiadała odpowiedniego dokumentu uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu, wymaganego odpowiednimi przepisami lub prowadziła pojazd, pozostając pod wpływem alkoholu, bądź jeżeli pojazd nie posiadał aktualnego badania technicznego lub nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania, o ile badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania są wymagane przepisami prawa o ruchu drogowym lub innymi przepisami dotyczącymi użytkowania danego pojazdu;

7) wypadkiem lotniczym, z wyłączeniem przypadku, gdy Osoba ubezpieczona podróżowała jako pasażer samolotu licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;

8) wykonywaniem pracy w warunkach niezgodnych z przepisami bezpieczeństwa pracy, w tym:

a) bez posiadania odpowiednich kwalifikacji lub uprawnień,

b) niezgodnie z procedurami obowiązującymi przy wykonywaniu danej pracy;

9) udziałem Osoby ubezpieczonej w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze lub uprawianiem przez Osobę ubezpieczoną amatorsko lub wyczynowo niebezpiecznych sportów, w szczególności spadochroniarstwa, paralotniarstwa, baloniarstwa, lotniarstwa, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, speleologii, skoków na gumowej linie (ang. bungee jumping), nurkowania na głębokość poniżej 10 metrów, sportów motorowych i motorowodnych, skoków do wody, sportów walki, udziału jako zawodnik w wyścigach.

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki nieszczęśliwych wypadków spowodowanych lub mających miejsce w bezpośrednim następstwie okoliczności określonych w ust. 3.

§ 15. UPOSAŻENI

1. Osoba ubezpieczona może wskazać jednego lub więcej uposażonych na wypadek swojej śmierci, zarówno przy przystępowaniu do umowy ubezpieczenia, jak i w okresie ubezpieczenia. Osoba ubezpieczona powinna określić udział każdego z uposażonych w kwocie świadczenia, przy czym suma udziałów w kwocie świadczenia musi wynosić 100%. Jeżeli Osoba ubezpieczona wskazała kilku uposażonych, nie oznaczając ich udziału w kwocie świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe. Jeżeli Osoba ubezpieczona określiła udział w kwocie świadczenia tylko niektórym wskazanym uposażonym, przyjmuje się, że udział w kwocie świadczenia pozostałych osób jest zerowy. Jeżeli suma wskazanych udziałów w kwocie świadczenia nie jest równa 100%, podział kwoty świadczenia następuje proporcjonalnie do wskazanych udziałów.

2. Wskazanie uposażonego może zostać zmienione lub odwołane przez Osobę ubezpieczoną w każdym czasie okresu ubezpieczenia.

3. Oświadczenie Osoby ubezpieczonej o wskazaniu, zmianie lub odwołaniu uposażonego wywołuje skutki prawne z chwilą doręczenia pisemnego oświadczenia do siedziby Towarzystwa.

4. Jeżeli Osoba ubezpieczona wskazała więcej niż jednego uposażonego, a w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej którykolwiek z uposażonych nie żyje lub jeżeli którykolwiek z uposażonych przyczynił się umyślnie do śmierci Osoby ubezpieczonej, wówczas część świadczenia przypadająca temu uposażonemu zostanie wypłacona pozostałym uposażonym, w proporcji wynikającej ze wskazań Osoby ubezpieczonej.

5. Jeżeli w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej nie ma uposażonych, to prawo do świadczenia nabywają w następującej kolejności:

1) małżonek zmarłego,

2) dzieci zmarłego, w tym dzieci przysposobione,

3) wnuki zmarłego,

4) rodzice zmarłego,

5) rodzeństwo zmarłego,

6) dzieci rodzeństwa zmarłego.

Każda z wymienionych powyżej grup może nabyć prawo do świadczenia w swojej kolejności pod warunkiem, że wcześniej nikt nie nabył prawa do świadczenia. Jeżeli w danej grupie jest więcej niż jedna osoba, to kwota świadczenia jest dzielona na równe części dla każdej z tych osób.

6. Uposażony, który przyczynił się do śmierci Osoby ubezpieczonej, nie nabywa prawa do świadczenia.

§ 16. ZASADY DOKONYWANIA ZMIAN UMOWY UBEZPIECZENIA

Każda ze stron może na piśmie zaproponować zmianę zakresu odpowiedzialności Towarzystwa, wysokości sumy ubezpieczenia i składki w trybie, o którym mowa w § 25.

§ 17. ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający, nie będący przedsiębiorcą, może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty jej zawarcia, a Ubezpieczający, będący przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni od daty jej zawarcia, w drodze doręczenia do siedziby Towarzystwa pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia.

2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składek za grupę za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

§ 18. WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia powinno być złożone Towarzystwu na piśmie i doręczone do siedziby Towarzystwa.

2. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia przez Towarzystwo możliwe jest w wypadkach wskazanych w kodeksie cywilnym.

3. Złożenie oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej, w szczególności w okresie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.

4. W okresie wypowiedzenia nie są przyjmowane do ubezpieczenia żadne nowe osoby.

§ 19. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:

1) w przypadku gdy liczba Osób ubezpieczonych w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmniejszy się do dwóch – z ostatnim dniem okresu, za który zapłacono składkę za grupę przed zmniejszeniem się liczby Osób ubezpieczonych do dwóch;

2) na skutek odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z dniem wpływu do siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia;

3) na skutek wypowiedzenia umowy ubezpieczenia – z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia;

4) w związku z upływem okresu, na jaki umowa ubezpieczenia była zawarta, o ile którakolwiek ze stron złoży oświadczenie wyrażające brak zgody na przedłużenie umowy, o którym mowa w § 6 ust. 7 – z upływem ostatniego dnia okresu, na jaki umowa ubezpieczenia była zawarta, określonego w polisie;

5) w sytuacji określonej w § 13 ust. 2 niniejszych OWU, tj. niezapłacenia przez Ubezpieczającego składki za grupę w pełnej wysokości w dodatkowym wyznaczonym przez Towarzystwo terminie – z ostatnim dniem ostatniego w pełni opłaconego okresu.

§ 20. COFNIĘCIE ZGODY PRZEZ OSOBĘ UBEZPIECZONĄ NA ZASTRZEŻENIE NA JEJ RZECZ OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Osoba ubezpieczona może cofnąć zgodę na zastrzeżenie na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU. Oświadczenie o cofnięciu zgody powinno być złożone Towarzystwu na piśmie i doręczone do siedziby Towarzystwa za pośrednictwem Ubezpieczającego, w ciągu 14 dni od dnia podpisania tego oświadczenia przez Osobę ubezpieczoną.

2. Cofnięcie zgody przez Osobę ubezpieczoną nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za daną osobę za okres, w jakim Towarzystwo udzielało jej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 21. INDYWIDUALNE KONTYNUOWANIE UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do informowania osób, którym przysługuje prawo do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, o istnieniu takiego prawa.

2. Indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia polega na objęciu przez Towarzystwo ochroną ubezpieczeniową uprawnionej osoby fizycznej,

na okres 1 roku, w zakresie, o którym mowa w ust. 5-6, na podstawie niniejszych OWU oraz z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z odpowiednich OWDU.

3. Prawo do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia nie przysługuje żadnej z Osób ubezpieczonych, jeżeli złożono wypowiedzenie umowy ubezpieczenia grupowego lub umowa ubezpieczenia grupowego wygasła bez jej odnowienia.

4. Prawo indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia przysługuje, z zastrzeżeniem ust. 7-8:

1) pracownikowi, wobec którego wygasa odpowiedzialność Towarzystwa w sytuacji, o której mowa w § 8 ust. 5 pkt 3;

2) Osobie ubezpieczonej, która była, a przestała być pracownikiem Ubezpieczającego lub pełni służbę wojskową, lub przebywa na urlopie bezpłatnym lub wychowawczym;

3) Osobie ubezpieczonej nie będącej pracownikiem, jeżeli pracownik, który zgłosił tę osobę do ubezpieczenia, przestał być pracownikiem Ubezpieczającego, pełni służbę wojskową, przebywa na urlopie bezpłatnym lub wychowawczym albo zmarł;

4) nie będącemu Osobą ubezpieczoną małżonkowi zmarłego pracownika, który w chwili śmierci był Osobą ubezpieczoną.

5. W sytuacji gdy osobą indywidualnie kontynuującą ubezpieczenie jest Osoba ubezpieczona, podlega ona ochronie ubezpieczeniowej z tytułu indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia w zakresie, w jakim była objęta ochroną ubezpieczeniową w umowie ubezpieczenia grupowego, z zastrzeżeniem ograniczeń dotyczących wieku Osoby ubezpieczonej powodującego wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa, wynikających z odpowiednich OWDU.

6. W sytuacji gdy osobą indywidualnie kontynuującą ubezpieczenie jest nie będący Osobą ubezpieczoną małżonkiem zmarłego pracownika, jest on obejmowany ochroną ubezpieczeniową na wypadek śmierci i śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku, z zachowaniem wysokości sum ubezpieczenia i składek z tytułu ubezpieczeń na wypadek śmierci i śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku obowiązujących w odniesieniu do zmarłego pracownika, o ile zmarły pracownik był objęty ochroną ubezpieczeniową w umowie ubezpieczenia grupowego w tym zakresie.

7. Prawo indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia przysługuje osobom, o których mowa w ust. 4 pkt 1-3, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) Osoba ubezpieczona była objęta ubezpieczeniem grupowym przez co najmniej 6 miesięcy poprzedzających bezpośrednio moment nabycia prawa do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, a składki za grupę w tym okresie zostały w pełni opłacone;

2) wniosek o objęcie indywidualnym kontynuowaniem ubezpieczenia został doręczony Towarzystwu nie później niż w ciągu pierwszego miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, za który opłacono za daną osobę ostatnią składkę z tytułu ubezpieczenia grupowego i pierwsza składka z tytułu indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia została opłacona nie później niż w ciągu 14 dni od dnia doręczenia polisy.

8. Prawo indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia przysługuje osobie, o której mowa w ust. 4 pkt 4, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) osoba ta ma nie więcej niż 64 lata;

2) zmarły Pracownik był Osobą ubezpieczoną przez co najmniej 6 miesięcy poprzedzających bezpośrednio dzień śmierci, a składki za grupę w tym okresie zostały w pełni opłacone;

3) wniosek o objęcie indywidualnym kontynuowaniem ubezpieczenia

został doręczony Towarzystwu nie później niż w ciągu pierwszego miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, za który opłacono za zmarłego pracownika ostatnią składkę z tytułu ubezpieczenia grupowego i pierwsza składka z tytułu indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia została opłacona nie później niż w ciągu 14 dni od dnia doręczenia polisy.

9. Towarzystwo może wyrazić zgodę na indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia w przypadkach innych niż wymienione w ust. 4.

10. W razie przekroczenia terminów na złożenie wniosku, o których mowa w ust. 7 pkt 2 i ust. 8 pkt 3, indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia jest uzależnione od zgody Towarzystwa. W przypadku wyrażenia zgody, o której mowa w zdaniu pierwszym, osoba indywidualnie kontynuująca ubezpieczenie jest objęta karencją.

11. W razie przekroczenia terminów na opłacenie pierwszej składki z tytułu indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, o których mowa w ust. 7 pkt 2 i ust. 8 pkt 3, Towarzystwo wezwie pisemnie osobę indywidualnie kontynuującą ubezpieczenie do zapłaty składki w wyznaczonym dodatkowym terminie 14 dni od daty otrzymania wezwania do zapłaty, podając skutki niezapłacenia składki w tym terminie. Jeżeli składka nie zostanie zapłacona w terminie dodatkowym, o którym mowa w zdaniu pierwszym, przyjmuje się, że wniosek o objęcie indywidualnym kontynuowaniem ubezpieczenia został wycofany.

12. Jeżeli pierwsza składka ubezpieczeniowa za daną Osobę ubezpieczoną została zapłacona w dniu jej śmierci lub po tej dacie, Towarzystwo wolne jest od odpowiedzialności, chyba że składka ta została zapłacona nie później niż w terminach, o których mowa w ust. 7 pkt 2 i ust. 8 pkt 3. Postanowienia zdania pierwszego stosuje się odpowiednio do innych zdarzeń ubezpieczeniowych objętych umową ubezpieczenia.

13. Osoba składająca wniosek o objęcie indywidualnym kontynuowaniem ubezpieczenia wskazuje w nim częstotliwość opłacania składek kwartalną, półroczną lub roczną.

14. Towarzystwo potwierdza objęcie indywidualnym kontynuowaniem ubezpieczenia, doręczając polisę osobie, która złożyła wniosek o objęcie indywidualnym kontynuowaniem ubezpieczenia.

15. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do osoby, która złożyła wniosek o objęcie indywidualnym kontynuowaniem ubezpieczenia, rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie, pod warunkiem opłacenia pierwszej składki.

16. W zamian za ochronę ubezpieczeniową świadczoną przez Towarzystwo osoba indywidualnie kontynuująca ubezpieczenie jest zobowiązana do terminowego i prawidłowego opłacania składek z góry, najpóźniej w 10 dniu okresu, za który należna jest składka, na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo w dokumentacji załączonej do polisy. Dniem zapłaty składki jest dzień, w którym kwota tej składki została uznana na rachunku bankowym Towarzystwa w pełnej wysokości należnej za dany okres.

17. Indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU może być przedłużane co roku na kolejny rok na zasadach określanych indywidualnie za pisemnym porozumieniem stron, z zastrzeżeniem że wszystkie odstępstwa od OWU i OWDU przewidziane dla zakresu ochrony ubezpieczeniowej, jakim dana osoba była uprzednio objęta w umowie ubezpieczenia grupowego, przestają obowiązywać z upływem pierwszego roku indywidualnie kontynuowanego ubezpieczenia.

18. W razie niezapłacenia składki w pełnej wysokości należnej za dany okres w terminie płatności składki, Towarzystwo wezwie pisemnie

osobę indywidualnie kontynuującą ubezpieczenie do zapłaty składki w wyznaczonym dodatkowym terminie 14 dni od daty otrzymania wezwania do zapłaty, podając skutki niezapłacenia składki w tym terminie. Jeżeli kwota należności nie zostanie zapłacona w terminie dodatkowym, o którym mowa w zdaniu pierwszym, odpowiedzialność Towarzystwa wygaśnie z ostatnim dniem ostatniego w pełni opłaconego okresu.

19. Wypłacając świadczenie z tytułu indywidualnie kontynuowanego ubezpieczenia, Towarzystwo potrąca z kwoty wypłacanego świadczenia kwotę zaległych składek.

20. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do osoby indywidualnie kontynuującej ubezpieczenie wygasa:

1) w dniu odstąpienia od ubezpieczenia przez osobę indywidualnie kontynuującą ubezpieczenie;

2) w ostatnim dniu okresu wypowiedzenia indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia;

3) w ostatnim dniu ostatniego w pełni opłaconego okresu, w razie niezapłacenia składki, w sytuacji, o której mowa w ust. 18;

4) w dniu jej śmierci;

5) w odniesieniu do ubezpieczeń dodatkowych w przeddzień najbliższej rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym osoba ta kończy 69 lat, z zastrzeżeniem szczególnych ograniczeń dotyczących wieku Osoby ubezpieczonej powodujących wygaśnięcie odpowiedzialności Towarzystwa, wynikających z odpowiednich OWDU.

21. W przypadku indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia nie mają zastosowania § 6 ust. 1-4, 7, 8, 10-12, § 7, § 8, § 9 ust. 1-7, 9, 11-12, § 10 ust. 1, 4, § 12-13, § 16, § 19 pkt 1, 4-5, § 20. Pozostałe postanowienia niniejszych OWU stosuje się wprost lub odpowiednio.

§ 22. POSTĘPOWANIE W RAZIE WYSTĄPIENIA NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. W razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku:

1) Osoba ubezpieczona powinna być niezwłocznie poddana opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu;

2) należy umożliwić Towarzystwu uzyskanie informacji co do okoliczności wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, w tym także od lekarzy sprawujących opiekę nad Osobą ubezpieczoną.

2. Jeżeli z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa nie dopełniono obowiązku określonego w ust. 1, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo może zmniejszyć wysokość świadczenia.

§ 23. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osoba uprawniona do świadczenia powinna niezwłocznie zawiadomić Towarzystwo o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Zawiadomienie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, powinno zostać dokonane poprzez złożenie prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia. Formularz wniosku o wypłatę świadczenia jest dostępny na stronie internetowej Towarzystwa i w jego placówkach, a dodatkowe informacje można uzyskać poprzez infolinię Towarzystwa.

2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Osobę ubezpieczoną, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę



występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

3. Do wniosku o wypłatę świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć wszelkie dokumenty niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia oraz potwierdzające prawo do otrzymania świadczenia, a w szczególności:

1) potwierdzoną za zgodność z oryginałem kopię dowodu tożsamości lub wypis z dokumentu tożsamości osoby składającej wniosek,

2) dokumentację związaną z okolicznościami zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,

3) dokumentację medyczną, potwierdzającą prawo do otrzymania świadczenia,

4) odpis skrócony aktu zgonu Osoby ubezpieczonej,

5) dokument informujący o przyczynie zgonu Osoby ubezpieczonej, np. kartę zgonu 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 Ubezpieczonego,

6) w przypadku gdy Osobą ubezpieczoną jest małżonek lub partner – odpowiednio skrócony odpis aktu małżeństwa lub dokumenty uprawdopodobniające fakt pozostawania w stałym związku z pracownikiem, zgodnie z definicją określoną w § 2 ust. 6,

7) w przypadku zajścia nieszczęśliwego wypadku skutkującego zdarzeniem ubezpieczeniowym - dokument stwierdzający, że zdarzenie ubezpieczeniowe zostało spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem, np. raport policji, protokół powypadkowy,

8) w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu choroby śmiertelnej – diagnozę i rokowania choroby ustalone przez dwóch lekarzy odpowiedniej specjalizacji potwierdzające brak rokowań na przeżycie przez Osobą ubezpieczoną okresu dłuższego niż 12 miesięcy, jak również dokumenty uzasadniające stwierdzenie wystąpienia choroby śmiertelnej, np. badania radiologiczne, histopatologiczne lub laboratoryjne, a w przypadku choroby nowotworowej dokumenty uzasadniające odstąpienie od leczenia przyczynowego i prowadzenie tylko leczenia paliatywnego,

9) numer rachunku bankowego, na który Towarzystwo dokona wypłaty świadczenia.

4. Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, Towarzystwo może zwrócić się do osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia o potwierdzenie przez polską placówkę dyplomatyczną dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia.

5. Towarzystwo może żądać przedstawienia dodatkowych dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia, a także tłumaczeń przedstawianych dokumentów na język polski, sporządzonych przez tłumacza przysięgłego.

6. Wypłata świadczenia następuje pod warunkiem opłacenia za daną osobę należnej składki ubezpieczeniowej w pełnej wysokości, w terminie 30 dni od dnia doręczenia do siedziby Towarzystwa wniosku o wypłatę świadczenia wraz z dokumentami wymienionymi w ust. 3 i 5. Jeżeli wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okaże się niemożliwe, świadczenie będzie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe, jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaci w terminie przewidzianym w zdaniu pierwszym.

7. Jeżeli świadczenie nie przysługuje albo przysługuje w innej wysokości niż wnioskowana przez osobę uprawnioną do świadczenia, Towarzystwo poinformuje ją o tym na piśmie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia, wraz z pouczeniem o trybie odwołania się od decyzji Towarzystwa.

§ 24. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU CHOROBY ŚMIERTELNEJ

1. W okresie ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca wyłącznie jedno świadczenie z tytułu choroby śmiertelnej Osoby ubezpieczonej.

2. W przypadku śmierci Osoby ubezpieczonej Towarzystwo zmniejsza świadczenie wypłacane z tytułu ubezpieczenia podstawowego o kwotę wypłaconego świadczenia z tytułu choroby śmiertelnej.

3. Wypłacenie świadczenia z tytułu choroby śmiertelnej nie zwalnia z obowiązku zapłaty składki w dotychczasowej wysokości.

4. Po wypłaceniu świadczenia z tytułu choroby śmiertelnej Ubezpieczający nie może dokonać żadnych zmian w ubezpieczeniu podstawowym bez zgody Towarzystwa.

5. W przypadku przekształcenia ubezpieczenia grupowego w indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia, suma ubezpieczenia podstawowego w indywidualnie kontynuowanym ubezpieczeniu zmniejszana jest o kwotę świadczenia wypłaconego z tytułu choroby śmiertelnej.

§ 25. DOKONYWANIE ZMIAN, ZAWIADOMIEŃ I SKŁADANIE OŚWIADCZEŃ

1. Zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony umowy ubezpieczenia powinny być dokonywane na piśmie za potwierdzeniem odbioru lub wysłane listem poleconym.

2. Strony zobowiązują się informować wzajemnie o zmianie ich siedziby i adresu korespondencyjnego. Jeżeli jedna ze stron umowy zmieniła siedzibę (adres korespondencyjny) i nie zawiadomiła o tym drugiej strony, przyjmuje się, że obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia został wypełniony przez wysłanie pisma pod ostatni znany stronie adres. W takim wypadku strony uznają, że pismo wywiera skutki prawne po upływie 14 dni od daty jego wysłania, choćby nie dotarło do adresata.

3. Wszelkie zmiany umowy ubezpieczenia wymagają zachowania formy pisemnej.

4. Ubezpieczający, który zamierza przedstawić Towarzystwu propozycje zmian w umowie ubezpieczenia, musi uzgodnić te propozycje z Osobą ubezpieczoną.

5. W przypadku przedstawienia przez Towarzystwo Ubezpieczającemu propozycji zmian umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy, Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego przekazania Osobie ubezpieczonej całości otrzymanych informacji, tak aby Osoba ubezpieczona miała możliwość pełnego zapoznania się z nimi.

6. Zmiana umowy na niekorzyść Osoby ubezpieczonej lub osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w razie śmierci Osoby ubezpieczonej wymaga zgody tej Osoby ubezpieczonej. Osoba ubezpieczona udziela Ubezpieczającemu zgody na zmianę umowy ubezpieczenia.

7. Ubezpieczający udziela Towarzystwu zgody na zmianę umowy ubezpieczenia, składając jednocześnie oświadczenie o otrzymaniu od Osoby ubezpieczonej zgody na zmianę umowy ubezpieczenia.

8. Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego przekazywania

Osobie ubezpieczonej wszelkich informacji o przebiegu umowy ubezpieczenia przedstawianych przez Towarzystwo, w sposób zapewniający Osobie ubezpieczonej możliwość pełnego zapoznania się z nimi. W szczególności Ubezpieczający informuje Osoby ubezpieczone o objęciu tych osób ochroną ubezpieczeniową oraz o wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej, na podstawie informacji przekazanej przez Towarzystwo.

9. W przypadku dokonywania uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Towarzystwo zmian w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wystawia kolejną wersję polisy, która zastępuje wersję poprzednią z datą obowiązywania zmiany.

10. W stosunku do informacji i zawiadomień, które będą ogłaszane na stronie internetowej Towarzystwa, nie jest wymagana forma odrębnego, pisemnego powiadomienia Ubezpieczającego ani Osoby ubezpieczonej.

§ 26. AKTY PRAWNE STOSOWANE W SPRAWACH NIEUREGULOWANYCH W NINIEJSZYCH OWU

Do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU stosuje się prawo Rzeczypospolitej Polskiej, w szczególności przepisy kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej, również w przypadku gdy umowa ubezpieczenia zawiera element międzynarodowy.

§ 27. DOCHODZENIE ROSZCZEŃ WYNIKAJĄCYCH Z UMOWY UBEZPIECZENIA, SKŁADANIE SKARG I ZAŻALEŃ

I. Osobie, której interesu prawnego dotyczy decyzja Towarzystwa, przysługuje prawo odwołania się od tej decyzji. Odwołanie w formie pisemnej kieruje się na adres siedziby Towarzystwa. Towarzystwo zobowiązane jest do rozpatrzenia odwołania i udzielenia pisemnej odpowiedzi w terminie 30 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie okoliczności związanych z decyzją

stało się możliwe. W trakcie rozpatrywania odwołania Towarzystwo może domagać się dostarczenia dodatkowych dokumentów, mogących uzasadniać zmianę decyzji.

2. Niezależnie od zachowania trybu, o którym mowa w ust. 1, osobie, której interesu prawnego dotyczy decyzja Towarzystwa, przysługuje prawo dochodzenia roszczeń na drodze sądowej, na zasadach określonych w kodeksie cywilnym i kodeksie postępowania cywilnego.

3. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia rozpatrują sądy właściwe według przepisów o właściwości ogólnej albo sądy właściwe dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Osoby ubezpieczonej lub uposażonego.

4. W przypadku skarg lub zażaleń zgłaszanych przez Ubezpieczającego, Osobę ubezpieczoną lub uposażonego, można je kierować do Rzecznika Ubezpieczonych lub do siedziby Towarzystwa, celem ich rozpatrzenia. Właściwa jednostka organizacyjna Towarzystwa jest zobowiązana w ciągu 30 dni od daty otrzymania skargi lub zażalenia zająć stanowisko w sprawie i przekazać je na piśmie odpowiednio - Ubezpieczającemu, Osobie ubezpieczonej lub uposażonemu.

§ 28. INFORMACJA PODATKOWA

Na dzień zatwierdzenia niniejszych OWU opodatkowanie świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia określają przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2000 r. nr 14, poz. 176 z późn. zm.).

§ 29. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWU

Niniejsze OWU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później.



Franz Fuchs
Prezes Zarządu



Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GNW, GNZ) BRP-0409

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-0409 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie niniejszych OWDU może dotyczyć jednego z dwóch wariantów ochrony ubezpieczeniowej:

1) wariantu określonego w § 4, obejmującego ubezpieczenie na wypadek śmierci Osoby ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GNW) albo

2) wariantu określonego w § 4 (GNW), rozszerzonego o wskazane w § 5 ubezpieczenie na wypadek śmierci Osoby Ubezpieczonej w następstwie udaru mózgu lub zawału serca (GNZ) .

3. Wariant ochrony ubezpieczeniowej, według którego Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jest określony w polisie i certyfikacie ubezpieczenia.

4. Postanowienia niniejszych OWDU, niezastrzeżone wprost dla jednego z wariantów ochrony ubezpieczeniowej, o których mowa w ust. 2, mają zastosowanie do obu wariantów.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) **Udar mózgu** – ostry incydent naczyniowo-mózgowy skutkujący wystąpieniem objawów neurologicznych i obejmujący:

- a) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy, lub
- b) zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego, lub
- c) zawał tkanki mózgowej.

Rozpoznanie udaru mózgu musi być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego albo udar mózgu musi być wskazany jako przyczyna zgonu w protokole badania sekcyjnego.

W rozumieniu niniejszych OWDU za udar mózgu nie uważa się:

- a) przejściowych ataków niedokrwiennych mózgu (TIA),
- b) przedłużonych odwracalnych niedokrwiennych ubytków neurologicznych (PRIND),
- c) objawów mózgowych spowodowanych migreną,
- d) zaburzeń ukrwienia układu przedsionkowego lub nerwu wzrokowego,
- e) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe),
- f) uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu),
- g) udaru mózgu rozpoznanego, jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,
- h) skutków choroby dekompresyjnej,
- i) uszkodzenia mózgu spowodowanego przewlekłym niedokrwieniem.

2) **Zawał serca** – pełnościenna martwica części mięśnia sercowego, spowodowana ostrym niedokrwieniem mięśnia serca powstałym wskutek zamknięcia tętnicy wieńcowej, której następstwem jest zgon. Martwica części mięśnia sercowego musi być wskazana jako przyczyna zgonu w protokole badania sekcyjnego lub jej rozpoznanie musi być potwierdzone jednoczesnym wystąpieniem:

- a) typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej,
- b) nowych, dotychczas nie występujących, zmian w zapisie elektrokardiograficznym charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego,
- c) wzrostu aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium.

