
Godne Pożegnanie (składka regularna)

SPIS TREŚCI

Obowiązek informacyjny Administratora danych osobowych	2
Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym	4
Informacje dotyczące Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na całe życie ze składką regularną GODNE POŻEGNANIE o symbolu BRP-8415	7
Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na całe życie ze składką regularną GODNE POŻEGNANIE o symbolu BRP-8415	9
§ 1. Postanowienia ogólne	9
§ 2. Definicje	9
§ 3. Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa	10
§ 4. Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa	10
§ 5. Zasady zawarcia Umowy ubezpieczenia	10
§ 6. Zasady wskazywania Uposażonego	11
§ 7. Wysokość Składki regularnej w Okresie składkowym i wysokość Sum ubezpieczenia	11
§ 8. Zasady opłacania Składki regularnej w Okresie składkowym	11
§ 9. Skutki niezapłacenia Składki regularnej w Okresie składkowym	12
§ 10. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia	12
§ 11. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia	12
§ 12. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia	12
§ 13. Wypłata Świadczenia z tytułu śmierci	12
§ 14. Dokonywanie zmian, zawiadomień i składanie oświadczeń	13
§ 15. Dochodzenie roszczeń wynikających z Umowy ubezpieczenia, składanie skarg i zażaleń przez Ubezpieczającego, Uposażonego lub osobę uprawnioną do Świadczenia niebędących osobą fizyczną	14
§ 16. Dochodzenie roszczeń wynikających z Umowy ubezpieczenia, składanie Reklamacji przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub osobę uprawnioną do Świadczenia będących osobą fizyczną (w tym osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej)	15
§ 17. Informacja o wypłacalności i kondycji finansowej	15
§ 18. Akty prawne stosowane w sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU	15
§ 19. Wartość Stopy technicznej	16
§ 20. Data wejścia w życie OWU	16
Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na całe życie ze składką regularną GODNE POŻEGNANIE o symbolu BRP-8415	17
Aneks nr 2 do Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na całe życie ze składką regularną GODNE POŻEGNANIE o symbolu BRP-8415	18



OBOWIĄZEK INFORMACYJNY ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

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

Dane kontaktowe Administratora: Z Administratorem można skontaktować się poprzez adres e-mail centrala@compensa.pl, telefonicznie pod numerem 22 501 61 00 lub pisemnie na adres Administratora (tj. Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa).

Inspektor ochrony danych: Z inspektorem ochrony danych (dalej jako „IOD”) można się skontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych poprzez e-mail iod@vig-polska.pl lub pisemnie na adres Administratora (tj. Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa).

Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna: Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celu i na podstawie:

CEL PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH	PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA
ocena ryzyka ubezpieczeniowego i wykonania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy; art. 41 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej; zgoda na przetwarzanie danych (szczególne kategorie danych osobowych)
ocena ryzyka ubezpieczeniowego w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	zgoda na przetwarzanie danych (szczególne kategorie danych osobowych)
własne cele marketingowe Administratora, w tym cele analityczne i poprzez profilowanie, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora. Prawnym uzasadnionym interesem administratora jest marketing własnych produktów i usług Administratora oraz przetwarzanie danych w celach analitycznych
własne cele marketingowe Administratora, w tym poprzez profilowanie, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia	zgoda na przetwarzanie danych
własne cele marketingowe w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	zgoda na przetwarzanie danych
obsługa zgłoszonego roszczenia, w tym wypłata świadczenia oraz obsługa wykupu	niezbędność przetwarzania do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze; niezbędność przetwarzania do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń (w przypadku szczególnych kategorii danych osobowych)
wypełnienie przez Administratora obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu	niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu
wypełnianie przez Administratora obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS	niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o wypełnianiu obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA/CRS, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami
dochodzenie roszczeń związanych z umową ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości dochodzenia przez niego roszczeń
podejmowanie czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości przeciwdziałania i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń
reasekuracja ryzyk	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci ograniczenia negatywnego wpływu ryzyka ubezpieczeniowego, związanego z zawieraniem umów ubezpieczenia
przekazywanie danych osobowych przez Administratora do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w celu marketingu produktów i usług	zgoda na przetwarzanie danych



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

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

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

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

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

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

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

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

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

W zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane na podstawie zgody

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

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

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

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

Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu:

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

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

W przypadku wyrażenia zgody na zautomatyzowane podejmowanie decyzji we własnych celach marketingowych Administratora, decyzje te będą dotyczyły kierowania do Pani/Pana określonych komunikatów marketingowych oraz przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług Administratora dostosowanych do Pani/Pana potrzeb. Decyzje będą podejmowane na podstawie następujących danych: daty urodzenia, wykonywanego zawodu, miejsca zamieszkania, posiadanych produktów, historii ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane wykorzystanie danych osobowych w celu określenia zachowań, preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz w celu przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług.

Informacja o wymogu podania danych:

Podanie danych osobowych w związku z zawieraniem umowy ubezpieczenia jest niezbędne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia – bez podania żądanych przez Administratora danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia.

Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.

Ubezpieczenie indywidualne na całe życie ze składką regularną Godne Pożegnanie

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

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

Produkt: **Godne Pożegnanie OWU BRP-8415**

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podane są w ogólnych warunkach indywidualnego ubezpieczenia na całe życie ze składką regularną Godne Pożegnanie zatwierdzonych Uchwałą Nr 189/2015 Zarządu Towarzystwa z dnia 28 grudnia 2015 roku (zwane dalej OWU) oraz polisie potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia i jej warunki.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Dobrowolne ubezpieczenie na życie, dział I, grupa ustawowa I, zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiot ubezpieczenia	życie Ubezpieczonego
Zdarzenie ubezpieczeniowe (objęte ochroną ubezpieczeniową)	śmierć

Świadczenie:

• W razie śmierci Ubezpieczonego w Okresie ograniczonej ochrony ubezpieczeniowej (tj. w okresie, który rozpoczyna się w Dniu początku odpowiedzialności i trwa do dnia 3. Rocznicy ubezpieczenia) z przyczyny innej niż Nieszczęśliwy wypadek, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości sumy Składek regularnych opłaconych przez Ubezpieczającego od Dnia początku odpowiedzialności do dnia śmierci Ubezpieczonego. W razie śmierci Ubezpieczonego w Okresie ograniczonej ochrony ubezpieczeniowej spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem, Towarzystwo

wypłaci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, której wartość potwierdzona jest w Polisie.

• W razie śmierci Ubezpieczonego w Okresie pełnej ochrony ubezpieczeniowej (tj. w okresie, który rozpoczyna się w dniu następującym bezpośrednio po 3. Rocznicy ubezpieczenia i trwa do końca życia Ubezpieczonego), Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, której wartość potwierdzona jest w Polisie.

