

SPIS TREŚCI

Obowiązek informacyjny Administratora danych osobowych	3
Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym	5
Informacje dotyczące Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie GWARANCJA KOMFORT o symbolu BRP-0916	7
Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie GWARANCJA KOMFORT o symbolu BRP-0916	8
§ 1. Postanowienia ogólne	8
§ 2. Definicje	8
§ 3. Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa	9
§ 4. Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa	10
§ 5. Ochrona tymczasowa	10
§ 6. Zasady zawarcia Umowy ubezpieczenia	10
§ 7. Zasady wskazywania Uposażonych	11
§ 8. Wysokość sum ubezpieczenia, Składki regularnej i Wartość wykupu	12
§ 9. Zasady opłacania Składki regularnej	12
§ 10. Skutki niezapłacenia Składki regularnej	13
§ 11. Zawieszenie opłacania Składek regularnych	13
§ 12. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa	13
§ 13. Zmiany zakresu odpowiedzialności Towarzystwa, wysokości Składki regularnej i sum ubezpieczenia	14
§ 14. Indeksacja Składki regularnej i sum ubezpieczenia	15
§ 15. Udział w zysku z lokat aktywów stanowiących pokrycie rezerwy ubezpieczeń na życie	16
§ 16. Wykup ubezpieczenia	16
§ 17. Umowa ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności	17
§ 18. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia	17
§ 19. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia	18
§ 20. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia	18
§ 21. Wypłata Świadczeń	18
§ 22. Świadczenie z tytułu Choroby śmiertelnej	19
§ 23. Świadczenie z tytułu dożycia do końca Okresu ubezpieczenia	19
§ 24. Dochodzenie roszczeń wynikających z Umowy ubezpieczenia, składanie skarg i zażaleń przez Ubezpieczającego, Uposażonego lub osobę uprawnioną do Świadczenia niebędących osobą fizyczną	20
§ 25. 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)	20



§ 26. Dokonywanie zmian, zawiadomień i składanie oświadczeń	21
§ 27. Informacja o wypłacalności i kondycji finansowej	22
§ 28. Akty prawne stosowane w sprawach nieuregulowanych w OWU	22
§ 29. Data wejścia w życie OWU	22
Regulamin udziału w zysku i Wartości wykupu o symbolu BRP-0916	23
§ 1. Zastosowanie Regulaminu	23
§ 2. Definicje pojęć użytych w Regulaminie	23
§ 3. Zasady naliczania i wypłaty udziału w zysku	23
§ 4. Minimalna Wartość wykupu wymagana przy zmianie Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności	23
§ 5. Wartość Stopy technicznej	24
§ 6. Data wejścia w życie Regulaminu	24
Aneks nr 2 do Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie GWARANCJA KOMFORT o symbolu BRP-0916	25
Aneks nr 3 do Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie GWARANCJA KOMFORT o symbolu BRP-0916	27
Aneks nr 4 do Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie GWARANCJA KOMFORT o symbolu BRP-0916	28
Wykaz indywidualnych ubezpieczeń dodatkowych dostępnych w ubezpieczeniu GWARANCJA KOMFORT o symbolu BRP-0916	29



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
ocena ryzyka ubezpieczeniowego w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	art. 41 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
własne cele marketingowe Administratora, w tym cele analityczne i poprzez profilowanie, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora. Prawnym uzasadnionym interesem administratora jest marketing własnych produktów i usług Administratora oraz przetwarzanie danych w celach analitycznych
własne cele marketingowe Administratora, w tym poprzez profilowanie, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia	zgoda na przetwarzanie danych
własne cele marketingowe w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	zgoda na przetwarzanie danych
obsługa zgłoszonego roszczenia, w tym wypłata świadczenia oraz obsługa wykupu	niezbędność przetwarzania do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze; niezbędność przetwarzania do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń (w przypadku szczególnych kategorii danych osobowych)
wypełnienie przez Administratora obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu	niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu
wypełnianie przez Administratora obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS	niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o wypełnianiu obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA/CRS, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami
wypełnienie obowiązków ciążących na Administratorze w związku z sankcjami wprowadzanymi stosownymi regulacjami Organizacji Narodów Zjednoczonych, Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki	uzasadniony interes strony trzeciej, to jest podmiotu dominującego w grupie kapitałowej Vienna Insurance Group (do której należy Administrator), jako podmiotu bezpośrednio zobowiązanego do stosowania sankcji Stanów Zjednoczonych Ameryki oraz zapewnienia ich przestrzegania przez podmioty powiązane
dochodzenie roszczeń związanych z umową ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości dochodzenia przez niego roszczeń
podejmowanie czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości przeciwdziałania i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń
reasekuracja ryzyk	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci ograniczenia negatywnego wpływu ryzyka ubezpieczeniowego, związanego z zawieraną umową ubezpieczenia
przekazywanie danych osobowych przez Administratora do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w celu marketingu produktów i usług	zgoda na przetwarzanie danych



Okres przechowywania danych: Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia na życie lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami. Administrator, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, przestanie przetwarzać dane wykorzystywane do własnych celów marketingowych, w tym celów analitycznych i poprzez profilowanie, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tych celach.

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

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

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

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane do odbiorców znajdujących się w USA.