W rozumieniu niniejszych OWDU za zawał serca nie uważa się:

- a) zawału rozpoznanego jako niepełnościenny, bez uniesienia odcinka ST (podwsierdziowy, non Q, NSTEMI),
- b) każdego innego ostrego incydentu wieńcowego, w którym nie doszło do powstania pełnościennej martwicy mięśnia sercowego,
- c) zawału rozpoznanego jako przebyty w przeszłości na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W UBEZPIECZENIU GNW

1. W razie śmierci Osoby ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w polisie, aktualnej na dzień zajścia nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,
- 2) śmierć Osoby ubezpieczonej nastąpiła w okresie ubezpieczenia,
- 3) śmierć Osoby ubezpieczonej nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.

§ 5. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W UBEZPIECZENIU GNZ

1. W razie śmierci Osoby ubezpieczonej w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, Towarzystwo wypłaci uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w polisie, aktualnej na dzień zajścia nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu lub zawału serca, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. W przypadku śmierci Osoby ubezpieczonej w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, świadczenie, o którym mowa w ust. 1,



zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) udar mózgu lub zawał serca, będący przyczyną śmierci Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,
- 2) udar mózgu lub zawał serca wystąpił nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia,
- 3) śmierć Osoby ubezpieczonej nastąpiła w okresie ubezpieczenia,
- 4) śmierć Osoby ubezpieczonej nastąpiła w ciągu 30 dni od dnia wystąpienia udaru mózgu lub zawału serca.

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W zakresie okresowego ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa (karencji) stosuje się postanowienia § 10 OWU.
2. Do ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa określone w § 14 OWU, stosowane wprost lub odpowiednio. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Osoby ubezpieczonej nastąpiła w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała lub pogorszeniem stanu zdrowia, które nastąpiły przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia lub były skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia lub która została zdiagnozowana lub wymagała porady lekarskiej, leczenia lub zastosowania leków przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU.
2. Do wniosku o wypłatę świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz w przypadku:
 - 1) śmierci w następstwie udaru mózgu - dowody na istnienie objawów

neurologicznych oraz wyniki tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego, protokół badania sekcyjnego;

- 2) śmierci w następstwie zawału serca:
 - a) dokumentację medyczną zawierającą opis występowania typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej,
 - b) elektrokardiogram z zapisem obecności nowych, dotychczas nie występujących, zmian w zapisie elektrokardiograficznym charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego,
 - c) wyniki badań biochemicznych dotyczących wzrostu aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium,
 - d) protokół badania sekcyjnego.

§ 8. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego.
2. W zakresie odpowiedzialności Towarzystwa obejmującej śmierć w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w przeddzień najbliższej rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Osoba ubezpieczona kończy 65 lat.

§ 9. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (GWK) BRP-0509

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego o symbolu BRP-0509 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

- 1) **Droga** – droga w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym.
 - 2) **Pojazd lądowy** – środek transportu przeznaczony do poruszania się po drodze lub po torowisku albo maszyna lub urządzenie przystosowane do poruszania się po drodze lub po torowisku, będące:
 - a) pojazdem silnikowym, z wyłączeniem:
 - pojazdów używanych do celów specjalnych,
 - motocykli,
 - motorowerów,
 - innych pojazdów jednośladowych,
 - b) pojazdem szynowym.
 - 3) **Statek morski lub śródlądowy** – każde urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, działające zgodnie z przepisami państwa, na terytorium którego zostało zarejestrowane, wykorzystywane w ruchu wodnym zgodnie z wymaganym uprawnieniem do przewozów wycieczkowych, transportowych oraz regularnych połączeń komunikacyjnych; w rozumieniu niniejszych OWDU za statek morski lub śródlądowy nie uważa się statków podwodnych, platform wiertniczych, skuterów wodnych, jachtów żaglowych z napędem mechanicznym oraz łodzi z napędem mechanicznym.
 - 4) **Statek powietrzny** – samolot lub śmigłowiec, realizujący przewozy lotnicze, należący do licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.
 - 5) **Wypadek komunikacyjny** – zdarzenie spełniające łącznie następujące przesłanki: nieszczęśliwy wypadek wywołany ruchem pojazdu lądowego na drodze lub na torowisku albo statku morskiego lub śródlądowego bądź statku powietrznego, któremu uległa Osoba ubezpieczona jako pasażer lub kierująca którymkolwiek z tych pojazdów.
2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie śmierci Osoby ubezpieczonej w następstwie wypadku komunikacyjnego, Towarzystwo wypłaci uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w polisie,

aktualnej na dzień zajścia wypadku komunikacyjnego, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) wypadek komunikacyjny, będący przyczyną śmierci Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,
- 2) śmierć Osoby ubezpieczonej nastąpiła w okresie ubezpieczenia,
- 3) śmierć Osoby ubezpieczonej nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia wypadku komunikacyjnego.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Do ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa określone w § 14 OWU, stosowane wprost lub odpowiednio, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku wypadków komunikacyjnych powstałych w następstwie lub w związku z prowadzeniem pojazdu lądowego, statku morskiego lub śródlądowego albo statku powietrznego przez Osobę ubezpieczoną, jeżeli pojazd albo statek nie posiadał aktualnego badania technicznego lub nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania, o ile badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania są wymagane przepisami prawa o ruchu drogowym lub innymi przepisami dotyczącymi użytkowania danego pojazdu lądowego lub statku.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu danego ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Do wniosku o wypłatę świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

- 1) dokumentację związaną z okolicznościami zajścia wypadku komunikacyjnego,
- 2) dokumentację dopuszczającą dany pojazd lądowy lub statek do ruchu bądź użytkowania, jeżeli w chwili wypadku był kierowany przez Osobę ubezpieczoną,
- 3) dokument uprawniający Osobę ubezpieczoną do prowadzenia danego pojazdu lądowego lub statku, jeżeli w chwili wypadku był kierowany przez Osobę ubezpieczoną.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później.



Franz Fuchs
Prezes Zarządu



Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE WYPADKU PRZY PRACY (GWP) BRP-0609

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku przy pracy o symbolu BRP-0609 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

Wypadek przy pracy – będące nieszczęśliwym wypadkiem nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które nastąpiło w okresie ubezpieczenia w związku z pracą:

- a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Osobę ubezpieczoną zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego,
 - b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Osobę ubezpieczoną czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia,
 - c) w czasie pozostawania Osoby ubezpieczonej w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
 - d) w czasie podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w lit. a-c, chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem Osoby ubezpieczonej, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,
 - e) podczas szkolenia w zakresie powszechnej samoobrony,
 - f) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje związkowe,
- i było bezpośrednią oraz wyłączną przyczyną śmierci Osoby ubezpieczonej.
2. Pojęcia używane w OWDU i niezdefiniowane w ust. 1 otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie śmierci Osoby ubezpieczonej w następstwie wypadku przy pracy, Towarzystwo wypłaci uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w polisie, aktualnej na dzień zajścia wypadku przy pracy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) wypadek przy pracy, będący przyczyną śmierci Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,
- 2) śmierć Osoby ubezpieczonej nastąpiła w okresie ubezpieczenia,
- 3) śmierć Osoby ubezpieczonej nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia

zajścia wypadku przy pracy.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Do ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa określone w § 14 OWU, stosowane wprost lub odpowiednio.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu danego ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Do wniosku o wypłatę świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

1) dokumentację związaną z okolicznościami zajścia wypadku przy pracy oraz śmierci Osoby ubezpieczonej, w tym:

a) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę Osoby ubezpieczonej kopię protokołu ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy sporządzonego według wzoru zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw pracy, w przypadku gdy Osoba ubezpieczona pozostaje w stosunku pracy,

b) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę Osoby ubezpieczonej kopię karty wypadku sporządzonej według wzoru zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw pracy – w przypadku gdy Osoba ubezpieczona jest zatrudniona na podstawie umowy cywilnoprawnej,

2) kopię odpowiednio: umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, w zależności od rodzaju zatrudnienia.

§ 7. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA WYPADKU PRZY PRACY

1. W razie zajścia wypadku przy pracy:

1) Osoba ubezpieczona powinna być niezwłocznie poddana opiece lekarskiej i zaleconym przez lekarzy badaniom, leczeniu lub zabiegom rehabilitacyjnym;

2) należy zawiadomić o wypadku przy pracy pracodawcę, inspektora BHP i państwową inspekcję pracy, a jeśli wypadek nastąpił w drodze do pracy lub z pracy, pracodawcę i policję;

3) należy wykonać badania medyczne w celu ustalenia, czy Osoba ubezpieczona była w chwili zajścia wypadku przy pracy pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych;

4) należy umożliwić Towarzystwu uzyskanie informacji dotyczących okoliczności zajścia wypadku przy pracy, którego skutkiem była śmierć Osoby ubezpieczonej, w tym także lekarzy sprawujących opiekę nad tą osobą.

2. Jeżeli nie dopełniono obowiązków określonych w ust. 1, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub zmniejszyć jego wysokość.

§ 8. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego.



§ 9. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. wchodzi

w życie z dniem 1 czerwca 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO PRZY PRACY (GKP) BRP-0709

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy o symbolu BRP-0709 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

- 1) **Droga** – droga w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym.
- 2) **Pojazd lądowy** – środek transportu przeznaczony do poruszania się po drodze lub po torowisku albo maszyna lub urządzenie przystosowane do poruszania się po drodze lub po torowisku, będące:
 - a) pojazdem silnikowym, z wyłączeniem:
 - pojazdów używanych do celów specjalnych,
 - motocykli,
 - motorowerów,
 - innych pojazdów jednośladowych,
 - wózków widłowych,
 - b) pojazdem szynowym.
- 3) **Statek morski lub śródlądowy** – każde urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, działające zgodnie z przepisami państwa, na terytorium którego zostało zarejestrowane, wykorzystywane w ruchu wodnym zgodnie z wymaganym uprawnieniem do przewozów wycieczkowych, transportowych oraz regularnych połączeń komunikacyjnych; w rozumieniu niniejszych OWDU za statek morski lub śródlądowy nie uważa się statków podwodnych, platform wiertniczych, skuterów wodnych, jachtów żaglowych z napędem mechanicznym oraz łodzi z napędem mechanicznym.
- 4) **Statek powietrzny** – samolot lub śmigłowiec, realizujący przewozy lotnicze, należący do licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.
- 5) **Wypadek przy pracy** – będące nieszczęśliwym wypadkiem nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które nastąpiło w okresie ubezpieczenia w związku z pracą:
 - a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Osobę ubezpieczoną zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego,
 - b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Osobę ubezpieczoną czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia,
 - c) w czasie pozostawania Osoby ubezpieczonej w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,
 - d) w czasie podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w lit. a-c, chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem Osoby ubezpieczonej, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,
 - e) podczas szkolenia w zakresie powszechnej samoobrony,
 - f) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje związkowe,

i było bezpośrednią oraz wyłączną przyczyną śmierci Osoby ubezpieczonej.

6) **Wypadek komunikacyjny przy pracy** – wypadek przy pracy, którego skutkiem jest śmierć Osoby ubezpieczonej i który był wywołany ruchem pojazdu lądowego na drodze lub na torowisku albo statku morskiego lub śródlądowego bądź statku powietrznego, któremu uległa Osoba ubezpieczona jako pasażer lub kierująca którymkolwiek z tych pojazdów.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie śmierci Osoby ubezpieczonej w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy, Towarzystwo wypłaci uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w polisie, aktualnej na dzień zajścia wypadku komunikacyjnego przy pracy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) wypadek komunikacyjny przy pracy, będący przyczyną śmierci Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,
- 2) śmierć Osoby ubezpieczonej nastąpiła w okresie ubezpieczenia,
- 3) śmierć Osoby ubezpieczonej nastąpiła w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia wypadku komunikacyjnego przy pracy.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Do ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa określone w § 14 OWU, stosowane wprost lub odpowiednio, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku wypadków komunikacyjnych przy pracy powstałych w następstwie lub w związku z prowadzeniem pojazdu lądowego, statku morskiego lub śródlądowego albo statku powietrznego przez Osobę ubezpieczoną, jeżeli pojazd albo statek nie posiadał aktualnego badania technicznego lub nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania, o ile badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania są wymagane przepisami prawa o ruchu drogowym lub innymi przepisami dotyczącymi użytkowania danego pojazdu lądowego lub statku.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu danego ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Do wniosku o wypłatę świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

- 1) dokumentację związaną z okolicznościami zajścia wypadku komunikacyjnego przy pracy oraz śmierci Osoby ubezpieczonej, w tym:
 - a) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę Osoby ubezpieczonej kopię protokołu ustalenia okoliczności i przyczyn



wypadku przy pracy sporządzonego według wzoru zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw pracy – w przypadku gdy Osoba ubezpieczona pozostaje w stosunku pracy,

b) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę Osoby ubezpieczonej kopię karty wypadku sporządzonej według wzoru zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw pracy – w przypadku gdy Osoba ubezpieczona jest zatrudniona na podstawie umowy cywilnoprawnej,

2) kopię odpowiednio: umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, w zależności od rodzaju zatrudnienia,

3) dokumentację dopuszczającą dany pojazd lądowy lub statek do ruchu bądź użytkowania, jeżeli w chwili wypadku był kierowany przez Osobę ubezpieczoną,

4) dokument uprawniający Osobę ubezpieczoną do prowadzenia danego pojazdu lądowego lub statku, jeżeli w chwili wypadku był kierowany przez Osobę ubezpieczoną.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego.

§ 8. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO PRZY PRACY

I. W razie zajścia wypadku komunikacyjnego przy pracy:

1) Osoba ubezpieczona powinna być niezwłocznie poddana opiece

lekarskiej i zaleconym przez lekarzy badaniom, leczeniu lub zabiegom rehabilitacyjnym;

2) należy zawiadomić o wypadku komunikacyjnym przy pracy pracodawcę, inspektora BHP i państwową inspekcję pracy, a jeśli wypadek nastąpił w drodze do pracy lub z pracy, pracodawcę i policję;

3) należy wykonać badania medyczne w celu ustalenia, czy Osoba ubezpieczona była w chwili zajścia wypadku komunikacyjnego przy pracy pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych;

4) należy umożliwić Towarzystwu uzyskanie informacji dotyczących okoliczności zajścia wypadku komunikacyjnego przy pracy, którego skutkiem była śmierć Osoby Ubezpieczonej, w tym także lekarzy sprawujących opiekę nad tą osobą.

2. Jeżeli nie dopełniono obowiązków określonych w ust. 1, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub zmniejszyć jego wysokość.

§ 9. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GTU, GTZ) BRP-0809

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-0809 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umów ubezpieczenia podstawowego, zawieranych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie niniejszych OWDU może dotyczyć jednego z dwóch wariantów ochrony ubezpieczeniowej:

1) wariantu określonego w § 4, obejmującego ubezpieczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GTU) albo

2) wariantu określonego w § 4 (GTU), rozszerzonego o wskazane w § 5 ubezpieczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie udaru mózgu lub zawału serca (GTZ).

4. Wariant ochrony ubezpieczeniowej, według którego Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jest określony w polisie i certyfikacie ubezpieczenia.

5. Postanowienia niniejszych OWDU, niezastrzeżone wprost dla jednego z wariantów ochrony ubezpieczeniowej, o których mowa w ust. 2, mają zastosowanie do obu wariantów.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – występujące u Osoby ubezpieczonej trwale, nieodwracalne i nie rokujące z punktu widzenia wiedzy medycznej poprawę uszkodzenie organu, narządu lub układu spełniające łącznie następujące warunki:

a) polega na fizycznej utracie organu, narządu lub układu albo powoduje trwale upośledzenie funkcji organu, narządu lub układu,

b) zostało wymienione w obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia tabeli dostępnej w siedzibie Towarzystwa i wybranej przez Ubezpieczającego spośród dwóch następujących tabel: Tabeli norm oceny trwałego uszczerbku na zdrowiu A lub Tabeli norm oceny trwałego uszczerbku na zdrowiu B oraz zgodnie z nią ocenione na zasadach wskazanych w niniejszych OWDU.

2) **Udar mózgu** – ostry incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący trwale następstwa i objawy neurologiczne utrzymujące się dłużej niż 90 dni i obejmujący:

a) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy, lub

b) zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego, lub

c) zawał tkanki mózgowej.

Rozpoznanie udaru mózgu musi być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

W rozumieniu niniejszych OWDU za udar mózgu nie uważa się:

a) przejściowych ataków niedokrwienych mózgu (TIA),

b) przedłużonych odwracalnych niedokrwienych ubytków

neurologicznych (PRIND),

c) objawów mózgowych spowodowanych migreną,

d) zaburzeń ukrwienia układu przedśionkowego lub nerwu wzrokowego,

e) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe),

f) uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu),

g) udaru mózgu rozpoznanego, jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,

h) skutków choroby dekompresyjnej,

i) uszkodzenia mózgu spowodowanego przewlekłym niedokrwieniem.

3) **Zawał serca** – pełnościenna martwica części mięśnia sercowego, spowodowana ostrym niedokrwieniem mięśnia serca powstałym wskutek zamknięcia tętnicy wieńcowej.

Rozpoznanie zawału serca musi być potwierdzone jednoczesnym wystąpieniem:

a) typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej,

b) nowych, dotychczas nie występujących, zmian w zapisie elektrokardiograficznym charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego,

c) wzrostu aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium.

W rozumieniu niniejszych OWDU za zawał serca nie uważa się:

a) zawału rozpoznanego jako niepełnościenny, bez uniesienia odcinka ST (podwsierdziowy, non Q, NSTEMI),

b) każdego innego ostrego incydentu wieńcowego, w którym nie doszło do powstania pełnościennej martwicy mięśnia sercowego,

c) zawału rozpoznanego jako przebyty w przeszłości na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Osoby Ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W UBEZPIECZENIU GTU

1. W razie wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby Ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tej osobie świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,

2) trwały uszczerbek na zdrowiu Osoby ubezpieczonej wystąpił w okresie ubezpieczenia,

3) trwały uszczerbek na zdrowiu Osoby ubezpieczonej nastąpił w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.



§ 5. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W UBEZPIECZENIU GTZ

1. W razie wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby Ubezpieczonej w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, Towarzystwo wypłaci tej osobie świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. W przypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) udar mózgu lub zawał serca, będący przyczyną trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,
- 2) udar mózgu lub zawał serca wystąpił nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia,
- 3) trwały uszczerbek na zdrowiu Osoby ubezpieczonej wystąpił w okresie ubezpieczenia.

§ 6. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W zakresie okresowego ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa (karencji) stosuje się postanowienia § 10 OWU.

2. Do ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa określone w § 14 OWU, stosowane wprost lub odpowiednio. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu Osoby ubezpieczonej miał miejsce w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała lub pogorszeniem stanu zdrowia, które nastąpiły przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia lub były skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia lub która została zdiagnozowana lub wymagała porady lekarskiej, leczenia lub zastosowania leków przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia.

3. Jeżeli Osoba ubezpieczona zmarła w następstwie nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu lub zawału serca w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu lub zawału serca, to świadczenie z tytułu ubezpieczenia dodatkowego nie przysługuje.

4. Jeżeli w sytuacji opisanej w ust. 3 świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej zostało już wypłacone, to świadczenie z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacane z tytułu ubezpieczenia podstawowego będzie pomniejszone o wypłaconą kwotę świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego. Jeżeli kwota świadczenia z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacanego z tytułu ubezpieczenia podstawowego jest niższa lub równa wypłaconej wcześniej kwocie świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zaniecha wypłaty świadczenia.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-8.

2. Do wniosku o wypłatę świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

- 1) zaświadczenie lekarskie o całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji,
- 2) dokumentację medyczną potwierdzającą prawo do otrzymania świadczenia, w tym kopie wyników badań lekarskich stwierdzających istnienie trwałego uszczerbku na zdrowiu, wystawioną nie wcześniej niż po upływie 3 miesięcy od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,

3) w przypadku trwałego uszczerbku w następstwie udaru mózgu - dowody na istnienie trwałych następstw i objawów neurologicznych przez okres dłuższy niż 90 dni oraz wyniki tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,

4) w przypadku trwałego uszczerbku w następstwie zawału serca:

- a) dokumentację medyczną zawierającą opis występowania typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej,
- b) elektrokardiogram z zapisem obecności nowych, dotychczas nie występujących, zmian w zapisie elektrokardiograficznym charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego,
- c) wyniki badań biochemicznych dotyczących wzrostu aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium.

3. Podstawą ustalenia wysokości świadczenia są:

- 1) suma ubezpieczenia dodatkowego określona w polisie, aktualna na dzień zajścia nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu lub zawału serca,
- 2) wartości trwałego uszczerbku na zdrowiu określone w wybranej przez Ubezpieczającego Tabeli norm oceny trwałego uszczerbku na zdrowiu.

4. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu orzeka się po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia, nie później jednak niż w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu lub zawału serca. Decyzja o stopniu trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej podejmowana jest na podstawie stanu zdrowia Osoby ubezpieczonej z dnia złożenia pełnej dokumentacji związanej z trwałym uszczerbkiem na zdrowiu i będącym jego przyczyną nieszczęśliwym wypadkiem, udarem mózgu lub zawałem serca. Zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, która nastąpiła po dniu wydania decyzji o stopniu trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie daje podstawy do wypłaty, zmiany wysokości bądź cofnięcia świadczenia Towarzystwa.

5. Przed podjęciem decyzji o stopniu trwałego uszczerbku na zdrowiu Towarzystwo może:

- 1) zwrócić się do Osoby ubezpieczonej o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji;
- 2) skierować Osobę ubezpieczoną na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.

6. Przy ustalaniu stopnia uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju wykonywanej pracy ani innych aktywności wykonywanych przez Osobę ubezpieczoną.

7. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danej Osoby ubezpieczonej ograniczona jest do łącznej wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od ilości zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWDU, mających miejsce w okresie ubezpieczenia.

8. W przypadku gdy trwały uszczerbek na zdrowiu Osoby ubezpieczonej powstał w obrębie narządów (organów), których funkcje przed dniem zajścia nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu lub zawału serca były już upośledzone lub w przypadku kolejnego trwałego uszczerbku Osoby ubezpieczonej w obrębie tego samego narządu (organu), Towarzystwo wypłaci świadczenie pomniejszone o wartość trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącego przed dniem zajścia nieszczęśliwego wypadku, udaru mózgu lub zawału serca.

§ 8. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż



w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2-3.

2. W stosunku do danej Osoby ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa w dniu złożenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli wypłacane świadczenie wyczerpuje samo lub łącznie z poprzednio wypłaconymi świadczeniami 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego, chyba że Towarzystwo odmówiło wypłaty świadczenia.

3. W zakresie odpowiedzialności Towarzystwa obejmującej trwałe uszczerbek w następstwie udaru mózgu lub zawału serca, odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w przeddzień najbliższej

rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Osoba ubezpieczona kończy 65 lat.

§ 9. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE WYPADKU PRZY PRACY (GTUP) BRP-0909

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku przy pracy o symbolu BRP-0909 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umów ubezpieczenia podstawowego, zawieranych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S. A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Trwały uszczerbek na zdrowiu – występujące u Osoby ubezpieczonej trwale, nieodwracalne i nie rokujące z punktu widzenia wiedzy medycznej poprawę uszkodzenie organu, narządu lub układu spełniające łącznie następujące warunki:

a) polega na fizycznej utracie organu, narządu lub układu albo powoduje trwałe upośledzenie funkcji organu, narządu lub układu,

b) zostało wymienione w obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia tabeli dostępnej w siedzibie Towarzystwa i wybranej przez Ubezpieczającego spośród dwóch następujących tabel: Tabeli norm oceny trwałego uszczerbku na zdrowiu A lub Tabeli norm oceny trwałego uszczerbku na zdrowiu B oraz zgodnie z nią ocenione na zasadach wskazanych w niniejszych OWDU.

2) Wypadek przy pracy – będące nieszczęśliwym wypadkiem nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które nastąpiło w okresie ubezpieczenia w związku z pracą:

a) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Osobę ubezpieczoną zwykłych czynności lub poleceń przełożonych w ramach stosunku pracy lub stosunku cywilnoprawnego,

b) podczas lub w związku z wykonywaniem przez Osobę ubezpieczoną czynności na rzecz pracodawcy, nawet bez polecenia,

c) w czasie pozostawania Osoby ubezpieczonej w dyspozycji pracodawcy w drodze między siedzibą pracodawcy a miejscem wykonywania obowiązku wynikającego ze stosunku pracy,

d) w czasie podróży służbowej w okolicznościach innych niż określone w lit. a-c, chyba że wypadek spowodowany został postępowaniem Osoby ubezpieczonej, które nie pozostawało w związku z wykonywaniem powierzonych mu zadań,

e) podczas szkolenia w zakresie powszechnej samoobrony,

f) przy wykonywaniu zadań zleconych przez działające u pracodawcy organizacje związkowe,

i było bezpośrednią oraz wyłączną przyczyną trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Osoby Ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej w następstwie wypadku przy pracy, Towarzystwo wypłaci tej osobie świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) wypadek przy pracy, będący przyczyną trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,

2) trwały uszczerbek na zdrowiu Osoby ubezpieczonej nastąpił w okresie ubezpieczenia,

3) trwały uszczerbek na zdrowiu Osoby ubezpieczonej nastąpił w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia wypadku przy pracy.

§ 5. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Do ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa określone w § 14 OWU, stosowane wprost lub odpowiednio.

2. Jeżeli Osoba ubezpieczona zmarła w następstwie wypadku przy pracy w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia wypadku przy pracy, to świadczenie z tytułu ubezpieczenia dodatkowego nie przysługuje.

3. Jeżeli w sytuacji opisanej w ust. 2 świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej zostało już wypłacone, to świadczenie z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacane z tytułu ubezpieczenia podstawowego będzie pomniejszone o wypłaconą kwotę świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego. Jeżeli kwota świadczenia z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacanego z tytułu ubezpieczenia podstawowego jest niższa lub równa wypłaconej wcześniej kwocie świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zaniecha wypłaty świadczenia.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-8.

2. Do wniosku o wypłatę świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

1) zaświadczenie lekarskie o całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji,

2) dokumentację medyczną potwierdzającą prawo do otrzymania świadczenia, w tym kopie wyników badań lekarskich stwierdzających istnienie trwałego uszczerbku na zdrowiu,

3) dokumentację związaną z okolicznościami zajścia wypadku przy pracy oraz trwałego uszczerbku na zdrowiu Osoby ubezpieczonej, w tym:

a) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę Osoby ubezpieczonej kopię protokołu ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy sporządzonego według wzoru zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw pracy, w przypadku gdy Osoba ubezpieczona pozostaje w stosunku pracy,

b) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracodawcę Osoby ubezpieczonej kopię karty wypadku sporządzonej według wzoru zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw pracy –



w przypadku gdy Osoba ubezpieczona jest zatrudniona na podstawie umowy cywilnoprawnej,

4) kopię odpowiednio: umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, w zależności od rodzaju zatrudnienia.

3. Podstawą ustalenia wysokości świadczenia są:

1) suma ubezpieczenia dodatkowego określona w polisie, aktualna na dzień zajścia wypadku przy pracy,

2) wartości trwałego uszczerbku na zdrowiu określone w wybranej przez Ubezpieczającego Tabeli norm oceny trwałego uszczerbku na zdrowiu.

4. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu orzeka się po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia, nie później jednak niż w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia wypadku przy pracy. Decyzja o stopniu trwałego uszczerbku na zdrowiu podejmowana jest na podstawie stanu zdrowia Osoby ubezpieczonej z dnia złożenia pełnej dokumentacji związanej z trwałym uszczerbkiem na zdrowiu i będącym jego przyczyną wypadkiem przy pracy. Zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, która nastąpiła po dniu wydania decyzji o stopniu trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie daje podstawy do wypłaty, zmiany wysokości bądź cofnięcia świadczenia Towarzystwa.