Wysokość Sumy ubezpieczenia wskazuje Ubezpieczający we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia (może ona wynosić: 5 000 PLN, 7 500 PLN albo 10 000 PLN).

Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego podlega Waloryzacji przez Towarzystwo odpowiednio: na dzień 5., 10. i 15. Rocznicy ubezpieczenia.

Wysokość Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego wybrana we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia	Wysokość Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego po dokonaniu przez Towarzystwo Waloryzacji odpowiednio na dzień:		
	5. Rocznicy ubezpieczenia (zwaloryzowana Suma ubezpieczenia obowiązuje do dnia poprzedzającego dzień 10. Rocznicy ubezpieczenia)	10. Rocznicy ubezpieczenia (zwaloryzowana Suma ubezpieczenia obowiązuje do dnia poprzedzającego dzień 15. Rocznicy ubezpieczenia)	15. Rocznicy ubezpieczenia (zwaloryzowana Suma ubezpieczenia obowiązuje do końca życia Ubezpieczonego)
5 000 PLN	5 500 PLN	6 000 PLN	6 500 PLN
7 500 PLN	8 250 PLN	9 000 PLN	9 750 PLN
10 000 PLN	11 000 PLN	12 000 PLN	13 000 PLN

Waloryzacja nie powoduje konieczności opłacenia przez Ubezpieczającego jakiegokolwiek dodatkowej Składki regularnej.

Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w § 3 OWU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

W razie śmierci Ubezpieczonego w Okresie ograniczonej ochrony ubezpieczeniowej z przyczyny innej niż Nieszczęśliwy wypadek, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości sumy Składek regularnych opłaconych przez Ubezpieczającego od Dnia początku odpowiedzialności do dnia śmierci Ubezpieczonego.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- Na terenie całego świata.

Jakie są kluczowe prawa i obowiązki Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego?

Ubezpieczający zobowiązany jest:

- udzielić odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia,

- wybrać jedną z Sum ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego (5 000 PLN, 7 500 PLN, 10 000 PLN) oraz Okres składkowy (5, 10 lub 15 lat),

- terminowo opłacać należną Składkę regularną,
- informować o zmianie siedziby i adresu korespondencyjnego oraz danych kontaktowych (nr telefonu, adres e-mail).

Ubezpieczający ma prawo:

- odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia,
- odstąpić od Umowy ubezpieczenia,
- wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia,
- złożyć Reklamację,
- wytoczyć powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczony zobowiązany jest:

- udzielić odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczony ma prawo:

- wskazać Uposażonego, a także w każdym czasie zmienić lub odwołać Uposażonego, a także zmienić udziały poszczególnych Uposażonych w kwocie Świadczenia,
- złożyć Reklamację,
- wytoczyć powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka regularna płatna jest z góry, zgodnie z potwierdzoną w Polisie częstotliwością (roczną, półroczną albo kwartalną), w terminie:

1) przed Dniem początku odpowiedzialności – w przypadku pierwszej należnej Składki regularnej,

2) najpóźniej w pierwszym dniu okresu, za który należna jest dana Składka regularna – w przypadku drugiej i kolejnych Składek regularnych.

Ubezpieczający może zaproponować zmianę częstotliwości opłacania Składki regularnej.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu potwierdzonym w Polisie.

Ochrona ubezpieczeniowa kończy się we wcześniejszym dniu:

1) odstąpienia od Umowy ubezpieczenia,

2) w którym wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia stało się skuteczne,

3) z ostatnim dniem okresu, za który została zapłacona Składka regularna w pełnej wysokości należnej za dany okres (w sytuacji, w której upłynął termin zapłaty składki w dodatkowym terminie wyznaczonym przez Towarzystwo),

4) wpływu do Siedziby Towarzystwa wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający może pisemnie wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia, z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA
NA CAŁE ŻYCIE ZE SKŁADKĄ REGULARNĄ GODNE POŻEGNANIE BRP-8415**

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2, § 3, § 10, § 12, § 13
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2, § 3 ust. 3
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	
4. Wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	



OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA CAŁE ŻYCIE ZE SKŁADKĄ REGULARNĄ GODNE POŻEGNANIE BRP-8415

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

Niniejsze ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na całe życie ze składką regularną Godne Pożegnanie o symbolu BRP-8415 (zwane dalej OWU), stosuje się w Umowach ubezpieczenia zawieranych pomiędzy Compensa Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, z siedzibą w Warszawie, 02-342 Warszawa, Al. Jerozolimskie 162, zwanym dalej Towarzystwem, a Ubezpieczającymi.

§ 2. DEFINICJE

Terminy oraz nazwy użyte w OWU, Polisie oraz innych dołączonych dokumentach oznaczają:

1) Ubezpieczony – osoba fizyczna, mająca w dniu wypełnienia i podpisania wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia ukończony 18. rok życia oraz nieukończony 80. rok życia, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia na podstawie OWU.

2) Ubezpieczający – Ubezpieczony zawierający Umowę ubezpieczenia i zobowiązany do zapłaty Składki regularnej.

3) Uposażony – osoba wyznaczona przez Ubezpiezonego, jako uprawniona do Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpiezonego.

4) Agent ubezpieczeniowy (Agent) – przedsiębiorca, który wykonuje działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Towarzystwem i wpisany jest do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego.

5) Czynniki zewnętrzny – czynnik oddziałujący na organizm Ubezpiezonego, który z medycznego punktu widzenia nie może być zakwalifikowany jako choroba (stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpiezonego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego) lub czynnik chorobotwórczy (bakteria, wirus lub pasożyt wywołujący chorobę Ubezpiezonego).

6) Dzień początku odpowiedzialności – potwierdzony w Polisie dzień, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpiezonego. Dniem początku odpowiedzialności jest zawsze pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego.

7) Dzień wymagalności Składki regularnej – pierwszy dzień okresu, za który należna jest dana Składka regularna.

8) Dzień zapłaty pierwszej Składki regularnej – dzień, w którym na rachunku bankowym Towarzystwa uznano Składkę regularną zapłaconą w pełnej wysokości.

9) Nieszczęśliwy wypadek – zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagłe zdarzenie, wywołane wskutek działania wyłącznie Czynnika zewnętrznego i niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpiezonego, w następstwie którego Ubezpieczony zmarł.

10) Okres ubezpieczenia – okres obejmowania Ubezpiezonego ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo na podstawie OWU. Na Okres ubezpieczenia składają się:

a) Okres ograniczonej ochrony ubezpieczeniowej – okres, który rozpoczyna się w Dniu początku odpowiedzialności i trwa do dnia 3. Rocznicy ubezpieczenia. W tym okresie odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu śmierci Ubezpiezonego ograniczona jest do wypłaty

Świadczenia równego sumie wpłaconych Składek regularnych. Zastrzeżenie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, nie dotyczy śmierci Ubezpiezonego, spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem,

b) Okres pełnej ochrony ubezpieczeniowej – okres, który rozpoczyna się w dniu następującym bezpośrednio po 3. Rocznicy ubezpieczenia i trwa do końca życia Ubezpiezonego. W tym okresie Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu śmierci Ubezpiezonego do wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpiezonego, potwierdzonej w Polisie.