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

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

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

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

innemu administratorowi danych.

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

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

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

Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu:

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

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

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

Informacja o wymogu podania danych:

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

Ubezpieczenie indywidualne na życie i dożycie

Gwarancja Komfort

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

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

Produkt: **Gwarancja Komfort OWU BRP-0916**

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podane są ogólnych warunkach indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Gwarancja Komfort zatwierdzonych Uchwałą Nr 12/03/2016 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 17 marca 2016 r. (zwane dalej OWU) oraz polisie potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia i jej warunki

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Dobrowolne ubezpieczenie na życie, według załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – dział I, I grupa ustawowa. Umowę ubezpieczenia zawiera się na czas określony, nie krótszy niż 5 lat i nie dłuższy niż do Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 67 rok życia.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiot ubezpieczenia:

W okresie ochrony tymczasowej – życie Ubezpieczonego w okresie ochrony tymczasowej.

W okresie pełnej odpowiedzialności – życie i zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej:

Zakres ochrony ubezpieczeniowej w okresie ochrony tymczasowej:

- śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

Pełny zakres oraz zasady odpowiedzialności Towarzystwa w okresie ochrony tymczasowej wskazane są § 5 OWU.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej umowy podstawowej w okresie pełnej odpowiedzialności Towarzystwa:

- śmierć Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia,
- dożycie przez Ubezpieczonego do końca Okresu ubezpieczenia,
- wystąpienie u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej w Okresie ubezpieczenia.

Pełny zakres oraz zasady odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są § 3 OWU.

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

Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty świadczenia w wysokości Wartości wykupu, jeżeli śmierć Ubezpieczonego zaszła w następstwie lub spowodowana została lub nastąpiła na skutek:

- działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, Aktów terroryzmu lub czynnego udziału Ubezpieczonego w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, a także masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego bądź katastrofy nuklearnej,
- popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,
- samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego w okresie 2 lat od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, niezależnie od stopnia poczytalności Ubezpieczonego.

Szczegółowe informacje dotyczące wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są w: § 6 ust. 6 i ust. 8 OWU dla Ubezpieczenia podstawowego, § 11 ust. 4 pkt 2) OWU, § 12 ust. 2 OWU dla ochrony tymczasowej, § 12 ust. 3 OWU dla Choroby śmiertelnej.

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,
- terminowo opłacać należną Składkę regularną,
- niezwłocznie przekazywać Ubezpieczonemu wszelkie informacje o przebiegu Umowy ubezpieczenia przedstawiane przez Towarzystwo,
- składać zawiadomienia i oświadczenia na piśmie i wysyłać je listownie lub za pośrednictwem portalu dla klientów Towarzystwa „mojaCompensa” dostępnym pod adresem internetowym mojacompensa.pl,
- informować Towarzystwo o zmianie siedziby i adresu korespondencyjnego oraz danych kontaktowych (nr telefonu, adres email),

Ubezpieczający ma prawo:

- odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - odstąpić od umowy ubezpieczenia,
 - wypowiedzieć umowę ubezpieczenia,
 - zmienić zakres odpowiedzialności Towarzystwa:
- a) dodać do zakresu ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczenia dodatkowe:**
- na wypadek śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (OWDU BRP-8615),
 - na wypadek śmierci w następstwie Wypadku komunikacyjnego (OWDU BRP-8715),
 - na wypadek Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (OWDU BRP-8815),
 - na wypadek Trwałej utraty zdrowia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (OWDU BRP-1016),
 - na wypadek Całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy z przejściem opłacania składek (OWDU BRP-9015),
 - na wypadek Poważnego zachorowania (OWDU BRP-0316),
 - na wypadek Nowotworu złośliwego (OWDU BRP-0416),
 - na wypadek Leczenia Nowotworu złośliwego (OWDU BRP-0516),
 - na wypadek śmierci Ubezpieczającego z przejściem opłacania składek (OWDU BRP-0616),
 - na życie Ubezpieczającego (OWDU BRP-0716),
 - na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (OWDU BRP-0816).

Szczegółowe warunki ubezpieczeń dodatkowych, w tym przedmiot ubezpieczenia, wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, zasady wypłaty świadczeń, zawarte zostały w odpowiednich OWDU.

b) usunąć z zakresu ochrony ubezpieczeniowej określone ubezpieczenia dodatkowe,

- zawiesić opłacanie Składek regularnych na okres od 3 do 12 miesięcy (nie wcześniej niż w 3 Rocznice ubezpieczenia),
- zaproponować podwyższenie wysokości Składki regularnej (w każdą Rocznice ubezpieczenia),

- zaproponować obniżenie wysokości Składki regularnej (począwszy od 3 Rocznicę ubezpieczenia),
- odmówić dokonania zmiany wysokości Składki regularnej,
- zamienić Umowę ubezpieczenia ze Składką regularną na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności (nie wcześniej niż w 2 Rocznicę ubezpieczenia),
- odmówić corocznej indeksacji Składki regularnej i sum ubezpieczenia,
- złożyć Reklamację,
- wytoczyć powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczony ma prawo:

- w każdym czasie wskazać jednego lub więcej Uposażonych na wypadek swojej śmierci, a także odwołać lub zmienić wskazanie Uposażonego,
- złożyć Reklamację,
- wytoczyć powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka regularna płatna jest:

- z góry: miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie (zgodnie z potwierdzoną w Polisie częstotliwością)
- w terminie:
 - a) przed dniem początku odpowiedzialności – w przypadku pierwszej należnej Składki regularnej,
 - b) najpóźniej w pierwszym dniu okresu, za który jest należna dana Składka regularna – w przypadku drugiej i kolejnych składek regularnych
 Ubezpieczający może zaproponować zmianę częstotliwości opłacania składek w każdą Rocznicę ubezpieczenia.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu potwierdzonym w polisie,

nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po Dniu zapłaty pierwszej Składki regularnej.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia, nie później jednak niż we wcześniejszym z dni:

- w dniu śmierci Ubezpieczonego,
- w ostatnim dniu okresu, za który zapłacono Składkę regularną w pełnej wysokości należnej za dany okres,
- w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, w przypadku dożycia Ubezpieczonego do końca Okresu ubezpieczenia.

Jak zawnioskować o wypłatę świadczenia?

Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia powinna złożyć pisemne zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.

W zależności od zdarzenia stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa potrzebne są dokumenty wskazane:

- w § 21 ust. 4 OWU z tytułu śmierci Ubezpieczonego,
 - w § 22 ust. 3 OWU z tytułu Choroby śmiertelnej,
 - w § 23 ust. 2 OWU z tytułu dożycia do końca okresu ubezpieczenia.
- Pełne informacje dotyczące określenia osób uprawnionych do otrzymania świadczeń, zasad ustalania i wypłaty świadczenia wskazane są w § 7, § 21, § 22 oraz § 23 OWU.

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo :

- odstąpić od umowy w terminach wskazanych w OWU,
- wypowiedzieć na piśmie umowę ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia (wypowiedzenie jest skuteczne na koniec miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu w którym złożone zostało wypowiedzenie umowy).



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I DOŻYCIE GWARANCJA KOMFORT
BRP-0916**

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2, § 3, § 5 ust. 1 i 4, § 16, § 18, § 21, § 22, § 23
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2, § 6 ust. 6 i 8, § 11 ust. 4 pkt 2), § 12
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	§ 11 ust. 7, § 13 ust. 2 pkt 1) ppkt c), § 13 ust. 3 pkt 1) ppkt c), § 13 ust. 6 pkt 2), § 14, § 16 ust. 3, § 17 ust. 4 pkt 3)



OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I DOŻYCIE

GWARANCJA KOMFORT

BRP-0916

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

Niniejsze ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Gwarancja Komfort o symbolu BRP-0916 (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, 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 nie mniej niż 3 miesiące oraz nie więcej niż 57 lat, której życie i zdrowie jest przedmiotem Ubezpieczenia podstawowego; życie lub zdrowie Ubezpieczonego może być ponadto przedmiotem Ubezpieczeń dodatkowych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków ubezpieczeń dodatkowych (zwanym dalej OWDU).

2. Ubezpieczający – podmiot zawierający Umowę ubezpieczenia i zobowiązany do zapłaty Składki regularnej; życie lub zdrowie Ubezpieczającego może być ponadto przedmiotem Ubezpieczeń dodatkowych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków ubezpieczeń dodatkowych (zwanym dalej OWDU).

3. Uposażony – osoba fizyczna lub inny podmiot prawa wskazany przez Ubezpieczonego jako uprawniony do otrzymania Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

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

6. Choroba śmiertelna – nieuleczalna choroba Ubezpieczonego zdiagnozowana po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia i nierokująca przeżycia przez Ubezpieczonego okresu dłuższego niż 12 miesięcy od dnia zdiagnozowania, przy czym diagnoza i rokowania, o których mowa powyżej, muszą być ustalone przez dwóch lekarzy drugiego stopnia specjalizacji w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z chorobą będącą podstawą ubiegania się o wypłatę Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej lub z tytułem specjalisty w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z chorobą będącą podstawą ubiegania się o wypłatę Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej. Za dzień wystąpienia Choroby śmiertelnej uważa się dzień postawienia diagnozy i rokowań, o których mowa w zdaniu pierwszym.

7. Czynniki zewnętrzny – czynnik oddziałujący na organizm Ubezpieczonego, który z medycznego punktu widzenia nie może być zakwalifikowany jako choroba (stan organizmu polegający

na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpieczonego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego) lub czynnik chorobotwórczy (bakteria, wirus lub pasożyt wywołujący chorobę Ubezpieczonego).

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

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

10. Nieszczęśliwy wypadek – zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagłe zdarzenie, wywołane wskutek działania wyłącznie Czynnika zewnętrznego i niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, w następstwie którego Ubezpieczony doznał Urazu lub zmarł.

11. Okres ubezpieczenia – okres obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo na podstawie OWU; Okres ubezpieczenia rozpoczyna się w Dniu początku odpowiedzialności i nie może być krótszy niż 5 lat i nie dłuższy niż do Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 67 rok życia.