5. Przed podjęciem decyzji o stopniu trwałego uszczerbku na zdrowiu Towarzystwo może:

1) zwrócić się do Osoby ubezpieczonej o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji;

2) skierować Osobę ubezpieczoną na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.

6. Przy ustalaniu stopnia uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju wykonywanej pracy ani innych aktywności wykonywanych przez Osobę ubezpieczoną.

7. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danej Osoby ubezpieczonej ograniczona jest do łącznej wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od ilości zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWDU, mających miejsce w okresie ubezpieczenia.

8. W przypadku gdy trwały uszczerbek na zdrowiu Osoby ubezpieczonej powstał w obrębie narządów (organów), których funkcje przed dniem zajścia wypadku przy pracy były już upośledzone lub w przypadku kolejnego trwałego uszczerbku Osoby ubezpieczonej w obrębie tego samego narządu (organu), Towarzystwo wypłaci

świadczenie pomniejszone o stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącego przed dniem zajścia wypadku przy pracy.

§ 7. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA WYPADKU PRZY PRACY

1. W razie zajścia wypadku przy pracy:

1) Osoba ubezpieczona powinna być niezwłocznie poddana opiece lekarskiej i zaleconym przez lekarzy badaniom, leczeniu lub zabiegom rehabilitacyjnym;

2) należy zawiadomić o wypadku przy pracy pracodawcę, inspektora BHP i państwową inspekcję pracy, a jeśli wypadek nastąpił w drodze do pracy lub z pracy, pracodawcę i policję;

3) należy wykonać badania medyczne w celu ustalenia, czy Osoba ubezpieczona była w chwili zajścia wypadku przy pracy pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych;

4) należy umożliwić Towarzystwu uzyskanie informacji dotyczących okoliczności zajścia wypadku przy pracy, którego skutkiem był trwały uszczerbek na zdrowiu Osoby ubezpieczonej, w tym także lekarzy sprawujących opiekę nad tą osobą.

2. Jeżeli nie dopełniono obowiązków określonych w ust. 1, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub zmniejszyć jego wysokość.

§ 8. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W stosunku do danej Osoby ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa w dniu złożenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli wypłacane świadczenie wyczerpuje samo lub łącznie z poprzednio wypłaconymi świadczeniami 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego, chyba że Towarzystwo odmówiło wypłaty świadczenia.

§ 9. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEJ UTRATY ZDROWIA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GTR) BRP-1009

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-1009 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

I. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) **Trwała utrata zdrowia** - zdarzenie medyczne będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, wymienione w Tabeli trwałej utraty zdrowia, o której mowa w pkt 2.

2) **Tabela trwałej utraty zdrowia** – zestawienie zdarzeń medycznych stanowiących zgodnie z postanowieniami OWDU trwałą utratę zdrowia, umieszczone w § 4, uwzględniające postaci trwałej utraty zdrowia oraz odpowiadające im wysokości świadczeń przysługujące Osobie ubezpieczonej z tytułu trwałej utraty zdrowia, wyrażone jako

wartości procentowe sumy ubezpieczenia dodatkowego.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia trwałej utraty zdrowia Osoby ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tej osobie świadczenie w wysokości określonej w Tabeli trwałej utraty zdrowia odpowiedniej części sumy ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną trwałej utraty zdrowia Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,

2) trwała utrata zdrowia Osoby ubezpieczonej nastąpiła w okresie ubezpieczenia,

3) trwała utrata zdrowia Osoby ubezpieczonej nastąpiła w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.

TABELA TRWAŁEJ UTRATY ZDROWIA

Trwała utrata zdrowia osoby ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku

Głowa	
1. Uszkodzenie powłok czaszki:	
a) powłok bez ubytków kostnych	5%
b) całkowite oskalpowanie	25%
2. Uszkodzenie kości czaszki	
a) uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (pęknięcie, wgłobienia, fragmentacje, szczeliny itp.)	5%
b) ubytki w kościach czaszki o powierzchni poniżej 5cm ²	7%
c) ubytki w kościach czaszki o powierzchni 5 cm ² lub większej	15%
3. Padaczka pourazowa z napadami typu grand – mal (rodzaj i ilość napadów musi być potwierdzony dokumentacją medyczną):	
a) z częstymi napadami grand - mal (4 lub więcej na miesiąc, pomimo leczenia)	30%
b) z rzadkimi napadami grand - mal (3 lub mniej na miesiąc, pomimo leczenia)	10%
4. Całkowita utrata mowy w skutek afazji motorycznej lub sensorycznej	50%
Uszkodzenia twarzy	
5. Uszkodzenie powłok twarzy	
a) z pozostawieniem trwałych oszpecających blizn lub ubytków	5%
b) połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowania pokarmów, zaburzenia oddychania, zaburzenia mowy)	15%
6. Utrata nosa	
a) w całości (włącznie z kośćmi nosa)	15%
b) częściowa utrata nosa	5%
7. Całkowita utrata siekaczy i kłów (wyłącznie), za każdy ząb	1%
8. Całkowita utrata żuchwy lub szczęki (łącznie z poz. 5 i 7)	45%
9. Złamanie szczęki	5%
10. Złamanie żuchwy	5%
11. Złamanie innych niż wymienione wyżej kości twarzoczaszki	2%



12. Ubytek podniebienia	15%
-------------------------	-----

13. Utrata języka	
-------------------	--

a) częściowa, z zaburzeniami funkcji	5%
--------------------------------------	----

b) całkowita	50%
--------------	-----

Uszkodzenia narządu wzroku

14. Obniżenie ostrości wzroku lub utratę wzroku jednego lub obu oczu należy oceniać według tabeli poniżej.

Ostrość wzroku ocenia się w zawsze po korekcji szklami zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.

Ostrość wzroku oka prawego	1,0 (10/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0
Ostrość wzroku oka lewego	Procent trwałej utraty zdrowia										
1,0 (10/10)	0	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35
0,9 (9/10)	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40
0,8 (8/10)	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45
0,7 (7/10)	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50
0,6 (6/10)	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55
0,5 (5/10)	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
0,4 (4/10)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
0,3 (3/10)	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
0,2 (2/10)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80
0,1 (1/10)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90
0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100

15. Porażenie nastawności (akomodacji) – przy korekcji szklami:

a) jednego oka	15%
----------------	-----

b) obu oczu	30%
-------------	-----

16. Koncentryczne zwężenie pola widzenia należy oceniać według tabeli poniżej:

Zwężenie do	Procent trwałej utraty zdrowia		
	Przy nienaruszonym drugim oku	W obu oczach	Przy ślepotcie drugiego oka
60°	0	0	35
50°	5	15	45
40°	10	25	55
30°	15	50	70
20°	20	80	85
10°	25	90	95
Poniżej 10°	35	95	100

17. Połowicze niedowidzenia:

a) dwuskroniowe	60%
-----------------	-----

b) dwunosowe	30%
--------------	-----

c) jednoimienne	25%
-----------------	-----

d) jednoimienne górne	10%
-----------------------	-----

e) jednoimienne dolne	40%
-----------------------	-----

Uszkodzenia narządu słuchu

18. Utrata małżowiny usznej

a) całkowita utrata	10%
---------------------	-----

b) częściowa utrata	3%
---------------------	----

19. Przy upośledzeniu ostrości słuchu stopień utraty zdrowia oceniamy według tabeli poniżej. Należy obliczyć średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 0,5; 1 i 2 kHz

Ubytek słuchu w uchu prawym	0 – 25 dB	26 – 40 dB	41 – 70 dB	powyżej 70 dB
Ubytek słuchu w uchu lewym	Procent trwałej utraty zdrowia			
0 – 25 dB	0	5	10	20
26 – 40 dB	5	15	20	30
41 – 70 dB	10	20	30	40
powyżej 70 dB	20	30	40	50

Uszkodzenia szyi i jej narządów

20. Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji	10%
--	-----



21. Uszkodzenia krtani z jej zwężeniem:	
a) nie wymagające stosowania na stałe rurki tchawiczej	10%
b) wymagające stosowania na stałe rurki tchawiczej	35%
22. Uszkodzenie tchawicy z jej zwężeniem	
20%	
23. Uszkodzenia przełyku:	
a) powodujące trudności w odżywianiu	10%
b) umożliwiające odżywianie wyłącznie płynami	30%
c) z całkowitą jego niedrożnością i ze stałą przetoką żołądkową	80%
Uszkodzenia klatki piersiowej i jej narządów	
24. Całkowita utrata brodawki sutkowej (dotyczy wyłącznie kobiet)	
10%	
25. Całkowita utrata sutka (dotyczy wyłącznie kobiet)	
25%	
26. Złamanie żebra: z obecnością jego zniekształceń po zroście, za każde żebro	
1,5%	
27. Złamanie mostka z obecnością zniekształceń po jego zroście	
5%	
28. Całkowita utrata jednego płuca	
40%	
29. Częściowa utrata płuca, obejmująca przynajmniej jeden jego płat	
15%	
30. Uszkodzenie serca:	
10%	
a) z przerwaniem ciągłości jego ściany	30%
b) bez przerwania ciągłości jego ściany	10%
Uszkodzenia jamy brzusznej	
31. Rozerwanie mięśni powłok brzusznych z wytworzeniem przepukliny pourazowej	
8%	
Uwaga: nie dotyczy wszystkich innych rodzajów przepuklin, w tym tzw. przepuklin wysiłkowych spowodowanych nagłym wysiłkiem fizycznym lub gwałtownym ruchem	
32. Uszkodzenie żołądka:	
a) częściowe wycięcie	5%
b) przy usunięciu więcej niż 50% narządu	20%
33. Uszkodzenie jelita cienkiego lub grubego:	
a) przy częściowym wycięciu	5%
b) przy usunięciu więcej niż 50% długości jelita cienkiego lub grubego	20%
34. Przetoki jelitowe, kałowe i sztuczny odbył:	
a) jelita cienkiego	35%
b) jelita grubego	25%
35. Uszkodzenie zwieracza odbytu, powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	
60%	
36. Przetoka okołoodbytnicza	
10%	
37. Całkowite usunięcie śledziony	
15%	
38. Uszkodzenie wątroby:	
a) powodujące konieczność jej częściowego usunięcia	10%
b) przy resekcji więcej niż 50% jej miąższu	30%
39. Uszkodzenie trzustki, powodujące konieczność jej częściowego usunięcia	
20%	
Uszkodzenia narządów moczowo – płciowych	
40. Całkowita utrata jednej nerki	
40%	
41. Wyłonienie stałej przetoki dróg moczowych lub pęcherza moczowego	
20%	
42. Całkowita utrata prącia	
40%	
43. Całkowita utrata jądra lub jajnika	
20%	
44. Całkowita utrata obu jąder lub jajników	
40%	
45. Całkowita utrata macicy, do 50 roku życia	
40%	
46. Całkowita utrata macicy, powyżej 50 roku życia	
20%	
Całkowita fizyczna utrata	
47. Kończyna górna	
a) w stawie barkowym	75%
b) w obrębie ramienia lub na poziomie stawu łokciowego	60%
c) w obrębie przedramienia	55%
d) na poziomie nadgarstka	50%
48. Kciuk w całości (całkowita utrata dwóch paliczków)	
15%	
49. Palec wskazujący w całości (całkowita utrata trzech paliczków)	
7%	



50. Inny palec dłoni w całości (całkowita utrata trzech paliczków)	4%
51. Kończyna dolna	
a) w stawie biodrowym	75%
b) w obrębie uda lub na poziomie stawu kolanowego	60%
c) w obrębie podudzia	50%
d) stopa w całości	40%
e) stopa z wyłączeniem pięty	30%
52. Paluch w całości (całkowita utrata dwóch paliczków)	4%
53. Inne palce stopy w całości (całkowita utrata trzech paliczków)	1,5%
Całkowita i trwała utrata władzy	
54. Kończyna górna	
a) w stawie barkowym	65%
b) w obrębie ramienia lub na poziomie stawu łokciowego	50%
c) w obrębie przedramienia	45%
d) na poziomie nadgarstka	40%
55. Kciuk w całości (w obrębie dwóch paliczków)	10%
56. Palec wskazujący w całości (w obrębie trzech paliczków)	4%
57. Inny palec dłoni w całości (w obrębie trzech paliczków)	1%
58. Kończyna dolna	
a) w stawie biodrowym	65%
b) w obrębie uda lub na poziomie stawu kolanowego	50%
c) w obrębie podudzia	40%
d) stopa w całości	30%
e) stopa z wyłączeniem pięty	20%
59. Paluch w całości (w obrębie dwóch paliczków)	1%
60. Inne palce stopy w całości (w obrębie trzech paliczków)	0,5%
Złamania - kręgosłup szyjny, piersiowy lub lędźwiowy	
61. Złamanie kompresyjne kręgu, za każdy krąg	4%
62. Złamania wyrostków poprzecznych i ościstych oraz złamanie kości ogonowej, za każde złamanie	1%
Złamania - narząd ruchu	
63. Złamanie kości miednicy (nie dotyczy kości ogonowej)	
a) wieloodłamowe otwarte	25%
b) inne złamania otwarte	12%
c) inne złamania wieloodłamowe	8%
d) inny rodzaj złamania	6%
64. Złamanie kości udowej, ramiennej lub łopatki	
a) wieloodłamowe otwarte	16%
b) inne złamania otwarte	12%
c) inne złamanie wieloodłamowe	8%
d) inny rodzaj złamania	6%
65. Złamanie obu kości podudzia, przedramienia	
a) wieloodłamowe otwarte	12%
b) inne złamania otwarte	10%
c) inne złamanie wieloodłamowe	8%
d) inny rodzaj złamania	5%
66. Złamanie kości łokciowej, promieniowej, piszczelowej, strzałkowej, obojczyka, rzepki lub kciuka	
a) wieloodłamowe otwarte	10%
b) inne złamania otwarte	8%
c) inne złamanie wieloodłamowe	6%
d) inny rodzaj złamania	4%
67. Złamania kości palców dłoni (za wyjątkiem kciuka) i stóp, stępu, śródstopia, nadgarstka, śródreżca	
a) złamania otwarte, za każde złamanie	2%
b) inny rodzaj złamania, za każde złamanie	1%



Zesztywnienia stawów, skrócenie kończyny dolnej

68. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu biodrowego	25%
69. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu kolanowego	20%
70. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu skokowego	10%
71. Skrócenie kończyny dolnej:	
a) o 2 – 6 cm	10%
b) powyżej 6 cm	25%
72. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu barkowego	25%
73. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) stawu łokciowego	20%
74. Całkowite unieruchomienie (zesztywnienie) nadgarstka	10%

Wytworzenie stawu rzekomego

75. Staw rzekomy kości udowej	25%
76. Staw rzekomy kości piszczelowej	15%
77. Staw rzekomy kości strzałkowej	10%
78. Staw rzekomy obu kości podudzia	20%
79. Staw rzekomy obojczyka	15%
80. Staw rzekomy kości ramiennej	25%
81. Staw rzekomy kości promieniowej	15%
82. Staw rzekomy kości łokciowej	10%
83. Staw rzekomy obu kości przedramienia	20%

Uwaga: Łączny procent trwałej utraty zdrowia stwierdzony na podstawie poz. 54 – 60 i 64-83 , nie może być wyższy niż procent trwałej utraty zdrowia przy całkowitej fizycznej utracie odpowiedniego narządu określony w poz. 47 – 53 powyższej tabeli.

Oparzenia

84. Oparzenia - wyłącznie II i III stopnia	
a) obejmujące od 6% do 15% powierzchni ciała	10%
b) obejmujące od 16% do 30% powierzchni ciała	20%
c) obejmujące powyżej 30% powierzchni ciała	40%

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Do ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa określone w § 14 OWU, stosowane wprost lub odpowiednio.

2. Jeżeli Osoba ubezpieczona zmarła w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku, to świadczenie z tytułu ubezpieczenia dodatkowego nie przysługuje.

3. Jeżeli w sytuacji opisanej w ust. 2 świadczenie z tytułu trwałej utraty zdrowia Osoby ubezpieczonej zostało już wypłacone, to świadczenie z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacane z tytułu ubezpieczenia podstawowego będzie pomniejszone o wypłaconą kwotę świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego. Jeżeli kwota świadczenia z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacanego z tytułu ubezpieczenia podstawowego jest niższa lub równa wypłaconej wcześniej kwocie świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zaniecha wypłaty świadczenia.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-8.

2. Towarzystwo podejmuje decyzję o stopniu trwałej utraty zdrowia na podstawie stanu zdrowia Osoby ubezpieczonej z dnia złożenia pełnej dokumentacji związanej z trwałą utratą zdrowia i nieszczęśliwym wypadkiem, który był jej przyczyną. Zmiana postaci lub stopnia trwałej utraty zdrowia, która nastąpiła po dniu wydania decyzji, o której mowa w zdaniu pierwszym, nie daje podstawy do wypłaty, zmiany wysokości,

bądź cofnięcia świadczenia Towarzystwa.

3. Podstawą ustalenia wysokości świadczenia są:

1) suma ubezpieczenia dodatkowego określona w polisie, aktualna na dzień, w którym nieszczęśliwy wypadek miał miejsce,

2) wartości procentowe określone w Tabeli trwałej utraty zdrowia.

4. Wysokość świadczenia oblicza się, mnożąc odpowiednią wartość procentową wynikającą z Tabeli trwałej utraty zdrowia przez sumę ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem ust. 7.

5. Przed podjęciem decyzji, o której mowa w ust. 2, Towarzystwo może:

1) zwrócić się do Osoby ubezpieczonej do świadczenia o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji;

2) skierować Osobę ubezpieczoną na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.

6. Towarzystwo wypłaci świadczenie, gdy wartość procentowa trwałej utraty zdrowia Osoby ubezpieczonej w następstwie danego nieszczęśliwego wypadku wyniesie ponad 20%.

7. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danej Osoby ubezpieczonej ograniczona jest do łącznej wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od ilości zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWDU, mających miejsce w okresie ubezpieczenia.

8. W przypadku gdy trwała utrata zdrowia Osoby ubezpieczonej powstała w obrębie organu lub narządu, którego funkcje przed dniem zajścia nieszczęśliwego wypadku były już upośledzone, Towarzystwo



wypłaci świadczenie pomniejszone o stopień trwałej utraty zdrowia istniejącej przed dniem zajścia nieszczęśliwego wypadku ustalony na podstawie Tabeli trwałej utraty zdrowia.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W stosunku do danej Osoby ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa w dniu złożenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu trwałej utraty zdrowia,

jeżeli wypłacane świadczenie wyczerpuje samo lub łącznie z poprzednio wypłaconymi świadczeniami 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego, chyba że Towarzystwo odmówiło wypłaty świadczenia.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CIĘŻKIEJ TRWAŁEJ UTRATY ZDROWIA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU Z WYPŁATĄ RENTY (GCT) BRP-I109

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku z wypłatą renty o symbolu BRP-I109 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa w oparciu o ubezpieczenie dodatkowe może nastąpić, jeżeli Osoba ubezpieczona objęta jest jednocześnie dodatkowym ubezpieczeniem na wypadek trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-I009.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) **Ciężka trwała utrata zdrowia** – trwała utrata zdrowia, o której mowa w pkt 2, jeżeli stwierdzona przez Towarzystwo wartość procentowa trwałej utraty zdrowia wynosi co najmniej 60%.

2) **Trwała utrata zdrowia** – trwała utrata zdrowia w rozumieniu § 2 ust. 1 pkt 1 Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-I009.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia ciężkiej trwałej utraty zdrowia Osoby ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo będzie wypłacało tej osobie przez czas określony w polisie, ale nie dłużej niż do dnia śmierci Osoby ubezpieczonej, miesięczną rentę, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, będzie wypłacane, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną ciężkiej trwałej utraty zdrowia Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,

2) ciężka trwała utrata zdrowia Osoby ubezpieczonej nastąpiła w okresie ubezpieczenia,

3) ciężka trwała utrata zdrowia Osoby ubezpieczonej nastąpiła w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku,

4) wartość procentowa ciężkiej trwałej utraty zdrowia orzeczona przez Towarzystwo wynosi co najmniej 60%.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Do ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa określone w § 14 OWU, stosowane wprost lub odpowiednio.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-7.

2. Towarzystwo będzie wypłacało rentę w wysokości określonej w polisie.

3. Towarzystwo rozpocznie wypłatę renty od miesiąca, w którym stwierdzi ciężką trwałą utratę zdrowia.

4. Terminem płatności renty jest piętnasty dzień miesiąca kalendarzowego.

5. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty renty również w przypadku, gdy wartość procentowa trwałej utraty zdrowia wynosząca co najmniej 60% jest łączną wartością procentową trwałej utraty zdrowia, będącej następstwem nieszczęśliwych wypadków mających miejsce w okresie ubezpieczenia.

6. Wartość procentową trwałej utraty zdrowia, o której mowa w § 4 ust. 2 pkt 4, oblicza się na podstawie tabeli trwałej utraty zdrowia, o której mowa w § 4 Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-I009.

7. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty renty w wysokości określonej w polisie. Powstanie trwałej utraty zdrowia, której wartość procentowa przekracza 60%, a także zwiększenie wartości procentowej trwałej utraty zdrowia w trakcie wypłaty renty, nie wpływa na wysokość wypłacanej renty.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.


2. W stosunku do danej Osoby ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa:

1) w dniu złożenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu trwałej utraty zdrowia, jeżeli stwierdzono ciężką trwałą utratę zdrowia,

2) w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później.



Franz Fuchs
Prezes Zarządu



Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GPN) BRP-I 209

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-I209 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umów ubezpieczenia podstawowego, zawieranych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S. A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM) - oddział szpitala, prowadzony przez specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, wyposażony w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, w którym odbywa się leczenie ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych. W rozumieniu niniejszych OWDU za powyższy oddział uważa się również:

- a) oddział intensywnej terapii,
- b) oddział intensywnego nadzoru medycznego,
- c) salę intensywnej opieki medycznej, tj. w rozumieniu niniejszych OWDU salę wydzieloną w oddziale szpitalnym, przeznaczoną dla pacjentów pod opieką specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, 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.

2) Pobyt w szpitalu – udokumentowany pobyt Osoby ubezpieczonej w szpitalu, mający miejsce w okresie ubezpieczenia, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Osoby ubezpieczonej. W rozumieniu niniejszych OWDU za pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu na oddziale dziennym oraz pobytu dziennego.

3) Szpital – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium państw: Norwegia, Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Chorwacja, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny. W rozumieniu niniejszych OWDU za szpital nie uważa się:

- a) szpitala psychiatrycznego, szpitala, domu opieki, ośrodka, oddziału lub innej jednostki, 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,

b) szpitala, ośrodka, oddziału lub innej jednostki: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowiskowej, rehabilitacyjnej lub rekonwalescencyjnej,

c) domowej opieki pielęgniarstwa, hospicjów, domów opieki, ośrodków wypoczynkowych,

d) szpitala, ośrodka, oddziału lub innej jednostki leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:

1) pobyt Osoby ubezpieczonej w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub

2) pobyt Osoby ubezpieczonej na OIOM w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

2. W razie pobytu Osoby ubezpieczonej w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tej osobie świadczenie w postaci zasiłku dziennego określonego w polisie, aktualnego na pierwszy dzień pobytu w szpitalu, za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

3. W razie pobytu Osoby ubezpieczonej na OIOM w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tej osobie świadczenie w postaci podwójnego zasiłku dziennego określonego w polisie, aktualnego na pierwszy dzień pobytu na OIOM, za każdy dzień pobytu na OIOM, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 2 lub w ust. 3, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną pobytu w szpitalu lub pobytu na OIOM, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,

2) pobyt w szpitalu lub pobyt na OIOM miał miejsce w okresie ubezpieczenia,

3) pobyt w szpitalu lub kolejnych szpitalach lub pobyt na OIOM trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni,

4) pobyt w szpitalu lub pobyt na OIOM rozpoczął się w ciągu 30 dni od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.

5. Każdy rozpoczęty dzień pobytu w szpitalu lub pobytu na OIOM uważa się za pełny.

§ 5. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Do ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa określone w § 14 OWU, stosowane wprost lub odpowiednio, z zastrzeżeniem ust. 2-3.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt Osoby ubezpieczonej w szpitalu miał miejsce w następstwie lub w związku z:

- 1)** koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu



zdrowia Osoby Ubezpieczonej;

2) leczeniem lub zabiegami leczniczymi innymi niż spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem.

3. W przypadku pobytu Osoby ubezpieczonej w szpitalu lub ośrodku lub na oddziale neurologicznym Towarzystwo ponosi odpowiedzialność do 30 dnia nieprzerwanego pobytu Osoby ubezpieczonej w tym – odpowiednio – szpitalu, ośrodku lub oddziale.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-8.

2. Do wniosku o wypłatę świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

1) dokumentację związaną z pobytem Osoby ubezpieczonej w szpitalu,

2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis) – zaświadczenie stwierdzające pobyt Osoby ubezpieczonej w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku,

3) dokumentację potwierdzającą pobyt Osoby ubezpieczonej na OIOM – w przypadku pobytu Osoby Ubezpieczonej na OIOM.

3. Przed podjęciem decyzji odnośnie wypłaty świadczenia Towarzystwo może zwrócić się do Osoby ubezpieczonej o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty świadczenia z tytułu pobytu na OIOM w sumie za nie więcej niż 7 dni pobytu na OIOM w każdym kolejnym roku okresu ubezpieczenia. Za każdy dzień pobytu na OIOM ponad okres wskazany w zdaniu poprzednim świadczenie spełniane jest w wysokości świadczenia za

każdy dzień pobytu w szpitalu.

5. Towarzystwo wypłaca świadczenia, o których mowa w § 4 ust. 2-3, w sumie za nie więcej niż łącznie 92 dni pobytu w szpitalu lub pobytu na OIOM w każdym kolejnym roku okresu ubezpieczenia, nie częściej jednak niż pięć razy w danym roku okresu ubezpieczenia.

6. Osobie ubezpieczonej przysługuje tylko jedno ze świadczeń wskazanych w § 4 ust. 2-3.

7. W przypadku udokumentowanego pobytu w szpitalu trwającego dłużej niż 30 dni, Towarzystwo może wypłacić zaliczkę na poczet przyszłego świadczenia.

8. Zgłoszenie wniosku o świadczenie powinno nastąpić w terminie do 45 dni po zakończeniu pobytu w szpitalu.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB CHOROBY (GPO) BRP-1309

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby o symbolu BRP-1309 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umów ubezpieczenia podstawowego, zawieranych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S. A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM) - oddział szpitala, prowadzony przez specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, wyposażony w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, w którym odbywa się leczenie ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych. W rozumieniu niniejszych OWDU za powyższy oddział uważa się również:

- a) oddział intensywnej terapii,
- b) oddział intensywnego nadzoru medycznego,
- c) salę intensywnej opieki medycznej, tj. w rozumieniu niniejszych OWDU salę wydzieloną w oddziale szpitalnym, przeznaczoną dla pacjentów pod opieką specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, 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.

2) Pobyt w szpitalu – udokumentowany pobyt Osoby ubezpieczonej w szpitalu, mający miejsce w okresie ubezpieczenia, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Osoby ubezpieczonej. W rozumieniu niniejszych OWDU za pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu w szpitalu wyłącznie w celu wykonania badań diagnostycznych, pobytu na oddziale dziennym oraz pobytu dziennego.

3) Szpital – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium państw: Norwegia, Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Chorwacja, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny. W rozumieniu niniejszych OWDU za szpital nie uważa się:

- a) szpitala psychiatrycznego, szpitala, domu opieki, ośrodka, oddziału lub innej jednostki, 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,

- b) szpitala, ośrodka, oddziału lub innej jednostki: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowskiej, rehabilitacyjnej lub rekonwalescencyjnej,
- c) domowej opieki pielęgniarstwa, hospicjów, domów opieki, ośrodków wypoczynkowych,
- d) szpitala, ośrodka, oddziału lub innej jednostki leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:

- 1) pobyt Osoby ubezpieczonej w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub
- 2) pobyt Osoby ubezpieczonej na OIOM w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub
- 3) pobyt Osoby ubezpieczonej w szpitalu w następstwie choroby.