11) Okres składkowy – okres, w którym Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki; Okres składkowy rozpoczyna się w Dniu początku odpowiedzialności i trwa w zależności od wskazania Ubezpieczającego zawartego we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia odpowiednio: 5, 10 lub 15 lat. Długość trwania Okresu składkowego potwierdzona jest w Polisie.

12) Polisa – dokument ubezpieczenia wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia i jej warunki; ilekroć w OWU jest mowa o wersji Polisy rozumie się przez to dokument wystawiony przez Towarzystwo dla potwierdzenia zmiany warunków tej samej Umowy ubezpieczenia, której zawarcie i warunki potwierdza Polisa.

13) Reklamacja – wystąpienie skierowane do Towarzystwa przez będącego osobą fizyczną (w tym osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej) Ubezpieczającego, Ubezpiezonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, w którym zgłasza on zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.

14) Rocznica ubezpieczenia – rocznica Dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzonego w Polisie.

15) Rok (Lata) ubezpieczenia – 12-miesięczny okres (okresy) liczony od Dnia początku odpowiedzialności i odpowiednio od kolejnych Rocznic ubezpieczenia.

16) Siedziba Towarzystwa – Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa. Z zachowaniem postanowień § 14 ust. 9 OWU i ilekroć w OWU mowa jest o doręczaniu lub złożeniu określonych oświadczeń lub zawiadomień do Siedziby Towarzystwa rozumie się przez to również doręczenie Agentowi ubezpieczeniowemu.

17) Składka regularna – kwota należna w Okresie składkowym z tytułu Umowy ubezpieczenia za okresy kwartalne, półroczne lub roczne, według potwierdzeń w Polisie, opłacana przez Ubezpieczającego w Okresie składkowym.

18) Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpiezonego – w zależności od okresu i przyczyn z jakich nastąpiła śmierć Ubezpiezonego za sumę ubezpieczenia uważa się:

a) jeżeli śmierć Ubezpiezonego nastąpiła z dowolnej przyczyny w Okresie pełnej ochrony ubezpieczeniowej – Sumą ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpiezonego jest kwota pieniężna potwierdzona w Polisie. Wysokość możliwych do wyboru przez Ubezpieczającego Sum ubezpieczenia na wypadek śmierci



Ubezpieczonego wskazana jest w Załączniku nr I do OWU,

b) jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ograniczonej ochrony ubezpieczeniowej – Sumą ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego jest kwota pieniężna potwierdzona w Polisie. Wysokość możliwych do wyboru przez Ubezpieczającego Sum ubezpieczenia na wypadek śmierci wskazana jest w Załączniku nr I do OWU,

c) jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła z przyczyny innej niż Nieszczęśliwy wypadek w Okresie ograniczonej ochrony ubezpieczeniowej – Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego jest równa sumie Składek regularnych opłaconych przez Ubezpieczającego od Dnia początku odpowiedzialności do dnia śmierci Ubezpieczonego.

19) Waloryzacja Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego (Waloryzacja) – zwiększenie wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego dokonywane przez Towarzystwo odpowiednio na dzień: 5., 10. i 15. Rocznicy ubezpieczenia. W wyniku Waloryzacji Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, która była wskazana w Polisie, zostaje powiększona o dodatkową kwotę. Wysokość zwaloryzowanej Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego na dzień: 5., 10. i 15. Rocznicy ubezpieczenia podane są w Polisie i w Załączniku nr I do OWU. Waloryzacja nie powoduje konieczności opłacenia przez Ubezpieczającego jakiegokolwiek dodatkowej Składki regularnej.

20) Świadczenie – przewidziana Umową ubezpieczenia kwota pieniężna wypłacana przez Towarzystwo na podstawie OWU w przypadku śmierci Ubezpieczonego.

21) Umowa ubezpieczenia – umowa indywidualnego ubezpieczenia na całe życie, zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie OWU.

22) Wiek – różnica pomiędzy danym rokiem kalendarzowym a rokiem urodzenia Ubezpieczonego.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA I ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

3. W razie śmierci Ubezpieczonego w Okresie ograniczonej ochrony ubezpieczeniowej z przyczyny innej niż Nieszczęśliwy wypadek, Towarzystwo wypłaci Uposażonym, każdemu w części ustalonej przez Ubezpieczonego albo osobom wskazanym w § 6 ust. 8 OWU, Świadczenie w wysokości sumy Składek regularnych opłaconych przez Ubezpieczającego od Dnia początku odpowiedzialności do dnia śmierci Ubezpieczonego.

4. W razie śmierci Ubezpieczonego w Okresie ograniczonej ochrony ubezpieczeniowej spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem Towarzystwo wypłaci Uposażonym, każdemu w części ustalonej przez Ubezpieczonego albo osobom wskazanym w § 6 ust. 8 OWU, Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, której wartość potwierdzona jest w Polisie.

5. W razie śmierci Ubezpieczonego w Okresie pełnej ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłaci Uposażonym, każdemu w części ustalonej przez Ubezpieczonego albo osobom wskazanym w § 6 ust. 8 OWU, Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, której wartość potwierdzona jest w Polisie.

§ 4. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się w Dniu początku odpowiedzialności potwierdzonym w Polisie, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po Dniu zapłaty pierwszej Składki regularnej w wysokości zadeklarowanej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub w przypadku doręczenia Ubezpieczającemu Polisy, zawierającej postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia w zakresie wysokości Składki regularnej – po upływie terminu na zgłoszenie sprzeciwu wobec wprowadzonych zmian, wyznaczonego przez Towarzystwo w piśmie wskazującym przedmiotowe zmiany, zgodnie z § 5 ust. 8 OWU, w wysokości określonej w doręczonej Polisie.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia, nie później jednak niż we wcześniejszym z dni:

- 1) w dniu śmierci Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia,
- 2) w ostatnim dniu okresu, za który zapłacono Składkę regularną w pełnej wysokości, należnej za dany okres w Okresie składkowym, w sytuacji określonej w § 9 ust. 2 OWU.

§ 5. ZASADY ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony (do końca życia Ubezpieczonego).

2. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie poprawnie, kompletnie wypełnionego i podpisanego przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia na formularzu Towarzystwa. Podpis umieszczony na wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia stanowi wzorzec podpisu. We wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający proponuje: jedną z trzech wskazanych w Załączniku nr I do OWU wysokości Sum ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego oraz Dzień początku odpowiedzialności, który powinien być zawsze pierwszym dniem miesiąca kalendarzowego i nie może być wcześniejszy niż dzień doręczenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia do Siedziby Towarzystwa.

3. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało w formularzu wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub przed zawarciem Umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i ponadto obejmuje okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo Umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

4. Każda ze stron Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający lub Towarzystwo, może odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia.

5. W przypadku odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia przez Towarzystwo, Towarzystwo poinformuje o tym Ubezpieczającego na piśmie, podając przyczyny odmowy oraz zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę regularną w terminie 30 dni od daty podjęcia decyzji o odmowie zawarcia Umowy ubezpieczenia.

6. W przypadku odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, Ubezpieczający zobowiązany jest poinformować o tym fakcie na piśmie Towarzystwo, a Towarzystwo zobowiązane jest zwrócić Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę regularną w terminie 30 dni od daty otrzymania od Ubezpieczającego pisemnej informacji o odmowie zawarcia Umowy ubezpieczenia.

7. Po łącznym spełnieniu następujących warunków:



1) zaakceptowaniu przez Towarzystwo wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia,

2) uznaniu na rachunku bankowym Towarzystwa pierwszej Składki regularnej zgodnej z wysokością zadeklarowaną we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia,

Towarzystwo wystawia Polisę potwierdzającą zawarcie Umowy ubezpieczenia oraz jej warunki.

8. Jeżeli w odpowiedzi na złożony przez Ubezpieczającego wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia Towarzystwo doręczy Ubezpieczającemu Polisę zawierającą postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zobowiązane jest 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 ubezpieczenia będzie zawarta zgodnie z warunkami wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

9. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z datą wystawienia przez Towarzystwo Polisy, z zastrzeżeniem ust. 10 poniżej.

10. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 8 powyżej, Umowa ubezpieczenia dojdzie do skutku zgodnie z treścią Polisy w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego na złożenie sprzeciwu.

11. W przypadku zgłoszenia sprzeciwu, o którym mowa w ust. 8 powyżej, Umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta i Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu zapłaconą Składkę regularną w terminie 30 dni od dnia otrzymania sprzeciwu.

12. Towarzystwo zobowiązane jest do podjęcia decyzji w sprawie akceptacji wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia nie później niż w ciągu 90 dni od dnia doręczenia do Siedziby Towarzystwa kompletnie i poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

§ 6. ZASADY WSKAZYWANIA UPOSAŻONEGO

1. Ubezpieczony może wskazać jednego lub więcej Uposażonych na wypadek swojej śmierci, a także odwołać lub zmienić wskazanie Uposażonych.

2. Ubezpieczony może w drodze cesji przenieść swoje prawo do wyznaczenia, odwołania lub zmiany Uposażonego na inną osobę lub podmiot.

3. Ubezpieczony powinien określić udział każdego z Uposażonych w kwocie Świadczenia, przy czym suma udziałów w kwocie Świadczenia powinna wynosić 100%.

4. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych, nie oznaczając ich udziału w kwocie Świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe. Jeżeli Ubezpieczony określił udział w kwocie Świadczenia tylko niektórym wskazanym Uposażonym przyjmuje się, że udział w kwocie Świadczenia pozostałych osób jest równy zero. Jeżeli suma wskazanych udziałów w kwocie Świadczenia nie jest równa 100%, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie należnego Świadczenia wyznaczane są przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego.

5. Oświadczenie Ubezpieczonego o wskazaniu, zmianie lub odwołaniu wskazania Uposażonego wywołuje skutki prawne z chwilą doręczenia oświadczenia do Siedziby Towarzystwa.

6. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.

7. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych, a na dzień śmierci Ubezpieczonego wskazanie któregośkolwiek Uposażonego stało się bezskuteczne zgodnie z ust. 6 powyżej, wówczas przypadająca mu część Świadczenia zostanie wypłacona pozostałym Uposażonym w proporcji wynikającej ze wskazania Ubezpieczonego.

8. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych lub wskazanie wszystkich Uposażonych stało się bezskuteczne zgodnie z ust. 6 powyżej, wówczas Świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego 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,

7) inni niż wskazani w pkt 1) – 6) powyżej spadkobiercy Ubezpieczonego. 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 Świadczenie jest dzielone na równe części dla każdej z tych osób.

9. Postanowienia ust. 3 – 8 powyżej mają zastosowanie do osoby albo podmiotu, na rzecz którego Ubezpieczony dokonał cesji prawa do wyznaczenia, odwołania lub zmiany Uposażonego.

§ 7. WYSOKOŚĆ SKŁADKI REGULARNEJ W OKRESIE SKŁADKOWYM I WYSOKOŚĆ SUM UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia wybiera jedną z Sum ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskazanych w Załączniku nr I do OWU.

2. Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego podlega Waloryzacji przez Towarzystwo odpowiednio: na dzień 5., 10. i 15. Rocznic ubezpieczenia. Wysokość Sum ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego po dokonaniu Waloryzacji odpowiednio: na dzień 5., 10. i 15. Rocznic ubezpieczenia wskazana jest w Polisie i w Załączniku nr I do OWU. Waloryzacja nie powoduje konieczności opłacenia przez Ubezpieczającego jakiegokolwiek dodatkowej Składki regularnej.

3. Wysokość Składki regularnej ustalana jest na podstawie taryfy obowiązującej w Towarzystwie w dniu wypełniania wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia w zależności od:

1) długości Okresu składkowego,

2) Wzrostu Ubezpieczonego w Dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa,

3) częstotliwości opłacania Składek regularnych,

4) wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego.

4. Wysokość Składki regularnej jest niezmienna w całym Okresie składkowym.

5. Długość Okresu składkowego, wysokość Sum ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego oraz wysokość i częstotliwość opłacania należnej Składki regularnej potwierdza Polisa.

§ 8. ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI REGULARNEJ W OKRESIE SKŁADKOWYM

1. Składka regularna w Okresie składkowym opłacana jest przez Ubezpieczającego zgodnie ze wskazaniem dokonanym we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia w cyklach: rocznych, półrocznych albo kwartalnych.

2. Ubezpieczający jest zobowiązany do terminowego i prawidłowego



placenia Składek regularnych w Okresie składkowym, w wysokości potwierdzonej w Polisie, z góry, zgodnie z potwierdzoną w Polisie częstotliwością, najpóźniej w Dniu wymagalności Składki regularnej.

3. Ubezpieczający może zaproponować zmianę częstotliwości opłacania Składki w trybie, o którym mowa w § 14 OWU, w każdą Rocznicę ubezpieczenia przypadającą w Okresie składkowym, jeżeli opłacił wszystkie Składki regularne należne za okres poprzedzający Rocznicę ubezpieczenia, w której zaproponował wprowadzenie tejże zmiany.

4. Towarzystwo wskazuje Ubezpieczającemu w dokumentach załączonych do Polisy numer rachunku bankowego, na który Ubezpieczający jest zobowiązany dokonywać wpłat kolejnych należnych Składek regularnych w Okresie składkowym.