12. Okres ubezpieczenia dodatkowego – okres obejmowania odpowiednio Ubezpieczonego albo Ubezpieczającego ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo na podstawie odpowiednich OWDU, liczony od Dnia początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego lub od Rocznicy ubezpieczenia, na którą rozszerzono zakres odpowiedzialności Towarzystwa o zakres Ubezpieczenia dodatkowego do wcześniejszego z dni:

1) dnia wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z postanowieniami odpowiednich OWDU,

2) dnia wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

3) ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia.

W Okresie ubezpieczenia dodatkowego Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składek ochronnych dobrowolnych za wybrane przez siebie Ubezpieczenia dodatkowe.

13. Polisa – dokument ubezpieczenia wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia i jej warunki, którego integralną część stanowi Tabela wartości wykupów ubezpieczenia potwierdzająca Wartości wykupu ubezpieczenia w każdej kolejnej Rocznicy ubezpieczenia; 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.

14. 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 OWU i odpowiednich OWDU uważa się, że Ubezpieczony Pozostawał 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.

15. Regulamin udziału w zysku i Wartości wykupu (Regulamin) – dokument o symbolu BRP-0916 zatwierdzony uchwałą przez Zarząd Towarzystwa, regulujący zasady naliczania udziału w zysku i określający minimalne wysokości Wartości wykupu po zmianie Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności.

16. 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.

17. Rocznicą ubezpieczenia – rocznica Dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzonego w Polisie.

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

19. Siedziba Towarzystwa – Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa. Z zachowaniem postanowień § 26 ust. 15 OWU i ilekroć w OWU mowa jest o doręczaniu określonych oświadczeń lub zawiadomień do Siedziby Towarzystwa rozumie się przez to również doręczenie Agentowi ubezpieczeniowemu.

20. Składka regularna – kwota należna z tytułu Umowy ubezpieczenia za okresy miesięczne, kwartalne, półroczne lub roczne, według potwierdzeń w Polisie, opłacana przez Ubezpieczającego w Okresie ubezpieczenia, obejmująca:

1) **Składkę podstawową** – kwotę należną z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, oraz

2) **Składkę ochronną dobrowolną** – kwotę należną z tytułu Ubezpieczeń dodatkowych, która służy pokryciu kosztów ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Towarzystwo z tytułu Ubezpieczeń dodatkowych, o ile Umowa ubezpieczenia obejmuje oprócz Ubezpieczenia podstawowego również Ubezpieczenia dodatkowe.

21. Suma ubezpieczenia na wypadek dożycia – kwota pieniężna w wysokości potwierdzonej w Polisie, należna z tytułu dożycia Ubezpiezonego do końca Okresu ubezpieczenia.

22. Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci – kwota pieniężna w wysokości potwierdzonej w Polisie, wypłacana w przypadku śmierci Ubezpiezonego w Okresie ubezpieczenia.

23. Świadczenie – przewidziana Umową ubezpieczenia kwota pieniężna wypłacana przez Towarzystwo na podstawie OWU lub odpowiednich OWDU, z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

24. Tabela wartości wykupów (Tabela) – dokument dostarczony Ubezpieczającemu przez Towarzystwo przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, zaakceptowany przez Ubezpieczającego i Ubezpiezonego własnoręcznym podpisem i załączony do wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, a następnie potwierdzony przez Towarzystwo w Polisie, w którym przy zaproponowanych przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia parametrach: wysokości Składki regularnej (w tym wysokość Składki podstawowej), długości Okresu ubezpieczenia, wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci, wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek dożycia, podana jest Wartość wykupu na każdą z kolejnych Rocznic ubezpieczenia. W przypadku indeksacji Składki regularnej i sum ubezpieczenia oraz dokonywania przez Ubezpieczającego zmian w Umowie

ubezpieczenia, o których mowa w § 13 OWU albo korzystania przez Ubezpieczającego z prawa do zmiany Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną na umowę bezskładkową z ograniczonym zakresem odpowiedzialności lub z prawa do zawieszenia opłacania Składek regularnych albo w przypadku zmiany Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną na umowę bezskładkową z ograniczonym zakresem odpowiedzialności dokonanej przez Towarzystwo w przypadkach opisanych w OWU – Wartości wykupu zamieszczone w Tabeli ulegają zmianie. Towarzystwo przekazuje Ubezpieczającemu informację o zmianach Wartości wykupu wraz z kolejną wersją Polisy.

25. Ubezpieczenie dodatkowe – dodatkowe ubezpieczenie indywidualne, w którym przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Towarzystwo na podstawie odpowiednich OWDU jest życie lub zdrowie Ubezpiezonego lub Ubezpieczającego.

26. Ubezpieczenie podstawowe – indywidualne ubezpieczenie na życie i dożycie, w którym przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Towarzystwo na podstawie OWU jest życie i zdrowie Ubezpiezonego.

27. Umowa ubezpieczenia – umowa indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie, zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie OWU, której przedmiotem jest Ubezpieczenie podstawowe oraz – o ile Ubezpieczający zwróci się do Towarzystwa o rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa – Ubezpieczenia dodatkowe na podstawie odpowiednich OWDU.

28. Uraz – uszkodzenie tkanek ciała lub narządów Ubezpiezonego wskutek działania Czynnika zewnętrznego.

29. Wartość wykupu – kwota pieniężna obliczona na zasadach wskazanych w § 16 OWU wypłacana przez Towarzystwo w przypadkach określonych w niniejszych OWU.