2. W razie pobytu Osoby ubezpieczonej w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tej osobie świadczenie w postaci zasiłku dziennego określonego w polisie, aktualnego na pierwszy dzień pobytu w szpitalu, za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

3. W razie pobytu Osoby ubezpieczonej na OIOM w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tej osobie świadczenie w postaci podwójnego zasiłku dziennego określonego w polisie, aktualnego na pierwszy dzień pobytu na OIOM, za każdy dzień pobytu na OIOM, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 2 lub ust. 3, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) pobyt w szpitalu lub pobyt na OIOM miał miejsce w okresie ubezpieczenia,
- 2) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną pobytu w szpitalu lub pobytu na OIOM, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,
- 3) pobyt w szpitalu lub w kolejnych szpitalach lub pobyt na OIOM trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni,
- 4) pobyt w szpitalu lub pobyt na OIOM rozpoczął się w ciągu 30 dni od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.

5. W razie pobytu Osoby ubezpieczonej w szpitalu w następstwie choroby, Towarzystwo wypłaci tej osobie świadczenie w postaci zasiłku dziennego określonego w polisie, aktualnego na pierwszy dzień pobytu w szpitalu, za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

6. Świadczenie, o którym mowa w ust. 5, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) pobyt w szpitalu miał miejsce w okresie ubezpieczenia,



- 2) pobyt w szpitalu lub w kolejnych szpitalach trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni.
7. Każdy rozpoczęty dzień pobytu w szpitalu lub na OIOM uważa się za pełny.

§ 5. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W zakresie okresowego ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa (karencji) stosuje się postanowienia § 10 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Niezależnie od postanowień § 10 OWU, w stosunku do wszystkich Osób ubezpieczonych, które bezpośrednio przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia nie były objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z Towarzystwem lub innym niż Towarzystwo ubezpieczycielem, stosuje się 1-miesięczne ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa liczone od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia, w którym odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do zdarzeń ubezpieczeniowych będących następstwem nieszczęśliwych wypadków.
3. Do ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa określone w § 14 OWU, stosowane wprost lub odpowiednio, z zastrzeżeniem ust. 4-5.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt Osoby ubezpieczonej w szpitalu miał miejsce w następstwie lub w związku z:
 - 1) koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Osoby ubezpieczonej;
 - 2) koniecznością przeprowadzenia operacji plastycznej lub zabiegu kosmetycznego, za wyjątkiem przypadków, gdy miały one na celu usunięcie skutków nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie ubezpieczenia;
 - 3) uszkodzeniem ciała lub pogorszeniem stanu zdrowia, które nastąpiły przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia lub były skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia lub która została zdiagnozowana lub wymagała porady lekarskiej, leczenia lub zastosowania leków przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia;
 - 4) zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS, nie będącym chorobą zawodową;
 - 5) rekonwalescencją mającą miejsce w okresie urlopu dla poratowania zdrowia lub urlopu zdrowotnego (planowanym leczeniem przewidywanym w szczegółowych przepisach resortowych);
 - 6) leczeniem dyskopatii lub zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa, chorób zwyrodnieniowych stawów, reumatoidalnego zapalenia stawów, chorób stawu kolanowego, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - 7) leczeniem przeprowadzonym w klinice medycyny naturalnej;
 - 8) leczeniem lub operacjami, które nie są medyczną koniecznością;
 - 9) leczeniem lub zabiegami stomatologicznymi, chyba że wynikają one z obrażeń doznanych w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - 10) ciążą, jej powikłaniami, poronieniem, usunięciem ciąży, porodem, położeniem z wyjątkiem przypadków, gdy:
 - a) zdiagnozowano ciążę wysokiego ryzyka,
 - b) poród miał przebieg patologiczny,
 - c) nastąpiły komplikacje położenia stanowiące zagrożenie dla życia matki.

5. W przypadku pobytu Osoby ubezpieczonej w szpitalu lub ośrodka lub na oddziale neurologicznym Towarzystwo ponosi odpowiedzialność do 30 dnia nieprzerwanego pobytu Osoby ubezpieczonej w tym – odpowiednio – szpitalu, ośrodku lub oddziale.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-8.
2. Do wniosku o wypłatę świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:
 - 1) dokumentację związaną z pobytem Osoby ubezpieczonej w szpitalu,
 - 2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis) – zaświadczenie stwierdzające pobyt Osoby ubezpieczonej w szpitalu,
 - 3) dokumentację potwierdzającą pobyt Osoby ubezpieczonej na OIOM – w przypadku pobytu Osoby Ubezpieczonej na OIOM.
3. Przed podjęciem decyzji odnośnie wypłaty świadczenia Towarzystwo może zwrócić się do Osoby ubezpieczonej o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty świadczenia z tytułu pobytu na OIOM w sumie za nie więcej niż 7 dni pobytu na OIOM w każdym kolejnym roku okresu ubezpieczenia. Za każdy dzień pobytu na OIOM ponad okres wskazany w zdaniu poprzednim świadczenie spełniane jest w wysokości świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu.
5. Towarzystwo wypłaca świadczenia, o których mowa w § 4 ust. 2-3 i 5, w sumie za nie więcej niż łącznie 92 dni pobytu w szpitalu lub pobytu na OIOM w każdym kolejnym roku okresu ubezpieczenia, nie częściej jednak niż pięć razy w danym roku okresu ubezpieczenia.
6. Osobie ubezpieczonej przysługuje tylko jedno ze świadczeń wskazanych w § 4 ust. 2-3 i 5.
7. W przypadku udokumentowanego pobytu w szpitalu trwającego dłużej niż 30 dni, Towarzystwo może wypłacić zaliczkę na poczet przyszłego świadczenia.
8. Zgłoszenie wniosku o świadczenie powinno nastąpić w terminie do 45 dni po zakończeniu pobytu w szpitalu.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W zakresie odpowiedzialności Towarzystwa obejmującej pobyt w szpitalu w następstwie choroby, odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w przeddzień najbliższej rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Osoba ubezpieczona kończy 65 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później.


Franz Fuchs
Prezes Zarządu


Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WARIANT STANDARDOWY (GNPW), WARIANT PLUS (GNPC) BRP-1409

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy o symbolu BRP-1409 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu niniejszego ubezpieczenia dodatkowego może dotyczyć tylko jednego z dwóch wariantów ochrony ubezpieczeniowej na wypadek całkowitej niezdolności do pracy:

1) wariantu standardowego (GNPW) określonego w § 4, obejmującego ubezpieczenie na wypadek całkowitej niezdolności do pracy Osoby ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku, albo

2) wariantu plus (GNPC) określonego w § 5, obejmującego ubezpieczenie na wypadek całkowitej niezdolności do pracy Osoby ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby.

3. Wariant ochrony ubezpieczeniowej, według którego Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jest określony w polisie i certyfikacie ubezpieczenia.

4. Postanowienia niniejszych OWDU, niezastrzeżone wprost dla jednego z wariantów ochrony ubezpieczeniowej, o których mowa w ust. 2, mają zastosowanie do obu wariantów.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

Całkowita niezdolność do pracy – stan zdrowia Osoby ubezpieczonej spełniający łącznie następujące warunki: całkowita, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy niezdolność Osoby ubezpieczonej do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej, będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku lub choroby, o ile zgodnie z wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania przez Osobę ubezpieczoną zdolności do pracy. Za dzień wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy uważa się pierwszy dzień następujący po ostatnim dniu dwunastomiesięcznego okresu całkowitej niezdolności do pracy Osoby ubezpieczonej.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W WARIANCIE STANDARDOWYM (GNPW)

1. W razie wystąpienia w okresie ubezpieczenia całkowitej niezdolności do pracy Osoby ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci tej osobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w polisie, aktualnej na

dzień wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną całkowitej niezdolności do pracy Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,

2) okres całkowitej niezdolności do pracy rozpoczął się w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku,

3) dwunastomiesięczny okres całkowitej niezdolności do pracy Osoby ubezpieczonej, o którym mowa w definicji całkowitej niezdolności do pracy, mieści się w całości w okresie ubezpieczenia.

§ 5. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W WARIANCIE PLUS (GNPC)

1. W razie wystąpienia w okresie ubezpieczenia całkowitej niezdolności do pracy Osoby ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby, Towarzystwo wypłaci tej osobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w polisie, aktualnej na dzień wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. W przypadku całkowitej niezdolności do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku, świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną całkowitej niezdolności do pracy Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,

2) okres całkowitej niezdolności do pracy rozpoczął się w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku,

3) dwunastomiesięczny okres całkowitej niezdolności do pracy Osoby ubezpieczonej, o którym mowa w definicji całkowitej niezdolności do pracy, mieści się w całości w okresie ubezpieczenia.

3. W przypadku całkowitej niezdolności do pracy w następstwie choroby, świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli dwunastomiesięczny okres całkowitej niezdolności do pracy, o którym mowa w definicji całkowitej niezdolności do pracy, mieści się w całości w okresie ubezpieczenia.

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W zakresie okresowego ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa (karencji) stosuje się postanowienia § 10 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Do ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa określone w § 14 OWU, stosowane wprost lub odpowiednio. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli całkowita niezdolność do pracy Osoby ubezpieczonej wystąpiła w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała lub pogorszeniem stanu zdrowia, które nastąpiły przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia lub w ciągu 6 miesięcy od tego dnia lub były skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia lub w ciągu 6 miesięcy od tego dnia lub która została zdiagnozowana lub wymagała porady lekarskiej,



leczenia lub zastosowania leków przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia lub w ciągu 6 miesięcy od tego dnia.

3. Jeżeli Osoba ubezpieczona zmarła w ciągu 6 miesięcy od dnia wystąpienia u niej całkowitej niezdolności do pracy, to świadczenie z tytułu ubezpieczenia dodatkowego nie przysługuje.

4. Jeżeli w sytuacji opisanej w ust. 3 świadczenie z tytułu całkowitej niezdolności do pracy Osoby ubezpieczonej zostało już wypłacone, to świadczenie z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacane z tytułu ubezpieczenia podstawowego będzie pomniejszone o wypłaconą kwotę świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego. Jeżeli kwota świadczenia z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacanego z tytułu ubezpieczenia podstawowego jest niższa lub równa wypłaconej wcześniej kwocie świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zaniecha wypłaty świadczenia.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu danego ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-4.

2. Do wniosku o wypłatę świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz pełną dokumentacją medyczną z przebiegu leczenia wraz z dokumentacją medyczną, która była podstawą wydania orzeczenia przez lekarza orzecznika ZUS o niezdolności Osoby ubezpieczonej do wykonywania jakiegokolwiek pracy wraz z wynikami badań oraz orzeczeniem, o którym mowa powyżej.

3. Przed podjęciem decyzji odnośnie wypłaty świadczenia Towarzystwo może:

1) zwrócić się do Osoby ubezpieczonej o przedstawienie dodatkowych

dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji;

2) skierować Osobę ubezpieczoną na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.

4. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może wypłacić świadczenie po upływie 6 miesięcy nieprzerwanego trwania całkowitej niezdolności do pracy.

§ 8. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W stosunku do danej Osoby ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa:

1) w dniu złożenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności do pracy, chyba że Towarzystwo odmówiło wypłaty tego świadczenia;

2) w przeddzień najbliższej rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym osoba ta kończy 65 lat.

§ 9. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA WARIANT STANDARDOWY (GPZ1), WARIANT PLUS (GPZ2) BRP-I 509

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania o symbolu BRP-I 509 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie niniejszych OWDU może dotyczyć jednego z dwóch wariantów ochrony ubezpieczeniowej:

1) wariantu standardowego (GPZ1) określonego w § 4, obejmującego poważne zachorowania wskazane w § 2 ust. 1 pkt 3-9 albo
2) wariantu plus (GPZ2) określonego w § 5, obejmującego poważne zachorowania wskazane w § 2 ust. 1 pkt 3-19.

4. Wariant ochrony ubezpieczeniowej, według którego Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jest określony w polisie i certyfikacie ubezpieczenia.

5. Postanowienia niniejszych OWDU, niezastrzeżone wprost dla jednego z wariantów ochrony ubezpieczeniowej, o których mowa w ust. 2, mają zastosowanie do obu wariantów.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) **Wystąpienie poważnego zachorowania** – zdiagnozowanie po raz pierwszy poważnego zachorowania.

2) **Poważne zachorowanie** – wystąpienie w zdrowiu Osoby ubezpieczonej któregośkolwiek ze stanów chorobowych, określonych odpowiednio: dla wariantu standardowego w pkt 3-9, dla wariantu plus w pkt 3-19.

3) **Niewydolność nerek** – stadium nieodwracalnej i całkowitej niewydolności nerek, wymagające stałego, przewlekłego stosowania dializ lub transplantacji nerki.

W rozumieniu niniejszych OWDU za niewydolność nerek nie uważa się ostrej niewydolności nerek, w tym w wyniku zatrucia lub wstrząsu, nawet jeżeli konieczne było przejściowe zastosowanie dializ.

4) **Operacja aorty** – chirurgiczne leczenie choroby aorty polegające na zastąpieniu części aorty przez przeszczep (graft). Przez aortę rozumie się jedynie aortę piersiową i brzuszłą, a nie jej dalsze odgałęzienia.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku:

a) gdy do operacji aorty doszło w związku z przebyłym urazem,
b) jakiegokolwiek innego, niż wyżej wymieniony rodzaj operacji, zabiegu dotyczącego aorty,

c) operacji innego niż piersiowy lub brzuszny odcinek aorty,
d) przeszskórnej implantacji stentu – graftu do aorty bez otwierania klatki piersiowej i/lub jamy brzusznej.

5) **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 niniejszych OWDU za przeszczep narządu nie uważa się przeszczepienia:

a) narządu sztucznego,

b) fragmentu narządu, w szczególności zastawek serca lub wysepek Langerhansa.

6) **Udar mózgu** – ostry incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący trwale następstwa i objawy neurologiczne utrzymujące się dłużej niż 90 dni, obejmujący:

a) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy, lub

b) zator materiałem pochodzenia pozaczasztkowego, lub

c) zawał tkanki mózgowej.

Rozpoznanie udaru mózgu musi być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

W rozumieniu niniejszych OWDU za udar mózgu nie uważa się:

a) przejściowych ataków niedokrwiennych mózgu (TIA),

b) przedłużonych odwracalnych niedokrwiennych ubytków neurologicznych (PRIND),

c) objawów mózgowych spowodowanych migreną,

d) zaburzeń ukrwienia układu przedśionkowego lub nerwu wzrokowego,

e) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe),

f) uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu),

g) udaru mózgu rozpoznanego, jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,

h) skutków choroby dekompresyjnej,

i) uszkodzenia mózgu spowodowanego przewlekłym niedokrwieniem.

7) **Wszczepienie zastawki serca** – wszczepienie po raz pierwszy protezy zastawki serca (mechanicznej lub biologicznej), wykonane metodą na otwartym sercu w krążeniu pozaustrojowym.

W rozumieniu niniejszych OWDU za wszczepienie zastawki serca nie uważa się:

a) operacji naprawczej,

b) rekonstrukcji zastawki,

c) plastyki zastawki,

d) walwulotomii.

8) **Zabieg chirurgiczny pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)** – operacja przeprowadzona na otwartym sercu, polegająca na wszczepieniu 2 lub więcej pomostów aortalno-wieńcowych, wykonana celem leczenia choroby naczyń wieńcowych.

W rozumieniu niniejszych OWDU za zabieg chirurgiczny pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass) nie uważa się:

a) zabiegu przeszskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA),

b) każdego innego niż wszczepienie pomostów aortalno-wieńcowych, zabiegu na naczyniach wieńcowych, także z implementacją stentu,

c) każdej innej operacji, mającej na celu leczenie innych chorób serca,



d) zabiegów z użyciem technik torakoskopowych.

9) Zawał serca – pierwsza w życiu Osoby ubezpieczonej pełnościenne martwica części mięśnia sercowego, spowodowana ostrym niedokrwieniem mięśnia serca powstałym wskutek zamknięcia tętnicy wieńcowej.

Rozpoznanie musi być potwierdzone jednoczesnym wystąpieniem:

- a) typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej,
- b) nowych, dotychczas nie występujących, zmian w zapisie elektrokardiograficznym charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego,
- c) wzrostu aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium.

W rozumieniu niniejszych OWDU za zawał serca nie uważa się:

- a) zawału rozpoznanego jako niepełnościenny, bez uniesienia odcinka ST (podwsięrdziowy, non Q, NSTEMI),
- b) każdego innego ostrego incydentu wieńcowego, w którym nie doszło do powstania pełnościennej martwicy mięśnia sercowego,
- c) zawału rozpoznanego jako przebyty w przeszłości na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych.

10) Całkowita utrata mowy – całkowita i nieodwracalna utrata mowy w następstwie resekcji krtani lub przewlekłej choroby krtani, o ile stan całkowitej utraty mowy trwa nieprzerwanie powyżej 6 miesięcy.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku utraty mowy o podłożu psychogennym.

11) Całkowita utrata słuchu – całkowita i nieodwracalna obuustronna utrata słuchu powstała w następstwie choroby lub urazu, o ile stan całkowitej utraty słuchu trwa nieprzerwanie powyżej 6 miesięcy.

12) Całkowita utrata wzroku – całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata widzenia z brakiem poczucia światła lub poczuciem światła bez lokalizacji, powstała w następstwie choroby lub urazu.

13) Łagodne guzy mózgu – guzy mózgu nie sklasyfikowane jako złośliwe, wymagające usunięcia lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego, powodujące wystąpienie trwałych deficytów neurologicznych.

W rozumieniu niniejszych OWDU za łagodne guzy mózgu nie uważa się krwakiów, torbieli, cyst, ziarniniaków, malformacji naczyńniowych, guzów przysadki lub rdzenia kręgowego. Uznanie rozszczenia z tego tytułu wyklucza możliwość rozszczenia z powodu utraty wzroku lub śpiączki, jeżeli były spowodowane łagodnym guzem mózgu.

14) Nowotwór złośliwy – choroba charakteryzująca się niekontrolowanym rozrostem złośliwych, patologicznych komórek niszczących zdrowe tkanki; w rozumieniu niniejszych OWDU za nowotwór złośliwy uważa się także ziarnicę złośliwą i białaczkę.

Rozpoznanie nowotworu musi być potwierdzone bezspornym dowodem naciekania lub badaniem histopatologicznym.

W rozumieniu niniejszych OWDU za nowotwór złośliwy nie uważa się:

- a) nowotworu łagodnego,
- b) każdego nowotworu opisanego histopatologicznie jako stadium przedinwazyjne lub jako nowotwór in situ (Tis) np. dysplazji szyjki macicy w stadiach CIN I-3, raka pęcherza moczowego w stadium Ta,
- c) raka podstawnomórkowego i raka płaskonabłonkowego, czerniaka złośliwego w stadium zaawansowania T I a wg klasyfikacji TNM
- d) ziarnicy złośliwej (choroby Hodgkina) i chłoniaków w pierwszym stadium zaawansowania (stadia IA i IB),
- e) przewlekłej białaczki limfatycznej o stopniu zaawansowania wg Rai < 3,

f) raka prostaty histopatologicznie opisywanego jako T1 (T1a lub T1b lub T1c) w klasyfikacji TNM,

g) nowotworu współistniejącego z zakażeniem wirusem HIV (np. mięsaka Kaposiego).

15) Oparzenia – termiczne lub chemiczne uszkodzenia powłok skórnych III stopnia (zniszczenie całej grubości skóry) wymagające hospitalizacji obejmujące ponad 20% powierzchni ciała. Przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera.

16) Stwardnienie rozsiane – przewlekła, postępująca choroba demielinizacyjna układu nerwowego, rozpoznana zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej przez specjalistę neurologa. Dla potwierdzenia rozpoznania Osoba ubezpieczona musi prezentować nieprawidłowości w badaniu neurologicznym, utrzymujące się w sposób ciągły przez okres przynajmniej 6 miesięcy lub mieć klinicznie udokumentowane przynajmniej dwa epizody oddzielone od siebie przynajmniej miesięczną przerwą lub przebyty przynajmniej jeden klinicznie udokumentowany epizod łącznie z charakterystycznym dla choroby wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego jak również swoistymi zmianami demielinizacyjnymi w magnetycznym rezonansie jądrowym mózgu.

17) Śpiączka – spowodowany chorobą inną niż wymienione w pkt 3-16 i 18-19 lub nieszczęśliwym wypadkiem stan nieprzytomności, z całkowitym brakiem reakcji organizmu na bodźce zewnętrzne oraz jego potrzeby wewnętrzne, przebiegający z zaburzeniami odruchowych funkcji wegetatywnych, wymagający wykorzystywania systemu podtrzymywania życia w sposób stały i nieprzerwany przez okres co najmniej 96 godzin, którego skutkiem jest wystąpienie trwających co najmniej 90 dni deficytów neurologicznych.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śpiączki, do której wystąpienia doszło na skutek użycia przez Osobę ubezpieczoneą leków, alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających lub toksycznych.

18) Transfuzyjne zakażenie wirusem HIV – zakażenie wywołane ludzkim wirusem upośledzenia odporności (Human Immunodeficiency Virus), będące bezpośrednim następstwem transfuzji krwi przeprowadzonej w okresie ubezpieczenia, przez uprawniony do tego zakład opieki zdrowotnej działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Wystąpienie zakażenia wirusem HIV podczas transfuzji krwi musi być potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu lub uznaniem swojej odpowiedzialności przez Zakład Opieki Zdrowotnej przeprowadzający transfuzję krwi.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, gdy Osoba ubezpieczona jest chora na hemofilię lub jest poddawana przewlekłym dializom.

19) Zawodowe zakażenie wirusem HIV – zakażenie wywołane ludzkim wirusem upośledzenia odporności (Human Immunodeficiency Virus), będące bezpośrednim następstwem zakażenia podczas wykonywania obowiązków zawodowych, w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa. Wystąpienie zakażenia wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych musi być potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu. Serokonwersja do zakażenia wirusem HIV musi być udokumentowana w ciągu 6 miesięcy po możliwym przeniesieniu wirusa podczas wykonywania obowiązków zawodowych.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, gdy Osoba ubezpieczona



jest chora na hemofilię lub jest poddawany przewlekłym dializom.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W WARIANCIE STANDARDOWYM (GPZ1)

W razie wystąpienia w zdrowiu Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia jednego z poważnych zachorowań, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 3-9, Towarzystwo wypłaci tej osobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego, określonej w polisie, aktualnej na dzień wystąpienia poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

§ 5. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W WARIANCIE PLUS (GPZ2)

W razie wystąpienia w zdrowiu Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia jednego z poważnych zachorowań, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 3-19, Towarzystwo wypłaci tej osobie świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego, określonej w polisie, aktualnej na dzień wystąpienia poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W zakresie okresowego ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa (karencji) stosuje się postanowienia § 10 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Niezależnie od postanowień § 10 OWU, w stosunku do wszystkich Osób ubezpieczonych, które bezpośrednio przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia nie były objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z Towarzystwem lub innym niż Towarzystwo ubezpieczycielem, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu jakiegokolwiek poważnego zachorowania w przypadku wystąpienia tego poważnego zachorowania przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia lub w ciągu 3 miesięcy od tego dnia.

3. Do ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa określone w § 14 OWU, stosowane wprost lub odpowiednio. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli poważne zachorowanie Osoby ubezpieczonej miało miejsce w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała lub pogorszeniem stanu zdrowia, które nastąpiły przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia lub były skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia lub która została zdiagnozowana lub wymagała porady lekarskiej, leczenia lub zastosowania leków przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia.

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku wystąpienia jakiegokolwiek poważnego zachorowania w okresie 6 miesięcy od dnia wystąpienia innego poważnego zachorowania, które wystąpiło w okresie ubezpieczenia i z tytułu którego Towarzystwo wypłaciło świadczenie.

5. Jeżeli Osoba ubezpieczona zmarła w następstwie poważnego zachorowania w ciągu 12 miesięcy od dnia wystąpienia tego poważnego zachorowania, to świadczenie z tytułu ubezpieczenia dodatkowego nie

przysługuje.

6. Jeżeli w sytuacji opisanej w ust. 5 świadczenie z tytułu poważnego zachorowania Osoby ubezpieczonej zostało już wypłacone, to świadczenie z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacane z tytułu ubezpieczenia podstawowego będzie pomniejszone o wypłaconą kwotę świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego. Jeżeli kwota świadczenia z tytułu śmierci Osoby ubezpieczonej wypłacanego z tytułu ubezpieczenia podstawowego jest niższa lub równa wypłaconej wcześniej kwocie świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zaniecha wypłaty świadczenia.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu danego ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-6.

2. Do wniosku o wypłatę świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz w przypadku:

1) niewydolności nerek – dowody przewlekłego dializowania lub przebycia operacji transplantacji nerki,

2) operacji aorty - dowód przebycia operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań,

3) przeszczepu narządu - dowody przeszczepienia,

4) udaru mózgu - dowody na istnienie trwałych następstw i objawów neurologicznych przez okres dłuższy niż 90 dni oraz wyniki tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,

5) wszczepienia zastawki serca – dowód przeprowadzenia operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań,

6) zabiegu chirurgicznego pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass) - wyniki badań angiograficznych potwierdzające diagnozę i dowód przebycia operacji,

7) zawału serca:

a) dokumentację medyczną zawierającą opis występowania typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej,

b) elektrokardiogram z zapisem obecności nowych, dotychczas nie występujących, zmian w zapisie elektrokardiograficznym charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego,

c) wyniki badań biochemicznych dotyczących wzrostu aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium,

8) całkowitej utraty mowy - opinię specjalisty laryngologa potwierdzającą całkowitą i nieodwracalny charakter utraty mowy lub dowód przebycia operacji i opis resekcji krtani, wystawione nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od jej wystąpienia,

9) całkowitej utraty słuchu - opinię otolaryngologa potwierdzającą całkowitą i nieodwracalny charakter utraty słuchu, wyniki badania audiometrycznego, wystawione nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od jej wystąpienia,

10) całkowitej utraty wzroku – opinię lekarza okulisty potwierdzającą całkowitą i nieodwracalny charakter utraty wzroku, wyniki badań, wystawione nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od jej wystąpienia,

11) łagodnych guzów mózgu – wyniki badań,

12) nowotworu złośliwego - bezsporny dowód naciekania lub wynik badania histopatologicznego,

13) oparzeń - opinię lekarza specjalisty chirurgii zawierającą opis lokalizacji i rozległości doznanych obrażeń, jak również stopnia oparzenia oraz dokumentację leczenia,

14) stwardnienia rozsianego:

a) wyniki rezonansu magnetycznego lub tomografii komputerowej z widocznymi ogniskami demielinizacji,



b) dwie niezależne opinie lekarzy neurologów potwierdzające rozpoznanie i dające podstawy takiego rozpoznania, z zastrzeżeniem że opinie powinny być wydane nie wcześniej niż 6 miesięcy po ustaleniu wstępnego rozpoznania,

15) śpiączki – dokumentację leczenia podtrzymującego życie wraz ze wskazaniem początku i zakończenia okresu leczenia oraz dokładnym opisem zastosowanych środków, rozpoznaniem i rokowaniem; potwierdzenie trwałych deficytów neurologicznych powinno nastąpić najwcześniej po 90 dniach występowania śpiączki,

16) transfuzyjnego zakażenia wirusem HIV:

a) dodatni wynik testu na obecność przeciwciał anti-HIV lub/i wynik innych badań potwierdzających obecność wirusa,

b) opinię lekarza odpowiedniej specjalności, stwierdzającą, że jest to infekcja świeżo zdiagnozowana,

c) dokumenty potwierdzające że infekcja wirusem HIV została nabyta w trakcie transfuzji krwi,

d) prawomocne orzeczenie sądu potwierdzające fakt wystąpienia zakażenia wirusem HIV podczas transfuzji krwi lub uznanie swojej odpowiedzialności przez zakład opieki zdrowotnej przeprowadzający transfuzję krwi,

17) zawodowego zakażenia wirusem HIV:

a) dodatni wynik testu na obecność przeciwciał anti-HIV lub/i wynik innych badań potwierdzających obecność wirusa,

b) opinię lekarza odpowiedniej specjalności, stwierdzającą, że jest to infekcja świeżo zdiagnozowana,

c) prawomocne orzeczenie sądu potwierdzające wystąpienie zakażenia wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych.