5. Pierwsza Składka regularna w wysokości zadeklarowanej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub w przypadku doręczenia Ubezpieczającemu Polisy zawierającej postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia w zakresie wysokości Składki regularnej – w wysokości wskazanej w piśmie wskazującym przedmiotowe zmiany, zgodnie z § 5 ust. 8 OWU, musi zostać zapłacona przez Ubezpieczającego przed Dniem początku odpowiedzialności Towarzystwa, na numer rachunku bankowego wskazany w tymże wniosku.

6. Ustanie odpowiedzialności Towarzystwa w Okresie składkowym nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty Składki regularnej za czas, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

7. Składka regularna musi być opłacana wyłącznie w walucie polskiej.

§ 9. SKUTKI NIEZAPŁACENIA SKŁADKI REGULARNEJ W OKRESIE SKŁADKOWYM

1. W razie niezapłacenia przez Ubezpieczającego w Okresie składkowym Składki regularnej w pełnej wysokości należnej za dany okres, do Dnia wymagalności Składki regularnej, Towarzystwo na piśmie wezwie Ubezpieczającego do zapłaty Składki regularnej w terminie dodatkowym 2 miesięcy, licząc od Dnia wymagalności pierwszej zaległej Składki regularnej, podając skutki niezapłacenia Składki regularnej w tym terminie.

2. Jeżeli Składka regularna nie została zapłacona przez Ubezpieczającego w pełnej wysokości w terminie dodatkowym, o którym mowa w ust. 1 powyżej, to Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem okresu, za który zapłacona została Składka regularna w pełnej wysokości należnej za dany okres.

3. Jeżeli Umowa ubezpieczenia została rozwiązana w skutek okoliczności, o których mowa w ust. 2 powyżej, Ubezpieczającemu nie przysługuje zwrot opłaconych Składek regularnych, a Towarzystwo wolne jest od odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

§ 10. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w najwcześniejszym z dni:

1) w dniu doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia – na skutek odstąpienia od Umowy ubezpieczenia,

2) z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego – na skutek wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia,

3) z ostatnim dniem okresu, za który w Okresie składkowym zapłacona została Składka regularna w pełnej wysokości należnej za ten okres – w sytuacji określonej w § 9 ust. 2 OWU,

4) z dniem wpływu do Siedziby Towarzystwa wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia – w związku ze śmiercią Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

§ 11. ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty jej zawarcia, w drodze doręczenia do Siedziby Towarzystwa pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.

2. W przypadku odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo w terminie 7 dni od daty doręczenia do Siedziby Towarzystwa przez Ubezpieczającego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia dokona zwrotu na rzecz Ubezpieczającego wpłaconej Składki regularnej pomniejszonej o część Składki regularnej, która jest należna za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej. Towarzystwo dokonuje zwrotu, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego w oświadczeniu o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia lub innym piśmie doręczonym do Siedziby Towarzystwa przez Ubezpieczającego lub składa dyspozycję przekazu w urzędzie pocztowym.

§ 12. WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia powinno być złożone Towarzystwu na piśmie i doręczone do Siedziby Towarzystwa. Okres wypowiedzenia kończy się w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego, nie później jednak niż w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia.

2. Złożenie oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składki regularnej za okres, w którym Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej, w tym za okres wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia, o ile wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia zostało złożone w Okresie składkowym.

3. Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki regularnej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, o ile wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia zostało złożone w Okresie składkowym.

§ 13. WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI

1. Osoba uprawniona do Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego powinna niezwłocznie powiadomić Towarzystwo o śmierci Ubezpieczonego oraz wystąpić z roszczeniem składając w Siedzibie Towarzystwa prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia, w miarę możliwości na formularzu Towarzystwa. Formularz wniosku o wypłatę Świadczenia jest dostępny na stronie internetowej Towarzystwa <http://www.compensa.pl> i w jego placówkach, a dodatkowe informacje można uzyskać poprzez infolinię Towarzystwa.

2. Po otrzymaniu zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Towarzystwo informuje o tym osoby uprawnione, jeżeli nie są one osobami występującymi z tym



zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, 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 oraz wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

3. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami zawiadomienie o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z Umowy ubezpieczenia.

4. Do wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego należy dołączyć:

1) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracownika jednostki terenowej Towarzystwa, urzędnika administracji publicznej lub notariusza kopię dokumentu tożsamości, tj. dowodu osobistego lub paszportu osoby składającej wniosek,

2) odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego,

3) dokument informujący o przyczynie zgonu Ubezpieczonego, 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: raport policji, protokół powypadkowy oraz dane adresowe jednostki policji i siedziby prokuratury, prowadzących czynności wyjaśniające okoliczności zgonu Ubezpieczonego, o ile takie czynności były prowadzone, dokument medyczny potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy medycznej oraz adres pogotowia ratunkowego, o ile pogotowie ratunkowe udzieliło Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej,

4) numer rachunku bankowego, na który Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia, o ile wypłata ma być dokonana na rachunek bankowy.

5. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, Towarzystwo zwróci się do osoby składającej wniosek o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego o potwierdzenie przez polską placówkę dyplomatyczną dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości Świadczenia. Towarzystwo może żądać dostarczenia tłumaczeń przedstawionych dokumentów na język polski, sporządzonych przez tłumacza przysięgłego.

6. Towarzystwo może żądać przedstawienia dodatkowych dokumentów uzasadniających wypłatę Świadczenia.

7. Towarzystwo wypłaca Świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z Umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń dokonanych w przeprowadzonym przez siebie postępowaniu, o którym mowa w niniejszym paragrafie, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.

8. Wypłata Świadczenia następuje w terminie 30 dni od dnia doręczenia do Siedziby Towarzystwa wniosku o wypłatę Świadczenia. Jeżeli wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości Świadczenia okaże się niemożliwe, Świadczenie będzie spełnione 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.

9. Jeżeli w terminach, o których mowa w ust. 8 powyżej, Towarzystwo

nie wypłaci Świadczenia, zawiadamia na piśmie:

1) osobę zgłaszającą roszczenie, oraz

2) Ubezpieczonego w przypadku, gdy Ubezpieczony i Ubezpieczający są różnymi osobami i jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.

10. Jeżeli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo informuje o tym na piśmie:

1) osobę występującą z roszczeniem, oraz

2) Ubezpieczonego w przypadku, gdy Ubezpieczony i Ubezpieczający są różnymi osobami i jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

11. Towarzystwo udostępnia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości Świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Towarzystwo udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Towarzystwo.

12. Informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 11 powyżej, Towarzystwo udostępnia, na żądanie, w postaci elektronicznej.