30. Wiek – różnica pomiędzy danym rokiem kalendarzowym a rokiem urodzenia odpowiednio Ubezpiezonego albo Ubezpieczającego. W przypadku obliczania Wiek Ubezpiezonego na dzień wypełnienia i podpisania wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczonym jest dziecko mające nie więcej niż 1 rok, przez Wiek Ubezpiezonego należy rozumieć liczbę pełnych miesięcy, które upłynęły od dnia urodzin.

31. Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa, którego zajście powoduje powstanie roszczenia o wypłatę Świadczenia.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA I ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Przedmiotem Ubezpieczenia podstawowego jest życie i zdrowie Ubezpiezonego w Okresie ubezpieczenia.

2. Na wniosek Ubezpieczającego – złożony we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia albo w Rocznicę ubezpieczenia we wniosku o zmianę Umowy ubezpieczenia – zakres Ubezpieczenia podstawowego może być rozszerzony, za zgodą Towarzystwa, o Ubezpieczenia dodatkowe na podstawie i na warunkach określonych w odpowiednich OWDU.

3. Zakres Ubezpieczenia podstawowego obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:

- 1) śmierć Ubezpiezonego w Okresie ubezpieczenia,
- 2) dożycie przez Ubezpiezonego do końca Okresu ubezpieczenia,
- 3) wystąpienie u Ubezpiezonego Choroby śmiertelnej w Okresie ubezpieczenia.

4. W przypadku śmierci Ubezpiezonego w Okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 12 OWU, Towarzystwo wypłaci Uposażonym, każdemu w części



ustalanej przez Ubezpieczonego albo osobom wskazanym w § 7 ust. 8 OWU, zgodnie z zasadami określonymi w § 7 ust. 8 OWU, oraz na zasadach określonych w § 21 OWU, Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego potwierdzonej w Polisie i aktualnej na dzień śmierci Ubezpieczonego.

5. W przypadku dożycia przez Ubezpieczonego do końca Okresu ubezpieczenia, Towarzystwo spełnia na rzecz Ubezpieczonego jednorazowe Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek dożycia do końca Okresu ubezpieczenia.

6. W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci, potwierdzonej w Polisie i aktualnej na dzień zdiagnozowania u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej, nie wyższe jednak niż 300 000 PLN (słownie: trzysta tysięcy złotych). Świadczenie to jest należne, o ile w dacie jego wypłaty Ubezpieczony żyje.

7. Świadczenie, o którym mowa w ust. 6 powyżej, jest przedpłatą na poczet Świadczenia należnego z Ubezpieczenia podstawowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego albo dożycia przez Ubezpieczonego do końca Okresu ubezpieczenia, co oznacza, że pomniejsza ono kwotę Świadczenia wypłacanego z tytułu odpowiednio śmierci Ubezpieczonego albo dożycia do końca Okresu ubezpieczenia, a także obniża Wartość wykupu.

§ 4. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się w Dniu początku odpowiedzialności potwierdzonym w Polisie:

1) nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po Dniu zapłaty pierwszej Składki regularnej w wysokości zadeklarowanej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, lub

2) 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 postanowieniami § 6 ust. 14 OWU, w wysokości określonej w doręczonej Polisie.

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

1) w dniu śmierci Ubezpieczonego,

2) w ostatnim dniu okresu, za który zapłacono Składkę regularną w pełnej wysokości należnej za dany okres, w sytuacji określonej w § 10 ust. 2 pkt 2) OWU,

3) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, w przypadku dożycia Ubezpieczonego do końca Okresu ubezpieczenia.

3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczeń dodatkowych wygasa w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia, nie później jednak niż we wcześniejszym z dni:

1) w dniu śmierci Ubezpieczonego,

2) w dniu zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności,

3) w pierwszym dniu okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych,

4) w dniu rozwiązania lub wygaśnięcia Ubezpieczenia dodatkowego, zgodnie z postanowieniami odpowiednich OWU.

§ 5. OCHRONA TYMCZASOWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ochrony tymczasowej polega na obowiązku wypłaty Uposażonym, każdemu w części ustalonej przez Ubezpieczonego albo osobom wskazanym w § 7 ust. 8 OWU, zgodnie z zasadami określonymi w § 7 ust. 8 OWU oraz na zasadach określonych w § 21 OWU, Świadczenia w wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci zaproponowanej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, nie wyższego jednak niż 100 000 PLN (słownie: sto tysięcy złotych), w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie Niez szczęśliwego wypadku w okresie trwania ochrony tymczasowej. Warunkiem wypłaty Świadczenia jest zajęcie Niez szczęśliwego wypadku będącego przyczyną śmierci Ubezpieczonego w okresie ochrony tymczasowej oraz istnienie bezpośredniego związku przyczynowego pomiędzy śmiercią Ubezpieczonego a Niez szczęśliwym wypadkiem.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ochrony tymczasowej rozpoczyna się od dnia następnego po dniu, w którym łącznie zostały spełnione następujące warunki:

1) do Siedziby Towarzystwa wpłynął prawidłowo wypełniony i podpisany wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia na podstawie OWU,

2) została zapłacona pierwsza Składka regularna w wysokości zadeklarowanej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia,

3) nie rozpoczął się jeszcze Okres ubezpieczenia.