3. Przed podjęciem decyzji odnośnie wypłaty świadczenia Towarzystwo może:

1) zwrócić się do Osoby ubezpieczonej o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji;

2) skierować Osobę ubezpieczoną na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest w obrębie danego poważnego zachorowania do jednorazowej wypłaty sumy ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od liczby poważnych

zachorowań w obrębie tego samego poważnego zachorowania. W przypadku wystąpienia u Osoby ubezpieczonej ponownie tego samego poważnego zachorowania, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.

5. W przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania Osoby ubezpieczonej świadczenie zostanie wypłacone, o ile to 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.

6. W przypadku zawału serca i zabiegu chirurgicznego pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass), odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest tylko do jednego z tych poważnych zachorowań. Wystąpienie któregośkolwiek z tych poważnych zachorowań powoduje wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu drugiego z nich.

§ 8. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W stosunku do danej Osoby ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu niniejszego ubezpieczenia dodatkowego wygasa:

1) w dniu złożenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu poważnego zachorowania – w obrębie danego poważnego zachorowania, chyba że Towarzystwo odmówiło wypłaty tego świadczenia,

2) w przeddzień najbliższej rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym osoba ta kończy 65 lat.

§ 9. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI CHIRURGICZNEJ (GOC) BRP-I609

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek operacji chirurgicznej o symbolu BRP-I609 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Chirurg – osoba fizyczna posiadająca prawo wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami prawa polskiego, która przeprowadza operacje chirurgiczne w specjalności zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami i praktyką i która nie jest małżonkiem Osoby ubezpieczonej, rodzicem Osoby ubezpieczonej, siostrą lub bratem Osoby ubezpieczonej.

2) Hospitalizacja – udokumentowany, stacjonarny pobyt Osoby ubezpieczonej na oddziale zabiegowym szpitala, trwający co najmniej 72 godziny, mający miejsce w okresie ubezpieczenia oraz służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Osoby ubezpieczonej.

3) Operacja chirurgiczna – wskazany w Tabeli operacji chirurgicznych, o której mowa w pkt 5, inwazyjny zabieg chirurgiczny, połączony z przecięciem tkanek, wykonany w znieczuleniu ogólnym, miejscowym lub przewodowym, na Osobie ubezpieczonej, przez uprawnionego do tego, na podstawie przepisów prawa polskiego, chirurga, w odpowiednio do tego przystosowanym i wyposażonym szpitalu, posiadającym zezwolenia wymagane przepisami prawa polskiego, o ile zabieg ten miał miejsce w okresie ubezpieczenia i miał na celu leczenie skutków choroby lub następstw nieszczęśliwego wypadku oraz wiązał się z koniecznością hospitalizacji.

4) Szpital – zakład opieki zdrowotnej, w rozumieniu przepisów prawa polskiego, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie operacji chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny. W rozumieniu niniejszych OWDU za szpital nie uważa się:

a) szpitala psychiatrycznego, szpitala, domu opieki, ośrodka, oddziału lub innej jednostki, 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 nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,

b) szpitala, ośrodka, oddziału lub innej jednostki: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowskiej, rehabilitacyjnej lub rekonwalescencyjnej,

c) domowej opieki pielęgniarskiej, hospicjów, domów opieki, ośrodków wypoczynkowych,

d) szpitala, ośrodka, oddziału lub innej jednostki leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych;

e) szpitala lub ośrodka lub oddziału neurologicznego począwszy od 31 dnia nieprzerwanego pobytu ubezpieczonego w tym – odpowiednio – szpitalu, ośrodku lub oddziale.

5) Tabela operacji chirurgicznych – zestawienie zdarzeń medycznych stanowiących zgodnie z postanowieniami pkt 3 operację chirurgiczną, umieszczone w § 4, zawierające katalog operacji chirurgicznych w podziale na 5 grup: A, B, C, D, E oraz odpowiadające tym grupom wysokości świadczeń przysługujących Osobie ubezpieczonej z tytułu operacji chirurgicznej, wyrażone jako wartości procentowe sumy ubezpieczenia dodatkowego.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie operacji chirurgicznej Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby, Towarzystwo wypłaci tej osobie świadczenie w wysokości określonej w Tabeli operacji chirurgicznych odpowiedniej części sumy ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. W przypadku operacji chirurgicznej Osoby ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku, świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną operacji chirurgicznej, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,

2) operacja chirurgiczna miała miejsce w ciągu 30 dni od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.



TABELA OPERACJI CHIRURGICZNYCH

Operacje chirurgiczne

Grupa A		100 % sumy ubezpieczenia dodatkowego
1.	Jama czaszki - operacja z otwarciem (z wyłączeniem trepanacji)	
2.	Krtań - resekcja	
3.	Piers - radykalna amputacja obydwu piersi	
4.	Płuco - usunięcie całego narządu	
5.	Rdzeń kręgowy - operacja nowotworu	
6.	Serce - operacja na otwartym sercu (w krążeniu pozaustrojowym) inna niż by-pass	
7.	Siatkówka - odwarstwienie, operacja (z wyłączeniem koagulacji laserowej lub fotokoagulacji)	
8.	Żołądek, jelito, odbytnica - resekcja	
Grupa B		75 % sumy ubezpieczenia dodatkowego
9.	By-pass	
10.	Gastro-enterostomia	
11.	Katarakta - usunięcie obustronne	
12.	Krag lub kręgi kręgosłupa - operacja z usunięciem części trzonu	
13.	Macica - usunięcie, bez lub z usunięciem przydatków	
14.	Mastoidektomia - radykalna, jednostronna lub obustronna	
15.	Nerka - usunięcie	
16.	Piers - radykalna amputacja jednej piersi	
17.	Płuco - usunięcie części narządu	
18.	Prostata - całkowite usunięcie narządu	
19.	Skóra - przeszczep na twarzy lub/i szyi	
20.	Staw biodrowy - wycięcie, proteza lub chirurgiczne ustalenie	
21.	Tarczycza - usunięcie narządu całkowite lub subtotalne	
22.	Torakoplastyka, torakotomia, całkowita, z powodów innych niż wymienione gdzie indziej	
23.	Ucho - fenestracja obustronna	
Grupa C		50 % sumy ubezpieczenia dodatkowego
24.	Amputacja - na poziomie łydki, uda, ramienia, przedramienia, całej dłoni lub stopy	
25.	Bark, łokieć, nadgarstek, kolano, staw skokowy - operacja lub operacyjne ustalenie stawu	
26.	Gałka oczna - operacja wymagająca przecięcia rogowki lub twardówki lub operacja wymagająca cięcia mięśni zewnętrznych gałki ocznej	
27.	Gałka oczna - usunięcie	
28.	Jajnik - usunięcie, usunięcie torbieli	
29.	Jajowód - wycięcie lub odtworzenie drożności	
30.	Jama brzuszna - operacja inna niż nie wymieniona gdzie indziej, wymagająca chirurgicznego otwarcia	
31.	Jądro - usunięcie	
32.	Katarakta - usunięcie jednostronne	
33.	Mastoidektomia prosta jedno lub obustronna	
34.	Moczowód lub pęcherz moczowy - operacyjne (wymagające cięcia chirurgicznego) usunięcie kamieni	
35.	Nerka - operacja wymagająca cięcia narządu lub ustalenie pozycji narządu	
36.	Pęcherzyk żółciowy - usunięcie lub inna operacja	
37.	Piers - prosta mastektomia	
38.	Prostata - częściowa resekcja	
39.	Siatkówka - odwarstwienie, koagulacja laserowa lub fotokoagulacja	
40.	Skóra - przeszczep w okolicy innej niż wymienione powyżej	
41.	Śledziona - usunięcie	
42.	Tarczycza - usunięcie gruczolaka lub nowotworu łagodnego	
43.	Ucho - fenestracja jednostronna	
44.	Wątroba - usunięcie części narządu	
45.	Zez - korekta chirurgiczna	
Grupa D		25 % sumy ubezpieczenia dodatkowego
46.	Angiokardiografia	
47.	Czaszka - trepanacja	
48.	Czerniak - twarzy, wargi, innych rejonów skóry, usunięcie	



49.	Jądro, wodniak - usunięcie
50.	Kość ogonowa - usunięcie całości
51.	Kość - usunięcie części kości, łącznie z łyżeczkowaniem kości (z wyjątkiem wyrostka zębodołowego)
52.	Najądrze – usunięcie (jedno lub obu stron)
53.	Odbytnica - operacyjna korekta przetoki odbytniczej (pojedynczej lub mnogiej)
54.	Pochwa - plastyka, operacja z powodu wypadania, uchyłka pochwowego, przepukliny pęcherzowej, przepukliny odbytniczej
55.	Przegroda nosowa - resekcja podśluzówkowa
56.	Przełyk – koagulacja lub chirurgiczne usunięcie żyłaków
57.	Serce - cewnikowanie
58.	Szyjka macicy – usunięcie
59.	Tracheotomia
60.	Więzadła i ścięgna - operacja chirurgiczna lub przeszczepienie, szycie wielu ścięgien
61.	Wyrostki poprzeczne lub kolczyste kręgów - usunięcie
62.	Złamanie - operacyjne ustalenie złamania kości ramienia, przedramienia, uda, podudzia, miednicy (z wyłączeniem kości ogonowej)
63.	Żyłaki - chirurgiczna procedura usunięcia wszystkich żyłaków
Grupa E	
12,5 % sumy ubezpieczenia dodatkowego	
64.	Biodro, krąg lub kręgi, staw skokowy, kolano, łokieć – korekta dyslokacji lub zwichnięcia
65.	Cięcie cesarskie
66.	Nerka, moczowód lub pęcherz moczowy - litotrypsja
67.	Pierś - usunięcie nowotworu łagodnego lub torbieli
68.	Powróżek nasienny, żyłak – usunięcie
69.	Przepuklina - operacja jednej lub kilku przepuklin
70.	Wyrostek robaczkowy - usunięcie
71.	Zatoki - operacja chirurgiczna wymagająca cięcia, z dojściem przez jamę nosową lub z zewnątrz

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W zakresie okresowego ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa (karencji) stosuje się postanowienia § 10 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Niezależnie od postanowień § 10 OWU, w stosunku do wszystkich Osób ubezpieczonych, które bezpośrednio przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia nie były objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z Towarzystwem lub innym niż Towarzystwo ubezpieczycielem, stosuje się 3-miesięczne ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa liczone od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia, w którym odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do zdarzeń ubezpieczeniowych będących następstwem nieszczęśliwych wypadków.

3. Do ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa określone w § 14 OWU, stosowane wprost lub odpowiednio, z zastrzeżeniem ust. 4.

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli operacja chirurgiczna Osoby ubezpieczonej miała miejsce w następstwie lub w związku z:

1) uszkodzeniem ciała lub pogorszeniem stanu zdrowia, które nastąpiły przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia lub były skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia lub która została zdiagnozowana lub wymagała porady lekarskiej, leczenia lub zastosowania leków przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia;

2) leczeniem przeprowadzonym w klinice medycyny naturalnej;

3) leczeniem lub operacjami chirurgicznymi, które nie są medyczną koniecznością;

4) leczeniem lub zabiegami leczniczymi innymi niż operacja chirurgiczna.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-10.

2. Do wniosku o wypłatę świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

1) dokumentację związaną z hospitalizacją (w szczególności kartę leczenia szpitalnego) oraz z okolicznościami zajścia nieszczęśliwego wypadku lub choroby, a także dokumentację medyczną (związaną z przebytą operacją chirurgiczną), niezbędną do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia, potwierdzającą prawo do otrzymania świadczenia,

2) dokument określający metodę (tradycyjną lub endoskopową) wykonania operacji chirurgicznej.

3. Podstawą ustalenia wysokości świadczenia są:

1) suma ubezpieczenia dodatkowego określona w polisie, aktualna na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,

2) wartości procentowe określone w Tabeli operacji chirurgicznych.

4. Wysokość świadczenia oblicza się, mnożąc odpowiednią wartość procentową wynikającą z Tabeli operacji chirurgicznych przez sumę ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem ust. 7.

5. Przed podjęciem decyzji odnośnie wypłaty świadczenia Towarzystwo może zwrócić się do Osoby ubezpieczonej o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji.

6. W przypadku gdy którakolwiek z operacji chirurgicznych zaliczonych do grupy A lub B lub C lub D albo E wskazanych w Tabeli operacji chirurgicznych w § 4 została wykonana metodą endoskopową, świadczenie spełniane jest w wysokości 50% kwoty obliczonej zgodnie z ust. 3-4.

7. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danej Osoby ubezpieczonej ograniczona jest do łącznej wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od ilości operacji

chirurgicznych mających miejsce w okresie ubezpieczenia.

8. Odpowiedzialność Towarzystwa w obrębie każdej z operacji chirurgicznych wskazanych w Tabeli operacji chirurgicznych w § 4 ograniczona jest do jednorazowej wypłaty świadczenia z tytułu tej operacji chirurgicznej, niezależnie od liczby tych operacji chirurgicznych. W przypadku przeprowadzenia u Osoby ubezpieczonej ponownie tej samej operacji chirurgicznej, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.

9. W przypadku drugiej lub kolejnej operacji chirurgicznej Osoby ubezpieczonej świadczenie zostanie wypłacone, o ile 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.

10. W przypadku dwóch lub więcej operacji chirurgicznych mających miejsce w czasie jednej hospitalizacji, o której mowa w § 2 ust. 1 pkt 2 odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty świadczenia tylko za jedną operację chirurgiczną.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2-3.

2. W stosunku do danej Osoby ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa wygasa, jeżeli wypłacane świadczenie wyczerpuje samo lub łącznie z poprzednio wypłaconymi świadczeniami 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego, chyba że Towarzystwo odmówiło wypłaty świadczenia.

3. W zakresie odpowiedzialności Towarzystwa obejmującej operację chirurgiczną w następstwie choroby odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w przeddzień najbliższej rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Osoba ubezpieczona kończy 65 lat.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później.



Franz Fuchs
Prezes Zarządu



Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA I KONIECZNOŚCI UZYSKANIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE (GOE) BRP-1709

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance o symbolu BRP-1709 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia. Niniejsze OWDU obowiązują jedynie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie niniejszych OWDU może dotyczyć tylko jednego z trzech wariantów ochrony ubezpieczeniowej, określonego w polisie:

- 1) wariantu standardowego,
- 2) wariantu plus,
- 3) wariantu VIP.

3. Zakres świadczeń assistance każdego z wariantów ochrony ubezpieczeniowej określono w załączniku do niniejszych OWDU.

4. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa o ubezpieczenie dodatkowe może nastąpić tylko w odniesieniu do:

- a) Osoby ubezpieczonej;
- b) małżonka Osoby ubezpieczonej;
- c) dziecka Osoby ubezpieczonej;
- 4) rodzica Osoby ubezpieczonej lub rodzica małżonka Osoby ubezpieczonej – jedynie w zakresie świadczeń wymienionych w § 4 ust. 11, przy czym w przypadku osób wymienionych w pkt 2-4 uzależnia się rozszerzenie zakresu ochrony o ryzyko assistance od objęcia tych osób ochroną ubezpieczeniową na wypadek śmierci.
5. Świadczenia assistance realizowane są przez centrum operacyjne.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia zdefiniowane w OWU mają zastosowanie do niniejszych OWDU, z zastrzeżeniem poniższych postanowień.

2. **Centrum operacyjne** – centrum zorganizowane przez podmiot, który zawarł z Towarzystwem umowę dotyczącą realizacji świadczeń określonych w niniejszych OWDU, w celu udzielenia pomocy Osobie ubezpieczonej, małżonkowi Osoby ubezpieczonej, dziecku Osoby ubezpieczonej, rodzicowi Osoby ubezpieczonej lub rodzicowi małżonka Osoby ubezpieczonej.

3. **Choroba** – potwierdzone przez lekarza uszkodzenie funkcji lub struktury organizmu, do którego doszło pod wpływem zewnętrznego lub wewnętrznego czynnika chorobowego.

4. **Choroba przewlekła** – choroba, wymagająca z punktu widzenia aktualnej wiedzy medycznej stosowania leczenia lub stałej kontroli lekarskiej przez okres dłuższy niż 6 miesięcy.

5. **Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.

6. **Dziecko Osoby ubezpieczonej** – dziecko własne Osoby ubezpieczonej lub przez nią przysposobione, które w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 18 roku życia.

7. **Inwalidztwo** - fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia Osoby ubezpieczonej, małżonka Osoby ubezpieczonej lub dziecka Osoby ubezpieczonej, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, które stało się przyczyną, trwającego nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, utrudnienia w wykonywaniu dotychczasowej pracy zarobkowej, orzeczone przez lekarza orzecznika ZUS i potwierdzone przez lekarza uprawnionego.

8. **Lekarz uprawniony** – lekarz konsultant centrum operacyjnego.

9. **Małżonek Osoby ubezpieczonej** – osoba pozostająca w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego z Osobą ubezpieczoną w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

10. **Miejsce zamieszkania Osoby ubezpieczonej** – miejsce stałego pobytu Osoby ubezpieczonej na terenie Polski, wskazane przez Osobę ubezpieczoną, przy czym w przypadku zmiany miejsca zamieszkania, Osoba ubezpieczona jest zobowiązana do niezwłocznego przekazania Towarzystwu informacji o nowym miejscu stałego pobytu.

11. **Placówka medyczna** - szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

12. **Osoba niesamodzielna** - osoba zamieszkująca w miejscu zamieszkania Osoby ubezpieczonej, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielna i nie może zaspokajając swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki.

13. **Rodzic Osoby ubezpieczonej/małżonka Osoby ubezpieczonej** - naturalny ojciec lub naturalna matka Osoby ubezpieczonej/małżonka Osoby ubezpieczonej lub osoba, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia Osoby ubezpieczonej/małżonka Osoby ubezpieczonej. Za rodzica Osoby ubezpieczonej/ małżonka Osoby ubezpieczonej uważa się również ojczyma lub macochę Osoby ubezpieczonej/małżonka Osoby ubezpieczonej, jeżeli w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego nie żyje odpowiednio ojciec lub matka Osoby ubezpieczonej/małżonka Osoby ubezpieczonej.

14. **Sprzęt rehabilitacyjny** - sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie.

15. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** - zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa w ramach dodatkowego grupowego ubezpieczenia, zawartego na podstawie niniejszych OWDU, polegające na wystąpieniu u Osoby ubezpieczonej, małżonka Osoby ubezpieczonej lub dziecka Osoby ubezpieczonej choroby zdefiniowanej w ust. 3 lub doznaniu obrażeń ciała będących następstwem nieszczęśliwego wypadku. W przypadku świadczenia, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 2, za zdarzenie ubezpieczeniowe uznaje się wystąpienie jednej z trudnych sytuacji losowych wymienionych w § 4 ust. 5.



§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie osób wymienionych w § 1 ust. 4 pkt 1-4 w okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Zakres ubezpieczenia w ramach dodatkowego grupowego ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia:

- 1) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy Osobie ubezpieczonej, małżonkowi Osoby Ubezpieczonej lub dziecku Osoby ubezpieczonej w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 2) pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej;
- 3) zdrowotne usługi informacyjne;
- 4) infolinia „Baby assistance”;
- 5) pomoc w przystosowaniu miejsca pracy w przypadku inwalidztwa;
- 6) udzielenie pomocy medycznej rodzicowi Osoby ubezpieczonej.

2. Towarzystwo spełni świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu dodatkowego grupowego ubezpieczenia jedynie w przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło wskutek bezpośrednich lub pośrednich przyczyn zaistniałych w okresie ochrony ubezpieczeniowej.

3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej zależy od wariantu ubezpieczenia, wybranego przez Ubezpieczającego i wskazanego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, potwierdzonego dokumentem ubezpieczenia. Świadczenia przysługujące w ramach danego wariantu oraz ich kwotowe limity kosztów wyrażone w polskich złotych określone są w załączniku do niniejszych OWDU. Kwotowe limity kosztów określone na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe mogą być wykorzystywane wielokrotnie pod warunkiem, że odnoszą się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.

4. W ramach świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 1, Towarzystwo gwarantuje Osobie ubezpieczonej, małżonkowi Osoby ubezpieczonej i dziecku Osoby ubezpieczonej organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów do wysokości limitów, o których mowa w ust. 3, z zastrzeżeniem, że usługi wymienione w pkt. 1 – 11 świadczone są do łącznej kwoty 1500 zł w ramach jednego zdarzenia ubezpieczeniowego:

- 1) wizyta lekarza w przypadku nieszczęśliwego wypadku - organizacja i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza do miejsca pobytu Osoby ubezpieczonej, małżonka Osoby ubezpieczonej lub dziecka Osoby ubezpieczonej, jeżeli z uwagi na jego stan zdrowia nie jest wymagana interwencja pogotowia ratunkowego;
- 2) wizyta lekarza specjalisty po nieszczęśliwym wypadku - organizacja i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w specjalistycznej placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza specjalisty do miejsca pobytu Osoby ubezpieczonej, małżonka Osoby ubezpieczonej lub dziecka Osoby ubezpieczonej, jeżeli z uwagi na jego stan zdrowia nie jest wymagana interwencja pogotowia ratunkowego;
- 3) wizyta pielęgniarki w przypadku nieszczęśliwego wypadku - organizacja i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do miejsca pobytu Osoby ubezpieczonej, małżonka Osoby ubezpieczonej lub dziecka Osoby ubezpieczonej jeżeli, w wyniku nieszczęśliwego wypadku Osoba ubezpieczona, małżonek Osoby ubezpieczonej lub dziecko Osoby ubezpieczonej byli hospitalizowani przez co najmniej 6 dni;
- 4) dostarczenie do miejsca pobytu leków przepisanych przez lekarza - organizacja i pokrycie kosztów dostawy leków przepisanych przez lekarza do miejsca pobytu Osoby ubezpieczonej, małżonka Osoby

ubezpieczonej lub dziecka Osoby ubezpieczonej, w sytuacji, gdy Osoba ubezpieczona, małżonek Osoby ubezpieczonej lub dziecko Osoby ubezpieczonej w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wystawionego zgodnie z przepisami prawa, wymagają leżenia;

5) organizacja procesu rehabilitacyjnego - zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w miejscu pobytu Osoby ubezpieczonej, małżonka Osoby ubezpieczonej lub dziecka Osoby ubezpieczonej albo zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej;

6) organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego - jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Osoba ubezpieczona, małżonek Osoby ubezpieczonej lub dziecko Osoby ubezpieczonej zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego powinni używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Towarzystwo zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny oraz organizację i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego. Towarzystwo:

a) organizuje i pokrywa koszty wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego;

b) organizuje i pokrywa koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Osoby ubezpieczonej, małżonka Osoby ubezpieczonej lub dziecka Osoby ubezpieczonej;

7) transport medyczny z miejsca pobytu do odpowiedniej placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego - organizowany w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymagającego pobytu Osoby ubezpieczonej, małżonka Osoby ubezpieczonej lub dziecka Osoby ubezpieczonej w placówce medycznej, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego oraz o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;

8) transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu - organizowany w przypadku, gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Osoba ubezpieczona, małżonek Osoby ubezpieczonej lub dziecko Osoby ubezpieczonej przebywają w placówce medycznej, jeżeli ich stan zdrowia utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;

9) transport medyczny z placówki medycznej do placówki medycznej - organizowany w przypadku, gdy placówka, w której przebywa Osoba ubezpieczona, małżonek Osoby ubezpieczonej lub dziecko Osoby ubezpieczonej nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla ich stanu zdrowia lub, gdy Osoba ubezpieczona, małżonek Osoby ubezpieczonej lub dziecko Osoby ubezpieczonej skierowani są na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej, a ich stan zdrowia utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;

10) opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi - jeżeli na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego Osoba ubezpieczona lub małżonek Osoby ubezpieczonej przebywają w szpitalu, Towarzystwo organizuje i pokrywa koszt opieki nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania Osoby ubezpieczonej. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, centrum operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną;

11) pomoc domowa po hospitalizacji - jeżeli Osoba ubezpieczona, małżonek Osoby ubezpieczonej lub dziecko Osoby ubezpieczonej są hospitalizowani przez okres dłuższy niż 7 dni, Towarzystwo zapewnia



zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji, jeżeli Osoba ubezpieczona nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników.

5. W ramach świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 2, Towarzystwo gwarantuje Osobie ubezpieczonej, małżonkowi Osoby ubezpieczonej lub dziecku Osoby ubezpieczonej organizację i pokrycie kosztów konsultacji z psychologiem – jeżeli, zdaniem lekarza uprawnionego, będzie wskazana na skutek trudnej sytuacji losowej takiej jak:

- a) zgon małżonka Osoby ubezpieczonej;
- b) zgon dziecka Osoby ubezpieczonej;
- c) zgon rodziców Osoby ubezpieczonej oraz rodziców małżonka Osoby ubezpieczonej;
- d) wystąpienie u Osoby ubezpieczonej poważnego zachorowania.

Towarzystwo zapewnia organizację i pokrycie kosztów pomocy psychologa do limitu 500 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe.

6. O celowości organizacji i pokrycia kosztów usług, o których mowa w ust. 4 i 5, decyduje lekarz uprawniony.

7. Jeżeli koszt usługi gwarantowanej w ramach świadczeń wynikających z dodatkowego grupowego ubezpieczenia przekroczy kwotowy limit kosztów określony w OWDU, usługa może być wykonana przez centrum operacyjne o ile Osoba ubezpieczona wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Towarzystwo limitem.

8. W ramach świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 3, Towarzystwo gwarantuje Osobie ubezpieczonej, małżonkowi Osoby ubezpieczonej i dziecku Osoby ubezpieczonej:

- 1) informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub nieszczęśliwego wypadku, do których doszło poza miejscem zamieszkania;
- 2) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp.;
- 3) informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
- 4) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
- 5) informacje medyczne, w tym informacje o sposobie przygotowania się do zabiegów lub badań medycznych;
- 6) informacje o dietach i zdrowym żywieniu;
- 7) dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem uprawnionym Centrum Pomocy, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Osobie Ubezpieczonej ustnej informacji co do dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego lub Towarzystwa.

9. W ramach świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 4), Towarzystwo gwarantuje Osobie ubezpieczonej, małżonkowi Osoby ubezpieczonej i dziecku Osoby ubezpieczonej dostęp do informacji o:

- 1) objawach ciąży;
- 2) badaniach prenatalnych;
- 3) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu;
- 4) szkołach rodzenia;
- 5) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie;
- 6) karmieniu i pielęgnacji noworodka;
- 7) obowiązkowych szczepieniach dzieci;

10. W ramach świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 5, Towarzystwo gwarantuje Osobie ubezpieczonej, małżonkowi Osoby ubezpieczonej lub dziecku Osoby ubezpieczonej organizację przystosowania dla nich

miejsca pracy (modyfikacji pojazdów, instalacji ramp, zakupu specjalistycznego oprogramowania), jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku doznali trwałego inwalidztwa, o którym mowa w § 2 ust. 7. Wszelkie koszty związane z przystosowaniem miejsca pracy ponoszone są przez Osobę ubezpieczoną.

11. W ramach świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 6, Towarzystwo gwarantuje rodzicowi Osoby ubezpieczonej organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów:

1) pomoc domową oraz pielęgniarską - zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni w związku ze stwierdzoną przez lekarza centrum operacyjnego, medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w miejscu zamieszkania rodzica Osoby ubezpieczonej.