13. Sposób:

1) udostępniania informacji i dokumentów, o których mowa w ust. 11 powyżej,

2) zapewniania możliwości pisemnego potwierdzania udostępnianych zgodnie z ust. 11 powyżej informacji,

3) zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem zgodnie z ust. 11 powyżej – nie może wiązać się z nadmiernymi utrudnieniami dla osób, o których mowa w ust. 11 powyżej.

14. Koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej, ponoszone przez osoby, o których mowa w ust. 11 powyżej, nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.

15. Towarzystwo przechowuje informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 11 powyżej, do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z umowy ubezpieczenia.

16. Każda z osób uprawnionych do wypłaty Świadczenia składa wniosek o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w swoim imieniu.

17. Do osób uprawnionych do Świadczenia zgłaszających roszczenie przez stronę internetową Towarzystwa www.compensa.pl zgodnie z ust. 1 powyżej, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.compensa.pl, który jest dostępny na stronie internetowej Towarzystwa www.compensa.pl, z zastrzeżeniem, że należy przedłożyć wymagane dokumenty do rozpatrzenia danego roszczenia.

§ 14. DOKONYWANIE ZMIAN, ZAWIADOMIENI I SKŁADANIE OŚWIADCZEŃ

1. Z zachowaniem postanowień zdania drugiego oraz o ile Umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony w związku z Umową ubezpieczenia powinny być



dokonywane na piśmie i wysłane listownie lub za pośrednictwem portalu dla klientów Towarzystwa "mojaCompensa" dostępnym pod adresem internetowym <https://mojacompensa.pl>, o ile regulamin tego portalu zamieszczony na tej samej stronie internetowej opisuje taką możliwość. Za zgodą Ubezpieczającego, Ubezpiezonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia oświadczenia i zawiadomienia Towarzystwa w związku z Umową ubezpieczenia mogą być składane za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, chyba że powszechnie obowiązujące przepisy prawa, a w szczególności przepisy ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej stanowią inaczej.

2. Ubezpieczający i Towarzystwo zobowiązują się informować wzajemnie o zmianie ich siedziby i adresu korespondencyjnego oraz danych kontaktowych (nr telefonu, adres e-mail).

3. Wszelkie zmiany Umowy ubezpieczenia wymagają zachowania formy wskazanej w ust. 1 – 2 powyżej pod rygorem nieważności.

4. Ubezpieczający jest uprawniony do wyrażenia pisemnego sprzeciwu w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji zmiany Umowy ubezpieczenia. Zgłoszenie sprzeciwu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, uznaje się za brak zgody na proponowane przez Towarzystwo zmiany.

5. Przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego i Towarzystwo zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo przekazuje Ubezpieczającemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczający wyraził na to zgodę, na innym trwałym nośniku lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej informację w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość Świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia.

6. W przypadku dokonywania uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Towarzystwo zmian, Towarzystwo wystawia kolejną wersję Polisy, która zastępuje wersję poprzednią z datą obowiązywania zmiany.

7. W stosunku do informacji i zawiadomień, które zgodnie z OWU będą ogłaszane w dzienniku ogólnopolskim lub na stronie internetowej Towarzystwa www.compensa.pl, nie jest wymagana forma odrębnego, pisemnego powiadomienia Ubezpieczającego.

8. Oświadczenia i wnioski składane Towarzystwu będą uważane za złożone skutecznie, o ile zostaną doręczone do Siedziby Towarzystwa lub wysłane za pośrednictwem portalu dla klientów Towarzystwa "mojaCompensa" dostępnym pod adresem internetowym www.mojacompensa.pl, o ile regulamin tego portalu zamieszczony na tej samej stronie internetowej opisuje taką możliwość.

9. Zawiadomienia i oświadczenia składane w związku z zawartą Umową ubezpieczenia Agentowi ubezpieczeniowemu uznaje się za złożone Towarzystwu, o ile zostały złożone na piśmie lub na innym trwałym nośniku.

§ 15. DOCHODZENIE ROSZCZEŃ WYNIKAJĄCYCH Z UMOWY UBEZPIECZENIA, SKŁADANIE SKARG I ZAŻALEŃ PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO, UPOSAŻONEGO LUB OSOBĘ UPRAWNIONĄ DO ŚWIADCZENIA NIEBĘDĄCYCH OSOBĄ FIZYCZNĄ

1. Ubezpieczającemu, Uposażonemu, lub osobie uprawnionej do Świadczenia niebędącymi osobą fizyczną, przysługuje prawo złożenia skargi lub zażalenia.

2. Skargę lub zażalenie można złożyć w formie:

1) pisemnej:

a) drogą pocztową, za pośrednictwem posłańca lub kuriera – na adres Siedziby Towarzystwa,

b) osobiście, pozostawiając pisemną skargę lub zażalenie w Siedzibie Towarzystwa,

2) ustnej – telefonicznie na numer telefonu 22 501 61 00.

3. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia skargi lub zażalenia, skarga lub zażalenie powinna zawierać:

1) imię i nazwisko (nazwa firmy) osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej skargę lub zażalenie,

2) adres osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej skargę lub zażalenie,

3) informację, czy osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca skargę lub zażalenie wyraża zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, a jeżeli tak – również adres e-mail, na który odpowiedź ma zostać przesłana,

4) PESEL/REGON,

5) numer dokumentu ubezpieczenia (numer Polisy).

4. Na żądanie osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej skargę lub zażalenie Towarzystwo potwierdzi pisemnie lub w inny sposób uzgodniony z tą osobą, fakt złożenia przez nią skargi lub zażalenia.

5. Towarzystwo zobowiązane jest do rozpatrzenia skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia. W przypadku uzasadnionej niemożności udzielenia odpowiedzi w tym terminie, Towarzystwo zobowiązane jest:

1) wyjaśnić przyczyny braku możliwości dotrzymania terminu, o którym mowa w zdaniu pierwszym,

2) wskazać okoliczności, które muszą zostać ustalone,

3) wskazać przewidywany termin udzielenia odpowiedzi, nie dłuższy jednak niż 90 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia.

6. Złożenie skargi lub zażalenia niezwłocznie po powzięciu przez osobę wskazaną w ust. 1 powyżej zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie skargi lub zażalenia.

7. Odpowiedź Towarzystwa na skargę lub zażalenie udzielana jest w formie pisemnej, chyba że uzgodniono z osobą wskazaną w ust. 1 powyżej składającą skargę lub zażalenie, inną formę odpowiedzi.

8. Jeśli życzeniem osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej skargę lub zażalenie jest otrzymanie odpowiedzi drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail i osoba ta wyraziła zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, odpowiedź wysyłana jest mu tą drogą.

9. Po otrzymaniu odpowiedzi na skargę lub zażalenie rozpatrzone negatywnie osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca skargę lub zażalenie ma prawo odwołać się do Towarzystwa.