3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ochrony tymczasowej kończy się we wcześniejszym z dni:

1) w dniu poprzedzającym Dzień początku odpowiedzialności,

2) w dniu podjęcia przez Towarzystwo decyzji o odmowie zawarcia Umowy ubezpieczenia,

3) w dniu doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o wycofaniu wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub odmowie zawarcia Umowy ubezpieczenia,

4) w dniu zgłoszenia sprzeciwu, o którym mowa w § 6 ust. 14 OWU,

5) w dniu śmierci Ubezpieczonego przed Dniem początku odpowiedzialności,

6) w 90-tym dniu, licząc od dnia zapłaty pierwszej Składki regularnej.

4. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie Niez szczęśliwego wypadku w okresie trwania ochrony tymczasowej, Towarzystwo oprócz spełnienia Świadczenia, o którym mowa w ust. 1 powyżej, zobowiązane jest zwrócić Ubezpieczającemu opłaconą Składkę regularną.

§ 6. ZASADY ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony nie krótszy niż 5 lat i nie dłuższy niż do Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony kończy 67 rok życia.

2. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie poprawnie, kompletnie wypełnionego i podpisanego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia na formularzu Towarzystwa. Podpisy umieszczone na wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia stanowią wzorce podpisów. We wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający wskazuje:

1) długość Okresu ubezpieczenia,

2) wysokość Składki regularnej,

3) wysokość Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci i wysokość Sumy ubezpieczenia na wypadek dożycia, przy czym sumy te muszą być sobie równe,

4) zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Ubezpieczeń dodatkowych, o ile Ubezpieczający wnioskuje o rozszerzenie zakresu ochrony



ubezpieczeniowej z tytułu Ubezpieczenia podstawowego o wybrane przez siebie Ubezpieczenia dodatkowe,

5. Dzień początku odpowiedzialności, który powinien być zawsze pierwszym dniem miesiąca kalendarzowego, nie może być wcześniejszy niż dzień doręczenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia do Siedziby Towarzystwa oraz nie może być wcześniejszy niż dzień zapłaty pierwszej Składki regularnej.

3. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, Ubezpieczający przed podpisaniem wniosku wskazanego w ust. 2 powyżej przez Ubezpieczonego zobowiązany jest doręczyć Ubezpieczonemu otrzymane od Towarzystwa OWU oraz OWDU, na podstawie których zawierana jest Umowa ubezpieczenia.

4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zwrócenia się do:

1) Ubezpieczającego o podanie informacji dotyczących jego danych finansowych oraz, jeżeli przedmiotem wybranego przez Ubezpieczającego Ubezpieczenia dodatkowego jest jego życie lub zdrowie: informacji o jego stanie zdrowia, wykonywanym zawodzie, hobby, sposobie spędzania wolnego czasu,

2) Ubezpieczonego o podanie dodatkowych informacji o stanie zdrowia, wykonywanym zawodzie, hobby, sposobie spędzania wolnego czasu oraz jego danych finansowych.

5. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są 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.

6. Towarzystwo ponosi ograniczoną odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia podstawowego na zasadach określonych w ust. 8 poniżej i nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczeń dodatkowych – za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 2 i ust. 4 – 5 powyżej nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia ust. 2 i ust. 4 – 5 powyżej doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

7. Jeżeli do Zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie trzech lat od zawarcia odpowiednio Ubezpieczenia podstawowego lub Ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu odpowiednio Ubezpieczenia podstawowego lub Ubezpieczenia dodatkowego podano wiadomości nieprawdziwe, a w szczególności zatajona została choroba Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego, w przypadku, gdy zakres ochrony ubezpieczeniowej został decyzją Ubezpieczającego rozszerzony o Ubezpieczenia dodatkowe, których przedmiotem jest życie lub zdrowie Ubezpieczającego.

8. W sytuacji ponoszenia przez Towarzystwo ograniczonej odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, o której mowa w ust. 6 powyżej oraz w okresie poprzedzającym okres, o którym mowa w ust. 7 powyżej, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego ograniczona jest do wypłaty Wartości wykupu obliczonego na zasadach określonych w § 16 OWU, a w przypadku Ubezpieczeń dodatkowych Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności.

9. Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego, w przypadku, gdy zakres ochrony ubezpieczeniowej został decyzją

Ubezpieczającego rozszerzony o Ubezpieczenia dodatkowe, których przedmiotem jest życie lub zdrowie Ubezpieczającego, na badania medyczne przeprowadzane przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub we wskazanej placówce medycznej. Koszty zleconych badań pokrywa Towarzystwo.

10. Każda ze stron Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający i Towarzystwo, może odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia.

11. 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.

12. 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.

13. Po łącznym spełnieniu następujących warunków:

1) akceptacji przez Towarzystwo ryzyka ubezpieczeniowego, która odbywa się w oparciu o: analizę złożonego przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, analizę informacji podanych zgodnie z ust. 4 – 5 powyżej oraz, o ile były zlecone, analizę wyników badań medycznych,

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.

14. 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.

15. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z datą wystawienia przez Towarzystwo Polisy, z zastrzeżeniem ust. 16 poniżej.

16. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 14 powyżej, Umowa ubezpieczenia dojdzie do skutku zgodnie z treścią Polisy w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego na złożenie sprzeciwu.

17. W przypadku zgłoszenia sprzeciwu, o którym mowa w ust. 14 powyżej, Umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta i Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu zapłaconą Składkę regularną w terminie 30 dni od dnia otrzymania sprzeciwu.

18. Towarzystwo zobowiązane jest do podjęcia decyzji w sprawie akceptacji wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia nie później niż w ciągu 90 dni od dnia złożenia w Siedzibie Towarzystwa kompletnie i poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

§ 7. ZASADY WSKAZYWANIA UPOSAŻONYCH

1. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie wskazać jednego lub więcej Uposażonych na wypadek swojej śmierci, a także odwołać



lub zmienić wskazanie Uposażonego.

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

3. 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 wyznaczone są przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego.

4. Ubezpieczony może wyrazić zgodę na wykonywanie przez Ubezpieczającego uprawnień, o których mowa w ust. 1 – 3 powyżej.

5. Oświadczenie Ubezpieczonego o wskazaniu, odwołaniu lub zmianie wskazania Uposażonego albo wyrażenie zgody na wykonywanie przez Ubezpieczającego uprawnień, o których mowa w ust. 1 – 3 powyżej wywołuje skutki prawne z chwilą doręczenia pisemnego 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 któregokolwiek 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 pierwszeństwa:

- 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 kwota Świadczenia jest dzielona na równe części dla każdej z tych osób.

§ 8. WYSOKOŚĆ SUM UBEZPIECZENIA, SKŁADKI REGULARNEJ I WARTOŚCI WYKUPU

1. Ubezpieczający proponuje we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia wysokość Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci oraz wysokość Sumy ubezpieczenia na wypadek dożycia do końca Okresu ubezpieczenia. Przy czym przyjmuje się, iż wskazane w zdaniu pierwszym sumy ubezpieczenia są sobie równe.

2. Wysokość Składki podstawowej, będącej częścią Składki regularnej, ustalana jest na podstawie taryfy obowiązującej w Towarzystwie w dniu wypełnienia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, w zależności od:

- 1) długości Okresu ubezpieczenia,
- 2) Wiekowi Ubezpieczonego w Dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa,
- 3) częstotliwości opłacania Składek regularnych,

4) wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci,

5) wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek dożycia do końca Okresu ubezpieczenia,

6) wyników oceny ryzyka ubezpieczeniowego przeprowadzonej przez Towarzystwo.

3. Długość Okresu ubezpieczenia, wysokość Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci, wysokość Sumy ubezpieczenia na wypadek dożycia do końca Okresu ubezpieczenia, wysokość i częstotliwość opłacania należnej Składki regularnej, w tym Składki podstawowej, potwierdza Polisa.

4. Wartości wykupu ubezpieczenia na każdą z Rocznic ubezpieczenia przypadających w Okresie ubezpieczenia, Towarzystwo potwierdza w Tabeli wartości wykupów stanowiącej integralną część Polisy.

5. Towarzystwo w każdym Roku ubezpieczenia informuje Ubezpieczającego na piśmie, lub jeżeli Ubezpieczający wyraził na to zgodę, na innym trwałym nośniku lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej, o Wartości wykupu ubezpieczenia.

6. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać informację wskazaną w ust. 5 powyżej Ubezpieczonemu na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 3 dni od dnia jej otrzymania od Towarzystwa.

§ 9. ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI REGULARNEJ

1. W Okresie ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do terminowego i prawidłowego opłacania Składek regularnych, w wysokości potwierdzonej w Polisie, z góry, zgodnie z potwierdzoną w Polisie częstotliwością, najpóźniej w Dniu wymagalności Składki regularnej.

2. Ubezpieczający może zaproponować zmianę częstotliwości opłacania Składki regularnej w trybie, o którym mowa w § 26 OWU, w każdą Rocznicę ubezpieczenia, jeżeli opłacił wszystkie Składki regularne należne za okres poprzedzający Rocznicę ubezpieczenia, w której zaproponował wprowadzenie tej zmiany.

3. Towarzystwo wskazuje Ubezpieczającemu w dokumentach załączonych do Polisy numer rachunku bankowego, na który Ubezpieczający jest zobowiązany dokonywać wpłat kolejnych należnych Składek regularnych. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty kolejnych Składek regularnych z góry, najpóźniej w pierwszym dniu okresu, za który należna jest dana Składka regularna.

4. 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 § 6 ust. 14 OWU, musi zostać zapłacona przez Ubezpieczającego przed Dniem początku odpowiedzialności Towarzystwa, na numer rachunku bankowego wskazany w tymże wniosku.

5. Dniem zapłaty Składki regularnej jest dzień, w którym kwota Składki regularnej została uznana na rachunku bankowym Towarzystwa w pełnej wysokości należnej za dany okres.