Towarzystwo pokrywa koszty pomocy domowej oraz pielęgniarskiej do łącznej kwoty 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego

2) transport na wizytę kontrolną - zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu na jedną wizytę kontrolną, która odbędzie się w ciągu 1 roku po hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego. W ramach usługi organizowany jest transport na wizytę kontrolną i transport powrotny.

3) infolinię medyczną - dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym centrum operacyjnego, który, w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ustnej informacji co do dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego oraz nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego lub Towarzystwa.

12. O celowości organizacji i pokrycia kosztów usług, o których mowa w ust. 11, decyduje lekarz uprawniony.

§ 5. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w § 2 ust. 15, nastąpiło na skutek lub w związku z okolicznościami niewskazanymi w niniejszych OWDU, i ponadto nie obejmuje:

- 1) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 3) kosztów poniesionych przez Osobę ubezpieczoną, małżonka Osoby ubezpieczonej lub dziecko Osoby ubezpieczonej bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 6 ust. 5;
- 4) kosztów zakupu leków (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
- 5) kosztów wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie);
- 6) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 - a) leczenia sanatoryjnego oraz fizykoterapii i innych zabiegów zorganizowanych ze wskazań estetycznych zarówno bez uzgodnienia z centrum operacyjnym jak i po uzgodnieniu z centrum operacyjnym, helioterapii;
 - b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroryzmu;



- c) pozostawiania/działania Osoby ubezpieczonej, małżonka Osoby ubezpieczonej lub dziecka Osoby ubezpieczonej pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia;
- d) chorób psychicznych;
- e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, wraz z późniejszymi zmianami);
- f) uprawiania niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej takich jak: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
- g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- h) poddania się przez Osobę ubezpieczoną, małżonka Osoby ubezpieczonej, dziecko Osoby ubezpieczonej lub rodzica Osoby ubezpieczonej leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
- i) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
- j) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
- k) chorób przewlekłych (nie dotyczy usług wymienionych w § 4 ust. 11).

§ 6. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia, uprawniającego do świadczeń wynikających z ubezpieczenia dodatkowego, Osoba ubezpieczona, małżonek Osoby ubezpieczonej lub dziecko Osoby ubezpieczonej są zobowiązani, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym. Centrum operacyjne czynne jest całą dobę.
2. Osoba kontaktująca się z centrum operacyjnym powinna podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko;
 - 2) adres zamieszkania;
 - 3) numer polisy;
 - 4) okres ubezpieczenia;
 - 5) krótki opis zdarzenia ubezpieczeniowego i rodzaju koniecznej pomocy;
 - 6) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
 - 7) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.

3. Osoba ubezpieczona, małżonek Osoby ubezpieczonej, dziecko Osoby ubezpieczonej, rodzic Osoby ubezpieczonej lub rodzic małżonka Osoby ubezpieczonej zobowiązani są na wniosek centrum operacyjnego do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur.

4. W przypadku, gdy Osoba ubezpieczona, małżonek Osoby ubezpieczonej, dziecko Osoby ubezpieczonej, rodzic Osoby ubezpieczonej lub rodzic małżonka Osoby ubezpieczonej nie wypełnią obowiązków określonych w ust. 1 – 3, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

5. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej Osoba ubezpieczona, małżonek Osoby ubezpieczonej, dziecko Osoby ubezpieczonej, rodzic Osoby ubezpieczonej lub rodzic małżonka Osoby ubezpieczonej nie mogli skontaktować się z centrum operacyjnym i w związku z tym sami pokryli koszty świadczeń wynikających z ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo może zwrócić Osobie ubezpieczonej, małżonkowi Osoby ubezpieczonej, dziecku Osoby ubezpieczonej, rodzicowi Osoby ubezpieczonej lub rodzicowi małżonka Osoby ubezpieczonej w całości bądź częściowo poniesione przez nich koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do centrum operacyjnego najpóźniej w ciągu 5 dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń i przedstawienia wskazanych przez centrum operacyjne dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po zaakceptowaniu przez centrum operacyjne. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości, jaką poniosłoby w przypadku organizowania świadczeń opiekuńczych we własnym zakresie.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego kończy się w stosunku do danej Osoby ubezpieczonej w przypadku:
 - 1) zgonu Osoby ubezpieczonej,
 - 2) wygaśnięcia ochrony z tytułu ubezpieczenia podstawowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu

ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA I KONIECZNOŚCI UZYSKANIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE (GOE)

Zakres ubezpieczenia w ramach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance oraz kwotowe limity kosztów określone na poszczególne świadczenia:

Zakres świadczeń	Wariant standardowy	Wariant plus	Wariant VIP
1 wizyta lekarza w przypadku nieszczęśliwego wypadku	1200 zł	1500 zł	1500 zł
2 wizyta lekarza specjalisty po nieszczęśliwym wypadku	-	1500 zł	1500 zł
3 wizyta pielęgniarki w przypadku nieszczęśliwego wypadku	1200 zł	1500 zł	1500 zł
4 dostarczenie do miejsca pobytu leków przepisanych przez lekarza	200 zł	200 zł	200 zł
5 a) wizyta rehabilitanta w domu	500 zł	500 zł	500 zł
b) wizyta w poradni rehabilitacyjnej i transport	500 zł	500 zł	500 zł
6 a) wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego	200 zł	200 zł	200 zł
b) transport sprzętu rehabilitacyjnego	200 zł	200 zł	200 zł
7 transport medyczny do placówki medycznej	1200 zł	1500 zł	1500 zł
8 transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu	1200 zł	1500 zł	1500 zł
9 transport medyczny między placówkami medycznymi	1200 zł	1500 zł	1500 zł
10 opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi	600 zł	600 zł	600 zł
11 pomoc domowa po hospitalizacji	400 zł	400 zł	400 zł
12 pomoc psychologa w trudnej sytuacji losowej	-	500 zł	500 zł
13 zdrowotne usługi informacyjne i infolinia medyczna	bez limitu	bez limitu	bez limitu
14 infolinia „Baby assistance”	bez limitu	bez limitu	bez limitu
15 pomoc w przystosowaniu miejsca pracy w przypadku inwalidztwa będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku	tylko organizacja	tylko organizacja	tylko organizacja
16 a) pomoc domowa po hospitalizacji dla rodzica Osoby ubezpieczonej	-	-	500 zł
b) transport medyczny na wizytę kontrolną dla rodzica Osoby ubezpieczonej	-	-	1/rok
c) infolinia medyczna i zdrowotne usługi informacyjne dla rodzica Osoby ubezpieczonej	-	-	bez limitu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA I KONIECZNOŚCI UZYSKANIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE W OKOLICZNOŚCIACH UTRATY PRACY (GRE)

BRP-1809

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance w okolicznościach utraty pracy o symbolu BRP-1809 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia. Niniejsze OWDU obowiązują jedynie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie niniejszych OWDU, może nastąpić tylko w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance w wariantach Plus lub VIP.

3. Zakres świadczeń assistance określono w załączniku do niniejszych OWDU.

4. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa w oparciu o ubezpieczenie dodatkowe może nastąpić tylko w odniesieniu do:

1) Osoby ubezpieczonej;

2) małżonka Osoby ubezpieczonej,

zatrudnionych na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony, przy czym w przypadku małżonka Osoby ubezpieczonej, uzależnia się rozszerzenie zakresu ochrony na podstawie niniejszych OWDU od objęcia go ochroną ubezpieczeniową na wypadek śmierci.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. **Centrum pomocy** – centrum zorganizowane przez podmiot, który zawarł z Towarzystwem umowę dotyczącą realizacji świadczeń określonych w niniejszych OWDU, w celu udzielenia pomocy Osobie ubezpieczonej lub małżonkowi Osoby ubezpieczonej.

2. **Data wypowiedzenia umowy o pracę** - data wręczenia wypowiedzenia umowy o pracę.

3. **Pracodawca** - osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Osobą ubezpieczoną lub małżonkiem Osoby ubezpieczonej umowę o pracę na czas nieokreślony.

4. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** - zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa, polegające na pogorszeniu się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance w okolicznościach utraty pracy przez Osobę ubezpieczoną lub małżonka Osoby ubezpieczonej, tj. w związku z otrzymaniem oświadczenia o wypowiedzeniu przez Pracodawcę umowy o pracę z Osobą ubezpieczoną/małżonkiem Osoby ubezpieczonej z przyczyn dotyczących pracodawcy (w szczególności: ekonomicznych, produkcyjnych, zmian organizacyjnych albo technologicznych, upadłości czy likwidacji zakładu pracy, zwolnień grupowych), w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Osoby ubezpieczonej

lub małżonka Osoby ubezpieczonej.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie osób wymienionych w § 1 ust. 4 pkt. 1 i 2 w okresie ubezpieczenia.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa polega na zapewnieniu Osobie ubezpieczonej lub małżonkowi Osoby ubezpieczonej, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, świadczeń opiekuńczych wymienionych w § 4 ust. 1, realizowanych za pośrednictwem Centrum pomocy.

3. Warunkiem uzyskania świadczeń opiekuńczych wymienionych w § 4 ust. 1 jest zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 2 ust. 4, potwierdzonego oświadczeniem dokumentującym wypowiedzenie umowy o pracę z przyczyn pracodawcy.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Zakres ubezpieczenia w ramach dodatkowego grupowego ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia assistance przysługujące Osobie ubezpieczonej lub małżonkowi Osoby ubezpieczonej w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 2 ust. 4:

1) pomoc psychologa po utracie pracy – Centrum pomocy zapewni Osobie ubezpieczonej lub małżonkowi Osoby ubezpieczonej organizację i pokrycie kosztów konsultacji z psychologiem. Termin i miejsce wizyty uzgadnia centrum pomocy z Osobą ubezpieczoną/małżonkiem Osoby ubezpieczonej przy zachowaniu postanowień § 5. Pomoc psychologa ma przede wszystkim na celu:

a) wywiad i diagnozę psychologiczną;

b) interwencję kryzysową;

c) udzielenie porad i wskazówek w zakresie radzenia sobie ze stresem;

d) inne porady i wskazówki w zależności od stanu emocjonalnego, ewentualnie skierowanie do dalszej opieki psychologa lub psychiatry.

2) usługi informacyjne – Towarzystwo, na wniosek Osoby ubezpieczonej lub małżonka Osoby ubezpieczonej, świadczy poprzez Centrum pomocy usługi informacyjne (adresy, telefony) dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego przez okres 6 miesięcy od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

3) pakiet informacyjny – Centrum pomocy w terminie do 14 dni od chwili dostarczenia przez Osobę ubezpieczoną lub małżonka Osoby ubezpieczonej kopii oświadczenia o wypowiedzeniu, przy zachowaniu postanowień § 5, wysyła do Osoby ubezpieczonej/małżonka Osoby ubezpieczonej drogą elektroniczną zestaw materiałów informacyjnych określony w załączniku do niniejszych OWDU. Zmiany załącznika nie stanowią zmiany OWDU.

4) informacja telefoniczna – Osoba ubezpieczona lub małżonek Osoby ubezpieczonej przy zachowaniu postanowień § 5, mają możliwość skorzystania z całodobowego, telefonicznego dostępu do informacji określonych w załączniku do niniejszych OWDU.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje usług w zakresie świadczeń opiekuńczych, wymienionych w ust. 1, poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.



§ 5. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W zakresie okresowego wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa (karencji) stosuje się postanowienia OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w zakresie świadczeń assistance wymienionych w § 4 ust. 1, jeżeli to zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło w ciągu pierwszych 3 miesięcy od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia.

§ 6. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Osoba ubezpieczona lub małżonek Osoby ubezpieczonej zobowiązani są niezwłocznie skontaktować się telefonicznie z Centrum pomocy czynnym przez całą dobę, podając następujące dane :

- 1) imię i nazwisko;
 - 2) adres zamieszkania Osoby ubezpieczonej;
 - 3) numer polisy;
 - 4) okres ubezpieczenia;
 - 5) datę oraz opis zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 6) numer telefonu do skontaktowania się z Osobą ubezpieczoną /małżonkiem Osoby ubezpieczonej;
 - 7) inne informacje konieczne do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
2. Osoba ubezpieczona lub małżonek Osoby ubezpieczonej powinni

w ciągu 30 dni od daty wypowiedzenia umowy o pracę, umieszczonej w oświadczeniu o wypowiedzeniu, przesłać do Centrum pomocy kopię tego oświadczenia.

3. W przypadku, gdy Osoba ubezpieczona lub małżonek Osoby ubezpieczonej nie wypełnią obowiązków określonych w § 6 ust. 1 i 2, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W stosunku do danej Osoby ubezpieczonej lub małżonka Osoby ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa po upływie 6 miesięcy od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu

ZAŁĄCZNIK DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POGORSZENIA SIĘ STANU ZDROWIA I KONIECZNOŚCI UZYSKANIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE (GRE)

Zakres ubezpieczenia w ramach dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania Świadczeń Assistance w okolicznościach utraty pracy oraz kwotowe limity kosztów określone na poszczególne świadczenia:

Zakres świadczeń		
1.	pomoc psychologa po utracie pracy	150 zł
2.	usługi informacyjne dotyczące korzystania z poradni zdrowia psychicznego	bez limitu
3.	pakiet informacyjny, zawierający: a) instrukcje dotyczące pisania CV (Curriculum Vitae) wraz ze wzorem CV; b) instrukcje dotyczące pisania listu motywacyjnego wraz ze wzorem listu motywacyjnego; c) instrukcje dotyczące pisania biznesplanu tworzonego przy zakładaniu działalności gospodarczej oraz wzór biznesplanu.	bez limitu
4.	Informacja telefoniczna, dotycząca: a) odpraw pieniężnych, przysługujących Osobie ubezpieczonej lub małżonkowi Osoby ubezpieczonej zwalnianym z przyczyn leżących po stronie pracodawcy; b) świadczeń przedemerytalnych; c) praw i obowiązków bezrobotnych; d) rejestracji w urzędzie pracy; e) sposobu ustalania wysokości zasiłku dla bezrobotnych; f) innych form pomocy udzielanej osobom bezrobotnym; g) danych teleadresowych biur pośrednictwa pracy, oferujących pracę na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz poza jej granicami; h) dokumentów i procedur, koniecznych do rozpoczęcia i rejestracji działalności gospodarczej.	bez limitu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK URODZENIA SIĘ DZIECKA ORAZ NA WYPADEK URODZENIA SIĘ MARTWEGO NOWORODKA (GUD)

BRP-1909

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek urodzenia się dziecka oraz urodzenia się martwego noworodka o symbolu BRP-1909 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Urodzenie się dziecka – urodzenie się dziecka własnego biologicznego Osoby ubezpieczonej, po upływie 22 tygodnia trwania ciąży, o ile pozostawało przy życiu ponad 24 godziny od chwili narodzin.

2) Urodzenie się martwego noworodka – urodzenie się dziecka własnego biologicznego Osoby ubezpieczonej, po upływie 22 tygodnia trwania ciąży, o ile pozostawało przy życiu nie dłużej niż 24 godziny od chwili narodzin, zmarło w trakcie porodu lub urodziło się martwe.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci urodzenia się dziecka lub zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci urodzenia się martwego noworodka.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci urodzenia się dziecka, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w polisie, aktualnej w dniu urodzenia się dziecka, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci urodzenia się martwego noworodka, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej świadczenie w wysokości podwójnej sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w polisie, aktualnej w dniu urodzenia się martwego noworodka.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W zakresie okresowego ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa (karencji) stosuje się postanowienia § 10 OWU, z zastrzeżeniem, że okres karencji wynosi:

1) 9 miesięcy od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia – w przypadku urodzenia się dziecka;

2) 1 miesiąc od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia – w przypadku urodzenia się martwego noworodka.

2. Niezależnie od postanowień § 10 OWU, w stosunku do wszystkich Osób ubezpieczonych, które bezpośrednio przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia nie były objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z Towarzystwem lub innym niż Towarzystwo ubezpieczycielem, stosuje się:

1) w przypadku urodzenia się dziecka 9-miesięczne,

2) w przypadku urodzenia się martwego noworodka 1-miesięczne ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa liczone od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu danego ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Do wniosku o wypłatę świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

1) odpis skrócony aktu urodzenia dziecka - w przypadku urodzenia się dziecka;


2) odpis skrócony aktu urodzenia dziecka lub odpis skrócony aktu zgonu dziecka oraz kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis) matki dziecka z informacją o wieku ciąży – w przypadku urodzenia się martwego noworodka.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później.



Franz Fuchs
Prezes Zarządu



Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OSIEROCENIA DZIECKA (GOD) BRP-2009

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek osierocenia dziecka o symbolu BRP-2009 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

Osierocenie dziecka - śmierć Osoby ubezpieczonej, jeżeli w chwili swojej śmierci miała ona co najmniej jedno dziecko w wieku do 25 lat, będące dzieckiem własnym, przysposobionym lub pasierbem (o ile nie żyje ojciec lub matka pasierba).

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci osierocenia dziecka, Towarzystwo wypłaci każdemu osieroconemu dziecku, które w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego miało nie więcej niż 25 lat, świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w polisie, aktualnej w dniu osierocenia dziecka.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W zakresie okresowego ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa (karencji) stosuje się postanowienia § 10 OWU.

2. Do ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa określone w § 14 OWU, stosowane wprost lub odpowiednio.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Osoby ubezpieczonej powodująca osierocenie dziecka nastąpiła w dniu śmierci dziecka Osoby ubezpieczonej.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu danego ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Do wniosku o wypłatę świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz dokumenty potwierdzające fakt posiadania przez Osobę ubezpieczoną dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później.



Franz Fuchs
Prezes Zarządu



Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA (GZD) BRP-2109

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka o symbolu BRP-2109 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

Śmierć dziecka - zgon dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Osoby ubezpieczonej (o ile nie żyje ojciec lub matka pasierba), jeżeli w momencie swojej śmierci miało ono ponad 24 godziny życia od chwili narodzin oraz nie więcej niż 25 lat.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci dziecka.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci dziecka, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w polisie, aktualnej na dzień śmierci dziecka, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Jeżeli śmierć dziecka wystąpiła w okresie karencji obowiązującej dla Osoby ubezpieczonej, postanowienia § 10 OWU regulujące okresowe ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa (karencję) stosuje się odpowiednio w stosunku do śmierci dziecka.

2. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa wobec Osoby ubezpieczonej określone w § 14 OWU, stosuje się odpowiednio w stosunku do dziecka, o którym mowa w § 2 ust. 1.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć dziecka nastąpiła w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu danego ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Do wniosku o wypłatę świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

- 1) dokumenty potwierdzające fakt posiadania przez Osobę ubezpieczoną dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba,
- 2) odpis skrócony aktu zgonu dziecka.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później.



Franz Fuchs
Prezes Zarządu



Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI DZIECKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GDN) BRP-2209

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-2209 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

Śmierć dziecka - zgon dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba Osoby ubezpieczonej (o ile nie żyje ojciec lub matka pasierba), jeżeli w momencie swojej śmierci miało ono ponad 24 godziny życia od chwili narodzin oraz nie więcej niż 25 lat.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w polisie, aktualnej na dzień wystąpienia nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną śmierci dziecka, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci dziecka, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,
- 2) śmierć dziecka nastąpiła w okresie ubezpieczenia,
- 3) śmierć dziecka nastąpiła w ciągu 6 miesięcy do dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa wobec Osoby ubezpieczonej określone w § 14 OWU, stosuje się odpowiednio w stosunku do dziecka, o którym mowa w § 2 ust. 1.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć dziecka nastąpiła w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu danego ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Do wniosku o wypłatę świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:
 - 1) dokumenty potwierdzające fakt posiadania przez Osobę ubezpieczoną dziecka własnego, przysposobionego lub pasierba,
 - 2) odpis skrócony aktu zgonu dziecka.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później.



Franz Fuchs
Prezes Zarządu



Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA (GZW) BRP-2309

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka o symbolu BRP-2309 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

Śmierć małżonka – śmierć osoby pozostającej w dniu swojej śmierci z Osobą ubezpieczoną w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci małżonka.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci małżonka, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w polisie, aktualnej na dzień śmierci małżonka, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Jeżeli śmierć małżonka wystąpiła w okresie karencji obowiązującej dla Osoby ubezpieczonej, postanowienia § 10 OWU regulujące okresowe ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa (karencję) stosuje się odpowiednio w stosunku do śmierci małżonka.

2. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa wobec Osoby ubezpieczonej określone w § 14 OWU, stosuje się odpowiednio w stosunku do małżonka, o którym mowa w § 2 ust. 1.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć małżonka nastąpiła w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu danego ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Do wniosku o wypłatę świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz odpis skrócony aktu zgonu małżonka.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później.



Franz Fuchs
Prezes Zarządu



Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI MAŁŻONKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GWN) BRP-2409

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-2409 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

Śmierć małżonka – śmierć osoby pozostającej w dniu swojej śmierci z Osobą ubezpieczoną w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w polisie, aktualnej na dzień wystąpienia nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną śmierci małżonka, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli

spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci małżonka, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,
- 2) śmierć małżonka nastąpiła w okresie ubezpieczenia,
- 3) śmierć małżonka nastąpiła w ciągu 6 miesięcy do dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa wobec Osoby ubezpieczonej określone w § 14 OWU, stosuje się odpowiednio w stosunku do małżonka, o którym mowa w § 2 ust. 1.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć małżonka nastąpiła w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu danego ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Do wniosku o wypłatę świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz odpis skrócony aktu zgonu małżonka.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później.



Franz Fuchs
Prezes Zarządu



Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI RODZICA LUB ŚMIERCI TEŚCIA (GZR) BRP-2509

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci rodzica lub śmierci teścia o symbolu BRP-2509 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) **Śmierć rodzica** – zgon matki lub ojca Osoby ubezpieczonej; za śmierć rodzica w rozumieniu niniejszych OWDU uważa się również zgon osoby, która pozostaje z ojcem lub matką Osoby ubezpieczonej w związku małżeńskim, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie żyje odpowiednio matka lub ojciec Osoby ubezpieczonej.

2) **Śmierć teścia** – zgon matki lub ojca małżonka Osoby ubezpieczonej; za śmierć teścia w rozumieniu niniejszych OWDU uważa się również zgon osoby, która pozostaje z ojcem lub matką małżonka Osoby ubezpieczonej w związku małżeńskim, jeżeli w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie żyje odpowiednio matka lub ojciec małżonka Osoby ubezpieczonej.

3) **Małżonek Osoby ubezpieczonej** - osoba pozostająca w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego z Osobą ubezpieczoną w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest wystąpienie w życiu Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia, zdarzeń ubezpieczeniowych w postaci śmierci rodzica lub śmierci teścia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci rodzica, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w polisie, aktualnej na dzień śmierci rodzica, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych

OWDU.

2. W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci teścia, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego określonej w polisie, aktualnej na dzień śmierci teścia, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Jeżeli śmierć rodzica lub śmierć teścia wystąpiła w okresie karencji obowiązującej dla Osoby ubezpieczonej, postanowienia § 10 OWU regulujące okresowe ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa (karencję) stosuje się odpowiednio w stosunku do śmierci rodzica i śmierci teścia.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć rodzica lub śmierć teścia nastąpiła w dniu śmierci Osoby ubezpieczonej.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu danego ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Do wniosku o wypłatę świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU oraz:

1) wypis z dokumentu tożsamości Osoby ubezpieczonej lub małżonka Osoby ubezpieczonej,

2) odpis skrócony aktu zgonu rodzica, teścia lub osoby pozostającej w związku małżeńskim z ojcem lub matką Osoby ubezpieczonej albo z ojcem lub matką małżonka Osoby ubezpieczonej,

3) odpis skrócony aktu zawarcia małżeństwa (w przypadku śmierci teścia), wystawiony nie wcześniej niż na dzień śmierci teścia lub oświadczenie Osoby ubezpieczonej o pozostawaniu na dzień śmierci teścia w związku małżeńskim.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później.



Franz Fuchs
Prezes Zarządu



Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA DZIECKA (GPZD) BRP-2609

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka o symbolu BRP-2609 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

- 1) **Dziecko Osoby ubezpieczonej** – własne lub przysposobione dziecko Osoby ubezpieczonej, będące w wieku od 6 miesięcy do 18 lat.
- 2) **Wystąpienie poważnego zachorowania** – zdiagnozowanie po raz pierwszy poważnego zachorowania.
- 3) **Poważne zachorowanie** – wystąpienie w zdrowiu dziecka Osoby ubezpieczonej któregośkolwiek ze stanów chorobowych określonych w pkt 4-11.
- 4) **Nowotwór złośliwy** – choroba charakteryzująca się niekontrolowanym rozrostem złośliwych, patologicznych komórek niszczących zdrowe tkanki; w rozumieniu niniejszych OWU za nowotwór złośliwy uważa się także ziarnicę złośliwą i białaczkę. Rozpoznanie nowotworu musi być potwierdzone bezspornym dowodem naciekania lub badaniem histopatologicznym. W rozumieniu niniejszych OWDU za nowotwór złośliwy nie uważa się:
 - a) nowotworu łagodnego,
 - b) każdego nowotworu opisanego histopatologicznie jako stadium przedinwazyjne lub jako nowotwór in situ (Tis) np. raka pęcherza moczowego w stadium Ta,
 - c) raka podstawnokomórkowego i raka płaskonabłonkowego, czerniaka złośliwego w stadium zaawansowania T I a wg klasyfikacji TNM
 - d) ziarnicy złośliwej (choroby Hodgkina) i chłoniaków w pierwszym stadium zaawansowania (stadia IA i IB),
 - e) przewlekłej białaczki limfatycznej o stopniu zaawansowania wg Rai < 3,
 - f) nowotworu współistniejącego z zakażeniem wirusem HIV (np. mięsaka Kaposiego).
- 5) **Niewydolność nerek** – stadium nieodwracalnej i całkowitej niewydolności nerek, wymagające stałego, przewlekłego stosowania dializ lub transplantacji nerki.

W rozumieniu niniejszych OWDU za niewydolność nerek nie uważa się ostrej niewydolności nerek, w tym w wyniku zatrucia lub wstrząsu, nawet jeżeli konieczne było przejściowe zastosowanie dializ.

6) **Oparzenia** – termiczne lub chemiczne uszkodzenia powłok skórnych III stopnia (zniszczenie całej grubości skóry) wymagające hospitalizacji obejmujące ponad 20% powierzchni ciała. Przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera.

7) **Paraliż** – całkowita nieodwracalna utrata funkcji ruchowej kończyny, dotycząca co najmniej dwóch kończyn, będąca skutkiem urazu lub

choroby; paraliż musi mieć charakter trwały.

8) **Poliomielitis** – infekcja wywołana wirusem polio, której skutkiem jest co najmniej paraliż mięśni oddechowych lub mięśni kończyn lub zajęcie ośrodka oddechowego w pniu mózgu, z trwałym następstwem w postaci nasilonego niedowładu lub paraliżu.

9) **Poważne uszkodzenie mózgu** – nieodwracalne, znaczne upośledzenie lub utrata zdolności intelektualnych w wyniku uszkodzenia mózgu, powstałe na skutek nieszczęśliwego wypadku, którego skutkiem jest niezdolność do samodzielnej egzystencji, w następstwie czego wymagany jest stały nadzór lub pomoc w życiu codziennym.

10) **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 niniejszych OWDU za przeszczep narządu nie uważa się przeszczepienia:

- a) narządu sztucznego,
- b) fragmentu narządu, w szczególności zastawek serca lub wysepek Langerhansa.