10. Niezależnie od trybu rozpatrywania skarg lub zażaleń wskazanego w ust. 1 – 9 powyżej osobie wskazanej w ust. 1 powyżej przysługuje prawo wystąpienia do Komisji Nadzoru Finansowego oraz z powództwem do sądu powszechnego.

11. Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia rozpatrują sądy



właściwe według przepisów o właściwości ogólnej albo sądy właściwe dla siedziby osoby wskazanej w ust. 1 składającej skargę lub zażalenie.

12. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 16. DOCHODZENIE ROSZCZEŃ WYNIKAJĄCYCH Z UMOWY UBEZPIECZENIA, SKŁADANIE REKLAMACJI PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO, UBEZPIECZONEGO, UPOSAŻONEGO LUB OSOBĘ UPRAWNIONĄ DO ŚWIADCZENIA BĘDĄCYCH OSOBĄ FIZYCZNĄ (W TYM OSOBĄ FIZYCZNĄ WYKONUJĄCĄ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ LUB ZAWODOWĄ W RAMACH TZW. JEDNOOSOBOWEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ LUB SPÓŁKI CYWILNEJ)

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu, lub osobie uprawnionej do Świadczenia będącymi osobą fizyczną (w tym osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej) przysługuje prawo złożenia Reklamacji.

2. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa, w której zakresie obowiązków jest obsługa osób wskazanych w ust. 1 powyżej.

3. Osoba wskazana w ust. 1 powyżej może złożyć Reklamację w formie:

1) pisemnej – składając osobiście pismo w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej albo listownie,

2) ustnie – telefonicznie na numer telefonu 22 501 61 00 albo osobiście w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej do protokołu podczas wizyty w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej,

3) w formie elektronicznej na adres e-mail: reklamacje@compensazycie.com.pl.

4. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia Reklamacji, Reklamacja powinna zawierać:

1) imię i nazwisko (nazwa firmy) osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej Reklamację,

2) adres osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej Reklamację,

3) informację, czy osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca Reklamację wyraża zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, a jeżeli tak – również adres e-mail, na który odpowiedź ma zostać przesłana,

4) PESEL/REGON,

5) numer dokumentu ubezpieczenia (numer Polisy).

5. Na żądanie osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej Reklamację Towarzystwo potwierdza fakt złożenia Reklamacji na piśmie lub w inny sposób uzgodniony z tą osobą.

6. Z zachowaniem postanowień ust. 7 poniżej odpowiedzi na Reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Termin wskazany w zdaniu pierwszym uważa się za dotrzymany, jeżeli odpowiedź została wysłana przed jego upływem.

7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 6 powyżej, Towarzystwo w informacji przekazanej osobie wskazanej w ust. 1 powyżej składającej Reklamację:

1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,

2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpoznania sprawy,

3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.

8. Złożenie Reklamacji niezwłocznie po powzięciu przez osobę wskazaną w ust. 1 powyżej zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie Reklamacji.

9. Odpowiedzi na Reklamację Towarzystwo udziela w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, doręczając ją drogą pocztową, za pośrednictwem postańca lub kuriera, chyba że osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca Reklamację wystąpi z wnioskiem o przesłanie odpowiedzi drogą elektroniczną. W takim przypadku odpowiedź zostanie przesłana na adres e-mail podany przez osobę wskazaną w ust. 1 powyżej składającą Reklamację.

10. Po otrzymaniu odpowiedzi na Reklamację rozpatrzoną negatywnie osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca Reklamację ma prawo:

1) odwołać się do Towarzystwa,

2) złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.

11. Niezależnie od trybu rozpatrywania Reklamacji wskazanego w ust. 1 – 10 powyżej osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca Reklamację ma prawo:

1) złożyć wniosek o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego,

2) wystąpić z powództwem do sądu powszechnego właściwego według przepisów o właściwości ogólnej albo właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej Reklamację, gdzie pozwanym winna być Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa,

3) zwrócić się do Komisji Nadzoru Finansowego.

12. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 17. INFORMACJA O WYPŁACALNOŚCI I KONDYCJI FINANSOWEJ

Towarzystwo na stronie internetowej www.compensa.pl zamieszcza sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej.

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

1. Do Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie OWU stosuje się prawo Rzeczypospolitej Polskiej, w szczególności przepisy kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

2. Na dzień wejścia w życie OWU przepisami regulującymi opodatkowanie Świadczeń Towarzystwa są:

1) art. 21 ust. 1 pkt. 4 w związku z art. 24 ust. 15 i ust. 15a ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2012 r. poz. 361 ze zm.), w brzmieniu: „Art. 21 ust. 1. Wolne od podatku dochodowego są:

4) kwoty otrzymane z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych, z wyjątkiem:

b) dochodu, o którym mowa w art. 24 ust. 15 i 15a;

Art. 24 ust. 15. Dochodem z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia zawartą na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej, w przypadku ubezpieczeń związanych z funduszami kapitałowymi, jest różnica między wypłaconą kwotą świadczenia a sumą składek wpłaconych do zakładu ubezpieczeń, które zostały przekazane na fundusz kapitałowy.

Art. 24 ust. 15a. Dochodem z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia na życie lub dożycie, zawartą na podstawie odrębnych przepisów, w której świadczenie zakładu ubezpieczeń z tytułu dożycia jest:



1) ustalane na podstawie określonych indeksów lub innych wartości bazowych albo

2) równe składce ubezpieczeniowej powiększonej o określony w umowie ubezpieczenia wskaźnik – jest różnica między wypłaconą kwotą świadczenia a składką wpłaconą do zakładu ubezpieczeń.”,

2) art. 30a ust. 1 ustawy, o której mowa w pkt 1, w brzmieniu: „Od uzyskanych dochodów (przychodów) pobiera się 19% zryczałtowany podatek dochodowy, z zastrzeżeniem art. 52a: 5) od dochodu z tytułu udziału w funduszach kapitałowych; 5a) od dochodu z tytułu umów ubezpieczenia, o którym mowa w art. 24 ust. 15a”;

3) art. 12 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2014 r. poz. 851 ze zm.), w brzmieniu: „Przychodami, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4 oraz art. 14, są w szczególności otrzymane pieniądze, wartości pieniężne, w tym różnice kursowe.”,

4) art. 19 ust. 1 ustawy, o której mowa w pkt. 3), w brzmieniu: „Podatek, z zastrzeżeniem art. 21, art. 22 i art. 24a wynosi 19% podstawy opodatkowania.”.

§ 19. WARTOŚĆ STOPY TECHNICZNEJ

W przypadku Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2016 r. lub w terminie późniejszym, Towarzystwo stosuje Stopę techniczną w wysokości 1,60%.

§ 20. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWU

Niniejsze OWU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 189/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 28 grudnia 2015 r. wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2016 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



ZAŁĄCZNIK NR I DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA CAŁE ŻYCIE ZE SKŁADKĄ REGULARNĄ GODNE POŻEGNANIE O SYMBOLU BRP-8415

Tabela Sum ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego

Dla Umów ubezpieczenia zawartych z Dniem początku odpowiedzialności przypadającym w dniu 1 stycznia 2016 r. lub w terminie późniejszym Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego może przybrać jedną z wymienionych w poniższej tabeli wartości:

Lp.	Wysokość Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego
1	5 000 PLN
2	7 500 PLN
3	10 000 PLN

Tabela Sum ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego po dokonaniu przez Towarzystwo Waloryzacji

Lp.	Wysokość Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego wybrana we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia	Wysokość Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego po dokonaniu przez Towarzystwo Waloryzacji odpowiednio na dzień:		
		5. Roczniczy ubezpieczenia (zwaloryzowana suma ubezpieczenia obowiązuje do dnia poprzedzającego dzień 10. Roczniczy ubezpieczenia)	10. Roczniczy ubezpieczenia (zwaloryzowana suma ubezpieczenia obowiązuje do dnia poprzedzającego dzień 15. Roczniczy ubezpieczenia)	15. Roczniczy ubezpieczenia (zwaloryzowana suma ubezpieczenia obowiązuje do końca życia Ubezpieczonego)
1	5 000 PLN	5 500 PLN	6 000 PLN	6 500 PLN
2	7 500 PLN	8 250 PLN	9 000 PLN	9 750 PLN
3	10 000 PLN	11 000 PLN	12 000 PLN	13 000 PLN



ANEKS NR 2 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA CAŁE ŻYCIE ZE SKŁADKĄ REGULARNĄ GODNE POŻEGNANIE O SYMBOLU BRP-8415

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na całe życie ze składką regularną Godne Pożegnanie o symbolu BRP-8415 zatwierdzonych Uchwałą Nr 189/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 28 grudnia 2015 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2016 r. lub w terminie późniejszym:

1. w § 2 ogólnych warunków, o których mowa powyżej, skreśla się ust. 13).

2. dotychczasowy § 15 otrzymuje następujące brzmienie:

„§ 15. SKŁADANIE SKARG I ZAŻALEŃ

1. Podmioty, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji, zgodnie z postanowieniami § 16 OWU, przysługuje prawo złożenia skargi lub zażalenia.

2. Do skargi lub zażalenia określonych w ust. 1 powyżej zastosowanie znajdują postanowienia § 16 OWU dotyczące reklamacji składanych przez Ubezpieczających, Ubezpieczonych, osoby uprawnione do Świadczenia oraz poszukujących ochrony ubezpieczeniowej będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej, z wyłączeniem § 16 ust. 9 OWU. Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że ze skarżącym lub składającym zażalenie uzgodniono inną formę odpowiedzi. Jeśli życzeniem skarżącego lub składającego zażalenie jest otrzymanie odpowiedzi drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail i skarżący lub składający zażalenie wyraził zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, odpowiedź wysyłana jest mu tą drogą.”

3. dotychczasowy § 16 otrzymuje następujące brzmienie:

„§ 16. SKŁADANIE REKLAMACJI

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

2. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa, w której zakresie obowiązków jest obsługa osób wskazanych w ust. 1 powyżej.

3. Osoba wskazana w ust. 1 powyżej może złożyć reklamację w formie:

1) pisemnej – składając osobiście pismo w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub Siedzibie Towarzystwa albo listownie,

2) ustnej – telefonicznie na numer telefonu 22 867 66 67,

3) ustnej – osobiście w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub Siedzibie Towarzystwa do protokołu podczas wizyty w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub Siedzibie Towarzystwa – wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpiezonego, Uposażonego oraz osoby uprawnionej do Świadczenia będących osobą fizyczną

(w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej),

4) elektronicznej na adres e-mail reklamacje@compensazycie.com.pl – wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpiezonego, Uposażonego oraz osoby uprawnionej do Świadczenia będących osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej).

4. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia reklamacji, reklamacja powinna zawierać:

1) imię i nazwisko (nazwa firmy) osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację,

2) adres osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację,

3) informację, czy osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca reklamację wyraża zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, a jeżeli tak – również adres e-mail, na który odpowiedź ma zostać przesłana,

4) PESEL/REGON,

5) numer dokumentu ubezpieczenia (numer Polisy).

5. Na żądanie osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację, Towarzystwo potwierdza złożenie reklamacji na piśmie lub w inny uzgodniony z tą osobą sposób.

6. Z zachowaniem postanowień ust. 7 poniżej, odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Termin wskazany w zdaniu pierwszym uważa się za dotrzymany, jeżeli odpowiedź została wysłana przed jego upływem.

7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 6 powyżej, Towarzystwo w informacji przekazanej osobie wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację:

1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,

2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone do rozpoznania sprawy,

3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

8. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń przez osobę wskazaną w ust. 1 powyżej, ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie reklamacji.

9. Odpowiedzi na reklamacje Towarzystwo udziela w postaci papierowej lub:

1) za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, jednakże odpowiedź na reklamację może zostać dostarczona osobie składającej reklamację pocztą elektroniczną wyłącznie na jej wniosek – w przypadku Ubezpieczających, Ubezpieczonych, Uposażonych oraz osób uprawnionych do Świadczenia będących osobami fizycznymi (w tym również osobami fizycznymi wykonującymi działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej),

2) na innym trwałym nośniku informacji w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy



z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta – w przypadku poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającego oraz osoby uprawnionej do Świadczenia będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej.

10. Po otrzymaniu odpowiedzi na reklamację rozpatrzoną negatywnie, osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca reklamację ma prawo odwołać się do Towarzystwa.

11. Po otrzymaniu odpowiedzi na reklamację rozpatrzoną negatywnie, osoba wskazana w ust. 1 powyżej będąca osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej), ma prawo złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.

12. Niezależnie od trybu rozpatrywania reklamacji wskazanego w ust. 1 – 11 powyżej, osoba wskazana w ust. 1 powyżej, będąca osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej) składająca reklamację ma prawo:

1) złożyć wniosek o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego (szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: www.rf.gov.pl),

2) wystąpić z powództwem do sądu powszechnego właściwego według

przepisów o właściwości ogólnej albo właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację, gdzie pozwanym winna być Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa,

3) zwrócić się do Komisji Nadzoru Finansowego.

13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.”.

§ 2.

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

2. Tracą moc postanowienia Aneksu nr 1 w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 3/01/2017 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 3 stycznia 2017 r.

3. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 3/02/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 20 lutego 2018 r. wchodzi w życie z dniem 23 lutego 2018 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 kwietnia 2018 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
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: 224 263 746,00 zł – opłacony w całości
Tel.: +48 22 867 66 67, 801 120 000