11) **Śpiączka** – spowodowany chorobą inną niż wymienione w pkt 4-10 lub nieszczęśliwym wypadkiem stan nieprzytomności, z całkowitym brakiem reakcji organizmu na bodźce zewnętrzne oraz jego potrzeby wewnętrzne, przebiegający z zaburzeniami odruchowych funkcji wegetatywnych, wymagający wykorzystywania systemu podtrzymywania życia w sposób stały i nieprzerwany przez okres co najmniej 96 godzin, którego skutkiem jest wystąpienie trwających co najmniej 90 dni deficytów neurologicznych.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śpiączki, do której wystąpienia doszło na skutek użycia przez dziecko Osoby ubezpieczonej leków, alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających lub toksycznych.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci poważnego zachorowania dziecka Osoby ubezpieczonej, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego, określonej w polisie, aktualnej na dzień wystąpienia poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.



§ 5. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Jeżeli poważne zachorowanie dziecka Osoby ubezpieczonej wystąpiło w okresie karencji obowiązującej dla Osoby ubezpieczonej, postanowienia § 10 OWU regulujące okresowe ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa (karencję) stosuje się odpowiednio w stosunku do poważnego zachorowania dziecka Osoby ubezpieczonej, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Niezależnie od postanowień § 10 OWU, w stosunku do wszystkich Osób ubezpieczonych, które bezpośrednio przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia nie były objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z Towarzystwem lub innym niż Towarzystwo ubezpieczycielem, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu jakiegokolwiek poważnego zachorowania dziecka Osoby ubezpieczonej w przypadku wystąpienia tego poważnego zachorowania przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia lub w ciągu 3 miesięcy od tego dnia.

3. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa wobec Osoby ubezpieczonej określone w § 14 OWU, stosuje się odpowiednio w stosunku do dziecka Osoby ubezpieczonej. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli poważne zachorowanie dziecka Osoby ubezpieczonej miało miejsce w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała lub pogorszeniem stanu zdrowia, które nastąpiły przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia lub były skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia lub która została zdiagnozowana lub wymagała porady lekarskiej, leczenia lub zastosowania leków przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia.

4. Jeżeli dziecko Osoby ubezpieczonej zmarło w następstwie poważnego zachorowania w ciągu 12 miesięcy od dnia wystąpienia tego poważnego zachorowania, to świadczenie z tytułu ubezpieczenia dodatkowego nie przysługuje.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu danego ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-5.

2. Do wniosku o wypłatę świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU, dokumenty potwierdzające fakt posiadania przez Osobę ubezpieczoną dziecka własnego lub przysposobionego oraz w przypadku:

- 1) nowotworu złośliwego – bezsporny dowód naciekania lub wynik badania histopatologicznego,
- 2) niewydolności nerek – dowody przewlekłego dializowania lub przebiegania operacji transplantacji nerki,
- 3) oparzeń – opinię lekarza specjalisty chirurgii dziecięcej zawierającą opis lokalizacji i rozległości doznanych obrażeń, jak również stopnia oparzenia oraz dokumentację leczenia,
- 4) paraliżu – dwie niezależne opinie wydane przez specjalistów chorób neurologicznych, zawierające rozpoznanie, dokładny opis stanu pacjenta i rokowanie,
- 5) poliomyelitis – dwie opinie niezależnych lekarzy specjalistów chorób dziecięcych lub zakaźnych, zawierające rozpoznanie, opis stanu

pacjenta i rokowanie lub opinię jednego lekarza wraz z dokumentacją leczenia; potwierdzenie trwałych deficytów neurologicznych powinno nastąpić najwcześniej po 6 tygodniach od wystąpienia poważnego zachorowania,

6) poważnego uszkodzenia mózgu – dowód zaistnienia wypadku, którego skutkiem był uraz mózgu oraz dwie opinie niezależnych lekarzy neurologów lub psychiatrów, zawierające rozpoznanie, opis stanu pacjenta przed i po wystąpieniu uszkodzenia mózgu oraz rokowanie,

7) przeszczepienia narządu – dowody przeszczepienia,

8) śpiączki – dokumentację leczenia podtrzymującego życie wraz ze wskazaniem początku i zakończenia okresu leczenia oraz dokładnym opisem zastosowanych środków, rozpoznaniem i rokowaniem; potwierdzenie trwałych deficytów neurologicznych powinno nastąpić najwcześniej po 90 dniach występowania śpiączki.

3. Przed podjęciem decyzji odnośnie wypłaty świadczenia Towarzystwo może:

1) zwrócić się do Osoby ubezpieczonej o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji;

2) skierować dziecko Osoby ubezpieczonej na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.

4. W okresie ubezpieczenia odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do jednorazowej wypłaty sumy ubezpieczenia dodatkowego w przypadku każdego dziecka Osoby ubezpieczonej, niezależnie od liczby poważnych zachorowań danego dziecka Osoby ubezpieczonej. W przypadku wystąpienia u danego dziecka Osoby ubezpieczonej ponownie poważnego zachorowania, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.

5. Świadczenie z tytułu danego poważnego zachorowania zostanie wypłacone, o ile w dacie wystąpienia poważnego zachorowania dziecko Osoby ubezpieczonej miało ukończone 6 miesięcy i nie miało ukończonych 18 lat.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W stosunku do danej Osoby ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu niniejszego ubezpieczenia dodatkowego wygasa w dniu złożenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu poważnego zachorowania danego dziecka Osoby ubezpieczonej – w odniesieniu do tego dziecka Osoby ubezpieczonej, chyba że Towarzystwo odmówiło wypłaty tego świadczenia.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU MAŁŻONKA W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GTUM)

BRP-2709

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-2709 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umów ubezpieczenia podstawowego, zawieranych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Małżonek Osoby ubezpieczonej – osoba pozostająca w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego z Osobą ubezpieczoną w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

2) Trwały uszczerbek na zdrowiu – występujące u małżonka Osoby ubezpieczonej trwale, nieodwracalne i nie rokujące z punktu widzenia wiedzy medycznej poprawę uszkodzenie organu, narządu lub układu spełniające łącznie następujące warunki:

a) polega na fizycznej utracie organu, narządu lub układu albo powoduje trwale upośledzenie funkcji organu, narządu lub układu,

b) zostało wymienione w obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia tabeli dostępnej w siedzibie Towarzystwa i wybranej przez Ubezpieczającego spośród dwóch następujących tabel: Tabeli norm oceny trwałego uszczerbku na zdrowiu A lub Tabeli norm oceny trwałego uszczerbku na zdrowiu B oraz zgodnie z nią ocenione na zasadach wskazanych w niniejszych OWDU.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie małżonka Osoby Ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka Osoby Ubezpieczonej w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej świadczenie w wysokości odpowiedniej części sumy ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

1) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka Osoby ubezpieczonej, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,

2) trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka Osoby ubezpieczonej nastąpił w okresie ubezpieczenia,

3) trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka Osoby ubezpieczonej nastąpił w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.

§ 5. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa określone w § 14 OWU stosuje się odpowiednio do małżonka Osoby ubezpieczonej.

2. Jeżeli małżonek Osoby ubezpieczonej zmarł w następstwie nieszczęśliwego wypadku w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku, to świadczenie z tytułu ubezpieczenia dodatkowego nie przysługuje.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-8.

2. Do wniosku o wypłatę świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU, odpis skrócony aktu małżeństwa oraz:

1) zaświadczenie lekarskie o całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji,

2) dokumentację medyczną potwierdzającą prawo do otrzymania świadczenia, w tym kopie wyników badań lekarskich stwierdzających istnienie trwałego uszczerbku na zdrowiu.

3. Podstawą ustalenia wysokości świadczenia są:

1) suma ubezpieczenia dodatkowego określona w polisie, aktualna na dzień zajścia nieszczęśliwego wypadku,

2) wartości trwałego uszczerbku na zdrowiu określone w wybranej przez Ubezpieczającego Tabeli norm oceny trwałego uszczerbku na zdrowiu.

4. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu orzeka się po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia, nie później jednak niż w ciągu 24 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku. Decyzja o stopniu trwałego uszczerbku na zdrowiu małżonka Osoby ubezpieczonej podejmowana jest na podstawie stanu zdrowia małżonka Osoby ubezpieczonej z dnia złożenia pełnej dokumentacji związanej z trwałym uszczerbkiem na zdrowiu i będącym jego przyczyną nieszczęśliwym wypadkiem. Zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, która nastąpiła po dniu wydania decyzji o stopniu trwałego uszczerbku na zdrowiu, nie daje podstawy do wypłaty, zmiany wysokości bądź cofnięcia świadczenia Towarzystwa.

5. Przed podjęciem decyzji o stopniu trwałego uszczerbku na zdrowiu Towarzystwo może:

1) zwrócić się do Osoby ubezpieczonej o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji;

2) skierować małżonka Osoby ubezpieczonej na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.

6. Przy ustalaniu stopnia uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju wykonywanej pracy ani innych aktywności wykonywanych przez małżonka Osoby ubezpieczonej.

7. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danej Osoby

ubezpieczonej ograniczona jest do łącznej wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od ilości zdarzeń ubezpieczeniowych objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWDU, mających miejsce w okresie ubezpieczenia.

8. W przypadku gdy trwały uszczerbek na zdrowiu małżonka Osoby ubezpieczonej powstał w obrębie narządów (organów), których funkcje przed dniem zajścia nieszczęśliwego wypadku były już upośledzone lub w przypadku kolejnego trwałego uszczerbku małżonka Osoby ubezpieczonej w obrębie tego samego narządu (organu), Towarzystwo wypłaci świadczenie pomniejszone o stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu istniejącego przed dniem zajścia nieszczęśliwego wypadku.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

I. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż

w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W stosunku do danej Osoby ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa w dniu złożenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, jeżeli wypłacane świadczenie wyczerpuje samo lub łącznie z poprzednio wypłaconymi świadczeniami 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego, chyba że Towarzystwo odmówiło wypłaty świadczenia.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później.



Franz Fuchs
Prezes Zarządu



Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU MAŁŻONKA W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (GPNM) BRP-2809

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pobytu małżonka w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku o symbolu BRP-2809 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umów ubezpieczenia podstawowego, zawieranych przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S. A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) Małżonek Osoby ubezpieczonej - osoba pozostająca w czasie pobytu w szpitalu z Osobą ubezpieczoną w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

2) Oddział Intensywnej Opieki Medycznej (OIOM) - oddział szpitala, prowadzony przez specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, wyposażony w specjalistyczny sprzęt do reanimacji i podtrzymywania podstawowych funkcji życiowych, w którym odbywa się leczenie ciężkich stanów niewydolności najważniejszych organów i układów organizmu oraz ciężkich stanów pooperacyjnych lub odpowiednik takiego oddziału działający zgodnie z prawem państwa, na terytorium którego się znajduje. W rozumieniu niniejszych OWDU za powyższy oddział uważa się również:

- a) oddział intensywnej terapii,
- b) oddział intensywnego nadzoru medycznego,
- c) salę intensywnej opieki medycznej, tj. w rozumieniu niniejszych OWDU salę wydzieloną w oddziale szpitalnym, przeznaczoną dla pacjentów pod opieką specjalistów intensywnej terapii i anestezjologii, 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.

3) Pobyt w szpitalu – udokumentowany pobyt małżonka Osoby ubezpieczonej w szpitalu, mający miejsce w okresie ubezpieczenia, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia małżonka Osoby ubezpieczonej. W rozumieniu niniejszych OWDU za pobyt w szpitalu nie uważa się pobytu na oddziale dziennym oraz pobytu dziennego.

4) Szpital – zakład opieki zdrowotnej, prowadzący, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, działalność na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub na terytorium państw: Norwegia, Szwajcaria, Liechtenstein, Islandia, Chorwacja, USA i Kanada, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną obsługę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza

w okresie ciągłym, prowadzący dla każdego pacjenta dostępny dla Towarzystwa dzienny rejestr medyczny. W rozumieniu niniejszych OWDU za szpital nie uważa się:

- a) szpitala psychiatrycznego, szpitala, domu opieki, ośrodka, oddziału lub innej jednostki, 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 nerwic i depresji, albo innych zakłóceń czynności psychicznych, a także ich powikłań bądź następstw,
- b) szpitala, ośrodka, oddziału lub innej jednostki: sanatoryjnej, prewencyjnej, uzdrowskiej, rehabilitacyjnej lub rekonwalescencyjnej,
- c) domowej opieki pielęgniarstwa, hospicjów, domów opieki, ośrodków wypoczynkowych,
- d) szpitala, ośrodka, oddziału lub innej jednostki leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie małżonka Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Zakres ubezpieczenia dodatkowego obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:

- 1) pobyt małżonka Osoby ubezpieczonej w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub
- 2) pobyt małżonka Osoby ubezpieczonej na OIOM w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

2. W razie pobytu małżonka Osoby ubezpieczonej w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej świadczenie w postaci zasiłku dziennego określonego w polisie, aktualnego na pierwszy dzień pobytu w szpitalu, za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

3. W razie pobytu małżonka Osoby ubezpieczonej na OIOM w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej świadczenie w postaci podwójnego zasiłku dziennego określonego w polisie, aktualnego na pierwszy dzień pobytu na OIOM, za każdy dzień pobytu na OIOM, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 2 lub ust. 3, zostanie wypłacone, jeżeli spełnione zostały łącznie następujące warunki:

- 1) nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną pobytu w szpitalu lub pobytu na OIOM, miał miejsce w okresie ubezpieczenia,
- 2) pobyt w szpitalu lub pobyt na OIOM miał miejsce w okresie ubezpieczenia,
- 3) pobyt w szpitalu lub kolejnych szpitalach lub pobyt na OIOM trwał nieprzerwanie co najmniej 4 dni,
- 4) pobyt w szpitalu lub pobyt na OIOM rozpoczął się w ciągu 30 dni



od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.

5. Każdy rozpoczęty dzień pobytu w szpitalu lub na OIOM uważa się za pełny.

§ 5. WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa wobec Osoby ubezpieczonej określone w § 14 OWU, stosuje się odpowiednio w stosunku do małżonka Osoby ubezpieczonej, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 1, z zastrzeżeniem ust. 2-3.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt małżonka Osoby ubezpieczonej w szpitalu miał miejsce w następstwie lub w związku z:

1) koniecznością wydania orzeczenia lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia małżonka Osoby Ubezpieczonej;

2) leczeniem lub zabiegami leczniczymi innymi niż spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem.

3. W przypadku pobytu małżonka Osoby ubezpieczonej w szpitalu lub ośrodku lub na oddziale neurologicznym Towarzystwo ponosi odpowiedzialność do 30 dnia nieprzerwanego pobytu małżonka Osoby ubezpieczonej w tym – odpowiednio – szpitalu, ośrodku lub oddziale.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-8.

2. Do wniosku o wypłatę świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU, odpis skrócony aktu małżeństwa oraz:

1) dokumentację związaną z pobytem małżonka Osoby ubezpieczonej w szpitalu,

2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego (wypis) – zaświadczenie stwierdzające pobyt małżonka Osoby ubezpieczonej w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku,

3) dokumentację potwierdzającą pobyt małżonka Osoby ubezpieczonej na OIOM – w przypadku pobytu małżonka Osoby Ubezpieczonej na OIOM.

3. Przed podjęciem decyzji o wypłacie świadczenia Towarzystwo może zwrócić się do Osoby ubezpieczonej o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty świadczenia z tytułu pobytu na OIOM w sumie za nie więcej niż 7 dni pobytu na OIOM w każdym kolejnym roku okresu ubezpieczenia. Za każdy dzień pobytu na OIOM ponad okres wskazany w zdaniu poprzednim świadczenie spełniane jest w wysokości świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu.

5. Towarzystwo wypłaca świadczenia, o których mowa w § 4 ust. 2-3, w sumie za nie więcej niż łącznie 92 dni pobytu w szpitalu lub pobytu na OIOM w każdym kolejnym roku okresu ubezpieczenia, nie częściej jednak niż pięć razy w danym roku okresu ubezpieczenia.

6. Osobie ubezpieczonej przysługuje tylko jedno ze świadczeń wskazanych w § 4 ust. 2-3.

7. W przypadku udokumentowanego pobytu w szpitalu trwającego dłużej niż 30 dni, Towarzystwo może wypłacić zaliczkę na poczet przyszłego świadczenia.

8. Zgłoszenie wniosku o świadczenie powinno nastąpić w terminie do 45 dni po zakończeniu pobytu w szpitalu.

§ 7. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego.

§ 8. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA MAŁŻONKA WARIANT STANDARDOWY (GPZM1), WARIANT PLUS (GPZM2) BRP-2909

§ 1. ROZSZERZENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI O UBEZPIECZENIE DODATKOWE

1. Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania małżonka o symbolu BRP-2909 (OWDU) mają zastosowanie w przypadku rozszerzenia zakresu odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwanego dalej Towarzystwem, z tytułu umów ubezpieczenia, zawieranych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (OWU) i stanowią integralną część tych umów ubezpieczenia.

2. Rozszerzenie zakresu odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie niniejszych OWDU może dotyczyć jednego z dwóch wariantów ochrony ubezpieczeniowej:

1) wariantu standardowego (GPZM1) określonego w § 4, obejmującego poważne zachorowania wskazane w § 2 ust. 1 pkt 4-10 albo

2) wariantu plus (GPZM2) określonego w § 5, obejmującego poważne zachorowania wskazane w § 2 ust. 1 pkt 4-20.

3. Wariant ochrony ubezpieczeniowej, według którego Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jest określony w polisie i certyfikacie ubezpieczenia.

4. Postanowienia niniejszych OWDU, niezastrzeżone wprost dla jednego z wariantów ochrony ubezpieczeniowej, o których mowa w ust. 2, mają zastosowanie do obu wariantów.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. Pojęcia użyte w OWDU oznaczają:

1) **Małżonek Osoby ubezpieczonej** - osoba pozostająca w dniu wystąpienia poważnego zachorowania z Osobą ubezpieczoną w związku małżeńskim w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

2) **Wystąpienie poważnego zachorowania** – zdiagnozowanie po raz pierwszy poważnego zachorowania.

3) **Poważne zachorowanie** – wystąpienie w zdrowiu małżonka Osoby ubezpieczonej któregośkolwiek ze stanów chorobowych, określonych odpowiednio: dla wariantu standardowego w pkt 4-10, dla wariantu plus w pkt 4-20.

4) **Niewydolność nerek** – stadium nieodwracalnej i całkowitej niewydolności nerek, wymagające stałego, przewlekłego stosowania dializ lub transplantacji nerki.

W rozumieniu niniejszych OWDU za niewydolność nerek nie uważa się ostrej niewydolności nerek, w tym w wyniku zatrucia lub wstrząsu, nawet jeżeli konieczne było przejściowe zastosowanie dializ.

5) **Operacja aorty** – chirurgiczne leczenie choroby aorty polegające na zastąpieniu części aorty przez przeszczep (graft). Przez aortę rozumie się jedynie aortę piersiową i brzuszną, a nie jej dalsze odgałęzienia.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku:

- a) gdy do operacji aorty doszło w związku z przebyłym urazem,
- b) jakiegokolwiek innego, niż wyżej wymieniony rodzaj operacji, zabiegu dotyczącego aorty,
- c) operacji innego niż piersiowy lub brzuszny odcinka aorty,

d) przeszskórnej implantacji stentu – graftu do aorty bez otwierania klatki piersiowej i/lub jamy brzusznej.

6) **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 niniejszych OWDU za przeszczep narządu nie uważa się przeszczepienia:

a) narządu sztucznego,

b) fragmentu narządu, w szczególności zastawek serca lub wysepek Langerhansa.

7) **Udar mózgu** – ostry incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący trwale następstwa i objawy neurologiczne utrzymujące się dłużej niż 90 dni, obejmujący

a) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy, lub

b) zator materiałem pochodzenia pozaczaszkiowego, lub

c) zawał tkanki mózgowej.

Rozpoznanie udaru mózgu musi być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

W rozumieniu niniejszych OWDU za udar mózgu nie uważa się:

a) przejściowych ataków niedokrwienych mózgu (TIA),

b) przedłużonych odwracalnych niedokrwienych ubytków neurologicznych (PRIND),

c) objawów mózgowych spowodowanych migreną,

d) zaburzeń ukrwienia układu przedśionkowego lub nerwu wzrokowego,

e) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe),

f) uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu),

g) udaru mózgu rozpoznanego, jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie tomografii komputerowej lub magnetycznego rezonansu jądrowego,

h) skutków choroby dekompresyjnej,

i) uszkodzenia mózgu spowodowanego przewlekłym niedokrwieniem.

8) **Wszczepienie zastawki serca** – wszczepienie po raz pierwszy protezy zastawki serca (mechanicznej lub biologicznej), wykonane metodą na otwartym sercu w krążeniu pozaustrojowym.

W rozumieniu niniejszych OWDU za wszczepienie zastawki serca nie uważa się:

a) operacji naprawczej,

b) rekonstrukcji zastawki,

c) plastyki zastawki,

d) walwulotomii.

9) **Zabieg chirurgiczny pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)** – operacja przeprowadzona na otwartym sercu, polegająca na wszczepieniu 2 lub więcej pomostów aortalno-wieńcowych, wykonana celem leczenia choroby naczyń wieńcowych.

W rozumieniu niniejszych OWDU za zabieg chirurgiczny pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass) nie uważa się:



- a) zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA),
- b) każdego innego niż wszczepienie pomostów aortalno - wieńcowych, zabiegu na naczyniach wieńcowych, także z implementacją stentu,
- c) każdej innej operacji, mającej na celu leczenie innych chorób serca,
- d) zabiegów z użyciem technik torakoskopowych.

10) Zawał serca – pierwsza w życiu małżonka Osoby ubezpieczonej pełnościenne martwica części mięśnia sercowego, spowodowana ostrym niedokrwieniem mięśnia serca powstałym wskutek zamknięcia tętnicy wieńcowej.

Rozpoznanie musi być potwierdzone jednoczesnym wystąpieniem:

- a) typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej,
- b) nowych, dotychczas nie występujących, zmian w zapisie elektrokardiograficznym charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego,
- c) wzrostu aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium.

W rozumieniu niniejszych OWDU za zawał serca nie uważa się:

- a) zawału rozpoznanego jako niepełnościenny, bez uniesienia odcinka ST (podwiersrdziowy, non Q, NSTEMI),
- b) każdego innego ostrego incydentu wieńcowego, w którym nie doszło do powstania pełnościennej martwicy mięśnia sercowego,
- c) zawału rozpoznanego jako przebyty w przeszłości na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych.

11) Całkowita utrata mowy – całkowita i nieodwracalna utrata mowy w następstwie resekcji krtani lub przewlekłej choroby krtani, o ile stan całkowitej utraty mowy trwa nieprzerwanie powyżej 6 miesięcy.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku utraty mowy o podłożu psychogennym.

12) Całkowita utrata słuchu – całkowita i nieodwracalna obuustronna utrata słuchu powstała w następstwie choroby lub urazu, o ile stan całkowitej utraty słuchu trwa nieprzerwanie powyżej 6 miesięcy.

13) Całkowita utrata wzroku – całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata widzenia z brakiem poczucia światła lub poczuciem światła bez lokalizacji, powstała w następstwie choroby lub urazu.

14) Łagodne guzy mózgu – guzy mózgu nie sklasyfikowane jako złośliwe, wymagające usunięcia lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego, powodujące wystąpienie trwałych deficytów neurologicznych.

W rozumieniu niniejszych OWDU za łagodne guzy mózgu nie uważa się krwakiów, torbieli, cyst, ziarniniaków, malformacji naczyniowych, guzów przysadki lub rdzenia kręgowego. Uznanie roszczenia z tego tytułu wyklucza możliwość roszczenia z powodu utraty wzroku lub śpiączki, jeżeli były spowodowane łagodnym guzem mózgu.

15) Nowotwór złośliwy – choroba charakteryzująca się niekontrolowanym rozrostem złośliwych, patologicznych komórek niszczących zdrowe tkanki; w rozumieniu niniejszych OWDU za nowotwór złośliwy uważa się także ziarnicę złośliwą i białaczkę.

Rozpoznanie nowotworu musi być potwierdzone bezspornym dowodem naciekania lub badaniem histopatologicznym.

W rozumieniu niniejszych OWDU za nowotwór złośliwy nie uważa się:

- a) nowotworu łagodnego,
- b) każdego nowotworu opisanego histopatologicznie jako stadium przedinwazyjne lub jako nowotwór in situ (Tis) np. dysplazji szyjki macicy w stadiach CIN 1-3, raka pęcherza moczowego w stadium Ta,
- c) raka podstawnokomórkowego i raka płaskonabłonkowego, czerniaka złośliwego w stadium zaawansowania T1 a wg klasyfikacji TNM

d) ziarnicy złośliwej (choroby Hodgkina) i chłoniaków w pierwszym stadium zaawansowania (stadia IA i IB),

e) przewlekłej białaczki limfatycznej o stopniu zaawansowania wg Rai < 3,

f) raka prostaty histopatologicznie opisywanego jako T1 (T1a lub T1b lub T1c) w klasyfikacji TNM,

g) nowotworu współistniejącego z zakażeniem wirusem HIV (np. mięsaka Kaposiego).

16) Oparzenia – termiczne lub chemiczne uszkodzenia powłok skórnych III stopnia (zniszczenie całej grubości skóry) wymagające hospitalizacji obejmujące ponad 20% powierzchni ciała. Przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera.

17) Stwardnienie rozsiane – przewlekła, postępująca choroba demielinizacyjna układu nerwowego, rozpoznana zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej przez specjalistę neurologa. Dla potwierdzenia rozpoznania małżonka Osoby ubezpieczonej musi prezentować nieprawidłowości w badaniu neurologicznym, utrzymujące się w sposób ciągły przez okres przynajmniej 6 miesięcy lub mieć klinicznie udokumentowane przynajmniej dwa epizody oddzielone od siebie przynajmniej miesięczną przerwą lub przebyty przynajmniej jeden klinicznie udokumentowany epizod łącznie z charakterystycznym dla choroby wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego jak również swoistymi zmianami demielinizacyjnymi w magnetycznym rezonansie jądrowym mózgu.

18) Śpiączka – spowodowany chorobą inną niż wymienione w pkt 4-17 i 19-20 lub nieszczęśliwym wypadkiem stan nieprzytomności, z całkowitym brakiem reakcji organizmu na bodźce zewnętrzne oraz jego potrzeby wewnętrzne, przebiegający z zaburzeniami odruchowych funkcji wegetatywnych, wymagający wykorzystywania systemu podtrzymywania życia w sposób stały i nieprzerwany przez okres co najmniej 96 godzin, którego skutkiem jest wystąpienie trwających co najmniej 90 dni deficytów neurologicznych.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku śpiączki, do której wystąpienia doszło na skutek użycia przez małżonka Osoby ubezpieczonej leków, alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających lub toksycznych.

19) Transfuzyjne zakażenie wirusem HIV – zakażenie wywołane ludzkim wirusem upośledzenia odporności (Human Immunodeficiency Virus), będące bezpośrednim następstwem transfuzji krwi przeprowadzonej w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, przez uprawniony do tego zakład opieki zdrowotnej działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Wystąpienie zakażenia wirusem HIV podczas transfuzji krwi musi być potwierdzony prawomocnym orzeczeniem sądu lub uznaniem swojej odpowiedzialności przez Zakład Opieki Zdrowotnej przeprowadzający transfuzję krwi.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, gdy małżonka Osoby ubezpieczonej jest chory na hemofilię lub jest poddawany przewlekłym dializom.

20) Zawodowe zakażenie wirusem HIV – zakażenie wywołane ludzkim wirusem upośledzenia odporności (Human Immunodeficiency Virus), będące bezpośrednim następstwem zakażenia podczas wykonywania obowiązków zawodowych, w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa.

Wystąpienie zakażenia wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych musi być potwierdzone prawomocnym orzeczeniem sądu. Serokonwersja do zakażenia wirusem HIV musi być



udokumentowana w ciągu 6 miesięcy po możliwym przeniesieniu wirusa podczas wykonywania obowiązków zawodowych.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, gdy małżonek Osoby ubezpieczonej jest chory na hemofilię lub jest poddawany przewlekłym dializom.

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

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie małżonka Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W WARIANCIE STANDARDOWYM (GPZ1)

W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci jednego z poważnych zachorowań małżonka Osoby ubezpieczonej, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 4-10, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego, określonej w polisie, aktualnej na dzień wystąpienia poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

§ 5. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA W WARIANCIE PLUS (GPZ2)

W razie wystąpienia w życiu Osoby ubezpieczonej w okresie ubezpieczenia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci jednego z poważnych zachorowań małżonka Osoby ubezpieczonej, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 4-20, Towarzystwo wypłaci Osobie ubezpieczonej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia dodatkowego, określonej w polisie, aktualnej na dzień wystąpienia poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych OWDU.

§ 6. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Jeżeli poważne zachorowanie małżonka Osoby ubezpieczonej wystąpiło w okresie karencji obowiązującej dla Osoby ubezpieczonej, postanowienia § 10 OWU regulujące okresowe ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa (karencję) stosuje się odpowiednio w stosunku do poważnego zachorowania małżonka Osoby ubezpieczonej, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Niezależnie od postanowień § 10 OWU, w stosunku do wszystkich Osób ubezpieczonych, które bezpośrednio przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia nie były objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z Towarzystwem lub innym niż Towarzystwo ubezpieczycielem, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu jakiegokolwiek poważnego zachorowania małżonka Osoby ubezpieczonej w przypadku wystąpienia tego poważnego zachorowania przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia lub w ciągu 3 miesięcy od tego dnia.

3. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa wobec Osoby ubezpieczonej określone w § 14 OWU, stosuje się odpowiednio w stosunku do małżonka Osoby ubezpieczonej. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli poważne zachorowanie małżonka Osoby ubezpieczonej miało miejsce w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała lub pogorszeniem stanu zdrowia, które nastąpiły przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia lub były skutkiem

choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia lub która została zdiagnozowana lub wymagała porady lekarskiej, leczenia lub zastosowania leków przed pierwszym dniem okresu ubezpieczenia.

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku wystąpienia jakiegokolwiek poważnego zachorowania w okresie 6 miesięcy od dnia wystąpienia innego poważnego zachorowania, które wystąpiło w okresie ubezpieczenia i z tytułu którego Towarzystwo wypłaciło świadczenie.

5. Jeżeli małżonek Osoby ubezpieczonej zmarł w następstwie poważnego zachorowania w ciągu 12 miesięcy od dnia wystąpienia tego poważnego zachorowania, to świadczenie z tytułu ubezpieczenia dodatkowego nie przysługuje.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia z tytułu danego ubezpieczenia dodatkowego następuje na zasadach określonych w OWU, z zastrzeżeniem ust. 2-7.

2. Do wniosku o wypłatę świadczenia osoba składająca wniosek powinna dołączyć dokumenty wymienione w OWU, odpis skrócony aktu małżeństwa oraz w przypadku:

1) niewydolności nerek – dowody przewlekłego dializowania lub przebycia operacji transplantacji nerki,

2) operacji aorty - dowód przebycia operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań,

3) przeszczepienia narządu - dowody przeszczepienia,

4) udaru mózgu - dowody na istnienie trwałych następstw i objawów neurologicznych przez okres dłuższy niż 90 dni oraz wyniki tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,

5) wszczepienia zastawki serca – dowód przeprowadzenia operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań,

6) zabiegu chirurgicznego pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass) - wyniki badań angiograficznych potwierdzające diagnozę i dowód przebycia operacji,

7) zawału serca:

a) dokumentację medyczną zawierającą opis występowania typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej,

b) elektrokardiogram z zapisem obecności nowych, dotychczas nie występujących, zmian w zapisie elektrokardiograficznym charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego,

c) wyniki badań biochemicznych dotyczących wzrostu aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium,

8) całkowitej utraty mowy - opinię specjalisty laryngologa potwierdzającą całkowitą i nieodwracalny charakter utraty mowy lub/i dowód przebycia operacji i opis resekcji krtani, wystawione nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od jej wystąpienia,

9) całkowitej utraty słuchu - opinię otolaryngologa potwierdzającą całkowitą i nieodwracalny charakter utraty słuchu, wyniki badania audiometrycznego, wystawione nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od jej wystąpienia,

10) całkowitej utraty wzroku – opinię lekarza okulisty potwierdzającą całkowitą i nieodwracalny charakter utraty wzroku, wyniki badań, wystawione nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od jej wystąpienia,

11) łagodnych guzów mózgu – wyniki badań,

12) nowotworu złośliwego - bezsporny dowód naciekania lub wynik badania histopatologicznego,

13) oparzeń - opinię lekarza specjalisty chirurgii zawierającą opis lokalizacji i rozległości doznanych obrażeń, jak również stopnia



oparzenia oraz dokumentację leczenia,

14) stwierdzenia rozsianego:

a) wyniki rezonansu magnetycznego lub tomografii komputerowej z widocznymi ogniskami demielinizacji,

b) dwie niezależne opinie lekarzy neurologów potwierdzające rozpoznanie i dające podstawy takiego rozpoznania, z zastrzeżeniem że opinie powinny być wydane nie wcześniej niż 6 miesięcy po ustaleniu wstępnego rozpoznania,

15) śpiączki – dokumentację leczenia podtrzymującego życie wraz ze wskazaniem początku i zakończenia okresu leczenia oraz dokładnym opisem zastosowanych środków, rozpoznaniem i rokowaniem; potwierdzenie trwałych deficytów neurologicznych powinno nastąpić najwcześniej po 90 dniach występowania śpiączki,

16) transfuzyjnego zakażenia wirusem HIV:

a) dodatni wynik testu na obecność przeciwciał anti-HIV lub/i wynik innych badań potwierdzających obecność wirusa,

b) opinię lekarza odpowiedniej specjalności, stwierdzającą, że jest to infekcja świeżo zdiagnozowana,

c) dokumenty potwierdzające że infekcja wirusem HIV została nabyta w trakcie transfuzji krwi,

d) prawomocne orzeczenie sądu potwierdzające fakt wystąpienia zakażenia wirusem HIV podczas transfuzji krwi lub uznanie swojej odpowiedzialności przez zakład opieki zdrowotnej przeprowadzający transfuzję krwi,

17) zawodowego zakażenia wirusem HIV:

a) dodatni wynik testu na obecność przeciwciał anti-HIV lub/i wynik innych badań potwierdzających obecność wirusa,

b) opinię lekarza odpowiedniej specjalności, stwierdzającą, że jest to infekcja świeżo zdiagnozowana,

c) prawomocne orzeczenie sądu potwierdzające wystąpienie zakażenia wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych.

3. Przed podjęciem decyzji odnośnie wypłaty świadczenia Towarzystwo może:

1) zwrócić się do Osoby ubezpieczonej o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji;

2) skierować małżonka Osoby ubezpieczonej na badania medyczne w placówkach służby zdrowia i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest w obrębie danego poważnego zachorowania do jednorazowej wypłaty sumy

ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od liczby poważnych zachorowań w obrębie tego samego poważnego zachorowania. W przypadku wystąpienia u małżonka Osoby ubezpieczonej ponownie tego samego poważnego zachorowania, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tego tytułu.

5. W przypadku wystąpienia drugiego lub kolejnego poważnego zachorowania małżonka Osoby ubezpieczonej świadczenie zostanie wypłacone, o ile to 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.

6. W przypadku zawału serca i zabiegu chirurgicznego pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass), odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest tylko do jednego z tych poważnych zachorowań. Wystąpienie któregośkolwiek z tych poważnych zachorowań powoduje wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu drugiego z nich.

7. Świadczenie z tytułu danego poważnego zachorowania zostanie wypłacone, o ile w dacie zdarzenia ubezpieczeniowego małżonka Osoby ubezpieczonej nie miał ukończonych 65 lat.

§ 8. KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później niż w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. W stosunku do danej Osoby ubezpieczonej odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu niniejszego ubezpieczenia dodatkowego wygasa w dniu złożenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu poważnego zachorowania małżonka Osoby ubezpieczonej – w obrębie danego poważnego zachorowania małżonka Osoby ubezpieczonej, chyba że Towarzystwo odmówiło wypłaty tego świadczenia.

§ 9. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWDU

Niniejsze OWDU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2009 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Ireneusz Arczewski
Członek Zarządu

ANEKS NR I DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „BEZPIECZNA GRUPA” ORAZ OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie „Bezpieczna Grupa” (GRU) o symbolu BRP-0309 zatwierdzonych Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. i mających zastosowanie do umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później:

1. w § 2 ogólnych warunków, o których mowa powyżej, po ust. 12 dodaje się ust. 12a w brzmieniu:

„12a. Lekomania (inaczej: zależność lekowa lub lekozależność) – uzależnienie od leków, forma toksykomanii, która wywołuje stan psychiczny lub fizyczny, wynikający z interakcji leku i żywego organizmu, charakteryzujący się zmianami zachowania zawsze łącznie z przymusem stałego lub okresowego zażywania leku, w celu doznania oczekiwanego efektu psychicznego lub fizycznego lub w celu uniknięcia nieprzyjemnych doznań związanych z brakiem leku.”

2. w § 2 ogólnych warunków, o których mowa powyżej, po ust. 24 dodaje się ust. 25 w brzmieniu:

„25. Siedziba Towarzystwa – Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa. Ilekroć w OWU mowa jest o doręczaniu określonych oświadczeń lub zawiadomień do siedziby Towarzystwa rozumie się przez to również doręczenie agentowi ubezpieczeniowemu działającemu w imieniu i na rzecz Towarzystwa.”

3. § 14 ust. 1 pkt 3) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„3) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Osobę ubezpieczoną przestępstwa z winy umyślnej,”

4. § 14 ust. 3 pkt 4) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„4) zatruciem się Osoby ubezpieczonej spowodowanym spożyciem alkoholu, używaniem narkotyków lub innych środków odurzających albo Lekomania,”

5. § 14 ust. 3 pkt 6) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„6) prowadzeniem przez Osobę ubezpieczoną pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu (zwanych dalej łącznie pojazdem), jeżeli pojazd nie posiadał aktualnego badania technicznego lub nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania, o ile badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania są wymagane przepisami prawa o ruchu drogowym lub innymi przepisami dotyczącymi użytkowania danego pojazdu, chyba że stan techniczny pojazdu lub przyczyna niedopuszczenia do ruchu lub użytkowania nie miała wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego. Ponadto Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności w przypadku Zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych w następstwie lub w związku z prowadzeniem przez Osobę ubezpieczoną pojazdu, jeżeli Osoba ubezpieczona Pozostawała pod wpływem alkoholu lub nie posiadała uprawnień, wymaganych odpowiednimi przepisami, do prowadzenia pojazdu, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu lub brak wymaganych uprawnień nie miał wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.”

6. § 14 ust. 3 pkt 9) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„9) zawodowego, amatorskiego i rekreacyjnego uprawiania przez

Ubezpieczonego sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, żeglarstwa, baloniarstwa, bungee jumping (skoków na gumowej linie), paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhill, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich.”

7. § 25 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„2. Ubezpieczający, Ubezpieczony i Towarzystwo zobowiązują się informować wzajemnie o zmianie ich siedziby lub adresu korespondencyjnego.”

§ 2.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GNW, GNZ) o symbolu BRP-0409 zatwierdzonych Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później:

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

„2) Zawał serca – pełnościenna martwica mięśnia sercowego. W rozumieniu OWDU Zawał serca oznacza:

a) wykrycie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych (zwłaszcza troponiny), z co najmniej 1 wartością przekraczającą górną granicę normy oraz z co najmniej 1 z wymienionych niżej dowodów niedokrwienia mięśnia sercowego:

i) objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej),

ii) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie – nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa,

iii) powstanie patologicznych załamek Q w EKG,

iv) dowody w badaniach obrazowych ukazujące nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego,

lub

b) w przypadku przezskórnych interwencji wieńcowych (angioplastyka) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 3-krotnie górną granicę normy,

lub

c) w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 5-krotnie górną granicę normy, w połączeniu z pojawieniem się jednego z następujących objawów:

i) z nowymi patologicznymi załamekami Q lub nowo powstałym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa,

ii) z udokumentowanym angiograficznie zamknięciem nowego pomostu (by-pass) lub własnej tętnicy wieńcowej,



iii) z dowodami na nową martwicę mięśnia sercowego w badaniu obrazowym.

W rozumieniu OWDU za Zawał serca nie uważa się zawału rozpoznanego jako przebyty w przeszłości na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych. W rozumieniu OWDU za Zawał serca nie uważa się również zawału, który nie został stwierdzony w protokole badania sekcyjnego – w przypadku śmierci przed wykonaniem badania EKG lub badania aktywności enzymów wskaźnikowych mięśnia sercowego.”

§ 3.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego (GWK) o symbolu BRP-0509 zatwierdzonych Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później:

I. § 5 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„2. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku Wypadków komunikacyjnych powstałych w następstwie lub w związku z prowadzeniem przez Osobę ubezpieczoną Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego albo Statku powietrznego (zwanym dalej łącznie pojazdem), jeżeli nie posiadał aktualnego badania technicznego lub nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania, o ile badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania są wymagane przepisami prawa o ruchu drogowym lub innymi przepisami dotyczącymi użytkowania danego pojazdu, chyba że stan techniczny pojazdu lub przyczyna niedopuszczenia do ruchu lub użytkowania nie miała wpływu na powstanie Wypadku komunikacyjnego.”

§ 4.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego przy pracy (GKP) o symbolu BRP-0709 zatwierdzonych Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później:

I. § 5 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„2. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku Wypadków komunikacyjnych przy pracy powstałych w następstwie lub w związku z prowadzeniem przez Osobę ubezpieczoną Pojazdu lądowego, Statku morskiego lub śródlądowego albo Statku powietrznego (zwanym dalej łącznie pojazdem), jeżeli pojazd nie posiadał aktualnego badania technicznego lub nie był dopuszczony do ruchu lub użytkowania, o ile badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania są wymagane przepisami prawa o ruchu drogowym lub innymi przepisami dotyczącymi użytkowania danego pojazdu, chyba że stan techniczny pojazdu lub przyczyna niedopuszczenia do ruchu lub użytkowania nie miała wpływu na powstanie Wypadku komunikacyjnego przy pracy.”

§ 5.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GTU, GTZ) o symbolu BRP-0809 zatwierdzonych Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później:

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

„3) Zawał serca – pełnościenna martwica mięśnia sercowego.

W rozumieniu OWDU Zawał serca oznacza:

a) wykrycie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych (zwłaszcza troponiny), z co najmniej 1 wartością przekraczającą górną granicę normy oraz z co najmniej 1 z wymienionych niżej dowodów niedokrwienia mięśnia sercowego:

i) objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej),

ii) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie – nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa,

iii) powstanie patologicznych załamek Q w EKG,

iv) dowody w badaniach obrazowych ukazujące nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego,

lub

b) w przypadku przezskórnych interwencji wieńcowych (angioplastyka) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 3-krotnie górną granicę normy,

lub

c) w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 5-krotnie górną granicę normy, w połączeniu z pojawieniem się jednego z następujących objawów:

i) z nowymi patologicznymi załamekami Q lub nowo powstałym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa,

ii) z udokumentowanym angiograficznie zamknięciem nowego pomostu (by-pass) lub własnej tętnicy wieńcowej,

iii) z dowodami na nową martwicę mięśnia sercowego w badaniu obrazowym.

W rozumieniu OWDU za Zawał serca nie uważa się zawału rozpoznanego jako przebyty w przeszłości na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych.”

§ 6.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania (GPZ1, GPZ2) o symbolu BRP-1509 zatwierdzonych Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później:

I. § 2 ust. 1 pkt 9) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„9) Zawał serca – pełnościenna martwica mięśnia sercowego.

W rozumieniu OWDU Zawał serca oznacza:



a) wykrycie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych (zwłaszcza troponiny), z co najmniej 1 wartością przekraczającą górną granicę normy oraz z co najmniej 1 z wymienionych niżej dowodów niedokrwienia mięśnia sercowego:

i) objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej),

ii) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie – nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa,

iii) powstanie patologicznych załamek Q w EKG,

iv) dowody w badaniach obrazowych ukazujące nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego,

lub

b) w przypadku przezskórnych interwencji wieńcowych (angioplastyka) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 3-krotnie górną granicę normy,

lub

c) w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 5-krotnie górną granicę normy, w połączeniu z pojawieniem się jednego z następujących objawów:

i) z nowymi patologicznymi załamekami Q lub nowo powstałym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa,

ii) z udokumentowanym angiograficznie zamknięciem nowego pomostu (by-pass) lub własnej tętnicy wieńcowej,

iii) z dowodami na nową martwicę mięśnia sercowego w badaniu obrazowym.

W rozumieniu OWDU za Zawał serca nie uważa się zawału rozpoznanego jako przebyty w przeszłości na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych.”

2. § 2 ust. 1 pkt 18)-19) otrzymują nowe następujące brzmienie:

„18) Transfuzyjne zakażenie wirusem HIV – zakażenie wywołane ludzkim wirusem upośledzenia odporności (Human Immunodeficiency Virus), będące bezpośrednim następstwem transfuzji krwi przeprowadzonej w okresie ubezpieczenia, przez uprawniony do tego zakład opieki zdrowotnej działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, gdy Osoba ubezpieczona jest chora na hemofilię lub jest poddawana przewlekłym dializom.

19) Zawodowe zakażenie wirusem HIV – zakażenie wywołane ludzkim wirusem upośledzenia odporności (Human Immunodeficiency Virus), będące bezpośrednim następstwem zakażenia podczas wykonywania obowiązków zawodowych, w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa. Serokonwersja do zakażenia wirusem HIV musi być udokumentowana w ciągu 6 miesięcy po możliwym przeniesieniu wirusa podczas wykonywania obowiązków zawodowych. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, gdy Osoba ubezpieczona jest chora na hemofilię lub jest poddawana przewlekłym dializom.”

3. § 7 ust. 2 pkt 16) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„16) Transfuzyjnego zakażenia wirusem HIV:

a) dodatni wynik testu na obecność przeciwciał anti-HIV lub/i wynik innych badań potwierdzających obecność wirusa,

b) opinię lekarza odpowiedniej specjalności, stwierdzającą, że jest to infekcja świeżo zdiagnozowana,

c) dokumenty potwierdzające że infekcja wirusem HIV została nabyta w trakcie transfuzji krwi,

d) prawomocne orzeczenie sądu potwierdzające fakt wystąpienia zakażenia wirusem HIV podczas transfuzji krwi.”

§ 7.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia i konieczności uzyskania świadczeń assistance (GOE) o symbolu BRP-1709 zatwierdzonych Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później:

1. § 4 ust. 4:

1) pkt 1) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„1) wizyta lekarza w przypadku nieszczęśliwego wypadku – organizacja i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza do miejsca pobytu Osoby ubezpieczonej, małżonka Osoby ubezpieczonej lub dziecka Osoby ubezpieczonej,”

2) pkt 2) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„2) wizyta lekarza specjalisty po nieszczęśliwym wypadku – organizacja i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w specjalistycznej placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza specjalisty do miejsca pobytu Osoby ubezpieczonej, małżonka Osoby ubezpieczonej lub dziecka Osoby ubezpieczonej;”

3) pkt 7) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„7) transport medyczny z miejsca pobytu do odpowiedniej placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego – organizowany w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymagającego pobytu Osoby ubezpieczonej, małżonka Osoby ubezpieczonej lub dziecka Osoby ubezpieczonej w placówce medycznej;”

4) pkt 8) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„8) transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu – organizowany w przypadku, gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Osoba ubezpieczona, małżonek Osoby ubezpieczonej lub dziecko Osoby ubezpieczonej przebywają w placówce medycznej;”

5) pkt 9) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„9) transport medyczny z placówki medycznej do placówki medycznej – organizowany w przypadku, gdy placówka, w której przebywa Osoba ubezpieczona, małżonek Osoby ubezpieczonej lub dziecko Osoby ubezpieczonej nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla ich stanu zdrowia lub, gdy Osoba ubezpieczona, małżonek Osoby ubezpieczonej lub dziecko Osoby ubezpieczonej skierowani są na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej;”

2. § 4 skreśla się ust. 6.

3. § 5 pkt 6) lit. f) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„f) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;”

4. § 6 ust. 5 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„5. W sytuacji, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej odpowiednio: Osoba ubezpieczona, Małżonek Osoby ubezpieczonej lub Dziecko Osoby ubezpieczonej nie mogło skontaktować się



z Centrum operacyjnym i w związku z tym samo pokryło koszty Świadczeń wynikających z Ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo zwróci odpowiednio: Osobie ubezpieczonej, Małżonkowi Osoby ubezpieczonej lub Dziecku Osoby ubezpieczonej poniesione przez nią koszty, ale w wysokości nie wyższej niż w przypadku spełnienia określonych Świadczeń przez Towarzystwo. Postanowienia, o których mowa w zdaniu poprzednim, mają zastosowanie pod warunkiem że odpowiednio: Osoba ubezpieczona, Małżonek Osoby ubezpieczonej lub Dziecko Osoby ubezpieczonej skontaktuje się z Centrum operacyjnym w ciągu 5 dni kalendarzowych od dnia ustania przyczyny uniemożliwiającej skontaktowanie się z Centrum operacyjnym.”

§ 8.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania małżonka (GPZM1, GPZM2) o symbolu BRP-2909 zatwierdzonych Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później:

I. § 2 ust. 1 pkt 10) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„10) Zawał serca – pełnościenna martwica mięśnia sercowego. W rozumieniu OWDU Zawał serca oznacza:

a) wykrycie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych (zwłaszcza troponiny), z co najmniej 1 wartością przekraczającą górną granicę normy oraz z co najmniej 1 z wymienionych niżej dowodów niedokrwienia mięśnia sercowego:

i) objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej),

ii) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie – nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa,

iii) powstanie patologicznych załamek Q w EKG,

iv) dowody w badaniach obrazowych ukazujące nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego,

lub

b) w przypadku przezskórnych interwencji wieńcowych (angioplastyka) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 3-krotnie górną granicę normy,

lub

c) w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 5-krotnie górną granicę normy, w połączeniu z pojawieniem się jednego z następujących objawów:

i) z nowymi patologicznymi załamekami Q lub nowo powstałym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa,

ii) z udokumentowanym angiograficznie zamknięciem nowego pomostu (by-pass) lub własnej tętnicy wieńcowej,

iii) z dowodami na nową martwicę mięśnia sercowego w badaniu obrazowym.

W rozumieniu OWDU za Zawał serca nie uważa się zawału rozpoznanego jako przebyty w przeszłości na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych.”

2. § 2 ust. 1 pkt 19)-20) otrzymują nowe następujące brzmienie:

„19) Transfuzyjne zakażenie wirusem HIV – zakażenie wywołane ludzkim wirusem upośledzenia odporności (Human Immunodeficiency Virus), będące bezpośrednim następstwem transfuzji krwi przeprowadzonej w okresie ubezpieczenia, przez uprawniony do tego zakład opieki zdrowotnej działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, gdy Osoba ubezpieczona jest chora na hemofilię lub jest poddawana przewlekłym dializom.

20) Zawodowe zakażenie wirusem HIV – zakażenie wywołane ludzkim wirusem upośledzenia odporności (Human Immunodeficiency Virus), będące bezpośrednim następstwem zakażenia podczas wykonywania obowiązków zawodowych, w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa. Serokonwersja do zakażenia wirusem HIV musi być udokumentowana w ciągu 6 miesięcy po możliwym przeniesieniu wirusa podczas wykonywania obowiązków zawodowych. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, gdy Osoba ubezpieczona jest chora na hemofilię lub jest poddawana przewlekłym dializom.”

3. § 7 ust. 2 pkt 16) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„16) Transfuzyjnego zakażenia wirusem HIV:

a) dodatni wynik testu na obecność przeciwciał anti-HIV lub/i wynik innych badań potwierdzających obecność wirusa,

b) opinię lekarza odpowiedniej specjalności, stwierdzającą, że jest to infekcja świeżo zdiagnozowana,

c) dokumenty potwierdzające że infekcja wirusem HIV została nabyta w trakcie transfuzji krwi,

d) prawomocne orzeczenie sądu potwierdzające fakt wystąpienia zakażenia wirusem HIV podczas transfuzji krwi.”

§ 9.

I. W zakresie nieuregulowanym niniejszym aneksem zastosowanie mają postanowienia ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu oraz postanowienia warunków dodatkowych, o których mowa w § 2, § 3, § 4, § 5, § 6, § 7, § 8 niniejszego aneksu.

2. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 30/2013 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 26 czerwca 2013 r. wchodzi w życie z dniem 01 sierpnia 2013 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu oraz postanowienia warunków dodatkowych, o których mowa w § 2, § 3, § 4, § 5, § 6, § 7, § 8 niniejszego aneksu.

Franz Fuchs
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu

ANEKS NR 2 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „BEZPIECZNA GRUPA” ORAZ OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie (GRU) o symbolu BRP-0309 zatwierdzonych Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później:

1. § 23 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„1. Osoba uprawniona do Świadczenia powinna niezwłocznie zawiadomić Towarzystwo o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego. Zawiadomienie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, powinno zostać dokonane poprzez złożenie prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę Świadczenia za pośrednictwem poczty lub osobiście w Siedzibie Towarzystwa lub poprzez zgłoszenie roszczenia przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z procedurą określoną Regulaminem świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.compensa.pl, który to regulamin jest dostępny na stronie internetowej www.compensa.pl. Wniosek, o którym mowa w zdaniu drugim dostępny jest na stronie internetowej www.compensa.pl, oraz u agentów działających w imieniu i na rzecz Towarzystwa, jak i w Siedzibie Towarzystwa, a dodatkowe informacje można uzyskać poprzez infolinię Towarzystwa.”.

2. w § 23 ogólnych warunków, o których mowa powyżej, po ust. 7 dodaje się ust. 8 o następującym brzmieniu:

„8. Do osób uprawnionych do Świadczenia zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z ust. 1 powyżej, nie ma zastosowania obowiązek określony w ust. 3 pkt. 10) w zakresie przedłożenia dokumentów wskazanych w ust. 3 jako oryginałów lub jako kopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez Pracownika Towarzystwa albo inną upoważnioną przez Towarzystwo osobę, urzędnika administracji publicznej lub notariusza i w tym zakresie ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.compensa.pl, który jest dostępny na stronie Towarzystwa, z zastrzeżeniem że należy przedłożyć wymagane dokumenty do rozpatrzenia danego roszczenia.”.

3. § 25 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„1. Zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony Umowy ubezpieczenia powinny być dokonywane na piśmie i przesyłane listownie, z zastrzeżeniem że strony mogą dokonywać zawiadomień i oświadczeń w inny sposób, na który Osoba ubezpieczona wyraziła zgodę.”.

§ 2.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku (GNW, GNZ) o symbolu BRP-0409 zatwierdzonych Uchwałą Nr 20/2009 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 czerwca 2009 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 czerwca 2009 r. lub później:

1. § 7 ust. 2 pkt 1) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„1) śmierci w następstwie Udaru mózgu – dowody na istnienie objawów neurologicznych oraz wyniki tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego, oraz protokół badania sekcyjnego, o ile badanie sekcyjne zostało wykonane.”.

2. § 7 ust. 2 pkt 2) lit. d) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„d) protokół badania sekcyjnego, o ile badanie zostało wykonane.”.

§ 3.

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszym aneksem zastosowanie mają postanowienia ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu oraz postanowienia warunków dodatkowych, o których mowa w § 2 niniejszego aneksu.

2. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 59/2014 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 10 września 2014 r. wchodzi w życie z dniem 10 września 2014 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu oraz do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków dodatkowych, o których mowa w § 2 niniejszego aneksu.



Piotr Tański
Członek Zarządu



Wolfgang Stockmeyer
Członek Zarządu



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: 122.980.914,00 zł - opłacony w całości
Tel.: +48 22 501 60 00, **801 120 000**