6. Ustanie odpowiedzialności Towarzystwa w Okresie ubezpieczenia 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.



§ 10. SKUTKI NIEZAPŁACENIA SKŁADKI REGULARNEJ

1. W razie niezapłacenia przez Ubezpieczającego 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:

1) zostaje zmieniona, z pierwszym dniem miesiąca następującego po okresie, za który zapłacono Składkę regularną w pełnej wysokości należnej za dany okres, na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności – jeżeli Wartość wykupu obliczona na dzień następny po zakończeniu ostatniego okresu, za który została zapłacona Składka regularna w pełnej wysokości, wynosi nie mniej niż wymagane minimum dla Wartości wykupu, o którym mowa w § 4 ust. 1 Regulaminu; zasady zmiany Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności określa § 17 OWU, albo

2) ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem okresu, za który zapłacona została Składka regularna w pełnej wysokości należnej za dany okres a Towarzystwo wypłaca Ubezpieczającemu Wartość wykupu, obliczoną zgodnie z zasadami określonymi w § 16 OWU – jeżeli Wartość wykupu obliczona na dzień następny po zakończeniu ostatniego okresu, za który została zapłacona Składka regularna w pełnej wysokości, wynosi mniej niż wymagane minimum dla Wartości wykupu, o którym mowa w § 4 ust. 1 Regulaminu.

§ 11. ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADEK REGULARNYCH

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo zawieszenia opłacania Składek regularnych na okres od 3 do 12 miesięcy.

2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawieszenie opłacania Składek regularnych, nie wcześniej niż w 3 Rocznicę ubezpieczenia, o ile opłacił w pełnej wysokości wszystkie Składki regularne należne za pierwsze 3 Lata ubezpieczenia.

3. Jeżeli w danej Umowie ubezpieczenia nastąpiło zawieszenie opłacania Składek regularnych, to kolejny okres zawieszenia opłacania Składek regularnych może rozpocząć się w przypadku łącznego spełnienia następujących warunków:

1) kolejny okres zawieszenia opłacania Składek regularnych rozpocznie się nie wcześniej niż po upływie 5 lat, licząc od ostatniego dnia poprzedniego okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych,

2) należne Składki regularne w okresie 5 lat, licząc od ostatniego dnia poprzedniego okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych do dnia rozpoczęcia kolejnego okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych, zostały opłacone w pełnej wysokości.

4. W okresie zawieszenia opłacania Składek regularnych:

1) Składka regularna nie jest należna,

2) wyłączona jest odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczeń dodatkowych, o ile znajdowały się one w zakresie ochrony ubezpieczeniowej.

5. Zawieszenie opłacania Składek regularnych i jego warunki, w szczególności wysokość Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci i Sumy ubezpieczenia na wypadek dożycia oraz Tabela wartości wykupów, muszą być uzgodnione pisemnie z Towarzystwem.

6. Po zakończeniu okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych:

1) Składka regularna staje się należna w wysokości jak przed okresem

zawieszenia opłacania Składek regularnych,

2) zostaje przywrócona odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczeń dodatkowych, o ile znajdowały się one w zakresie ochrony ubezpieczeniowej przed rozpoczęciem okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych.

7. Zapłata Składki regularnej za okres zawieszenia opłacania Składek regularnych nie jest wymagana. Jednakże w konsekwencji braku opłacania Składki regularnej, przez umówiony między Ubezpieczającym a Towarzystwem okres, zmianie (obniżeniu) ulegają Wartości wykupu na każdą z kolejnych Rocznic ubezpieczenia następujących po okresie zawieszenia opłacania Składek regularnych.

8. W celu potwierdzenia ustaleń, o których mowa w niniejszym paragrafie, Towarzystwo wystawia nową wersję Polisy.

§ 12. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Uposażonym, każdemu w części ustalonej przez Ubezpieczonego albo osobom wskazanym w § 7 ust. 8 OWU, zgodnie z zasadami określonymi w § 7 ust. 8 OWU, oraz na zasadach określonych w § 21 OWU, Świadczenia w wysokości Wartości wykupu obliczanej na zasadach określonych w § 16 OWU, jeżeli śmierć Ubezpieczonego zaszła w następstwie lub spowodowana została lub nastąpiła na skutek:

1) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, Aktów terroryzmu lub czynnego udziału Ubezpieczonego w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, a także masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego bądź katastrofy nuklearnej,

2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,

3) samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego w okresie 2 lat od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, niezależnie od stopnia poczytalności Ubezpieczonego.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w okresie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w § 5 OWU, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek zaistniał przed dniem, w którym łącznie zostały spełnione warunki, o których mowa w § 5 ust. 2 OWU lub zaszedł w następstwie lub spowodowany został, lub nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wskazanych w ust. 1 pkt 1) – 3) powyżej, lub zaszedł w następstwie bądź nastąpił w związku z:

1) samookaleczeniem, okaleczeniem Ubezpieczonego na jego własną prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,

2) zatruciem Ubezpieczonego spowodowanym spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza,

3) zawodowym, amatorskim i rekreacyjnym uprawianiem przez Ubezpieczonego sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumping, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhill, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,

4) Pozostawianiem przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami



lekarza, środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanych dalej łącznie środkami odurzającymi), chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy Ubezpieczony odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego – śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, chyba że Pozostawanie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego – śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,

5) wypadkiem lotniczym, z wyjątkiem lotu Ubezpieczonego w charakterze pasażera lub pilota licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej, jeżeli:

1) Choroba śmiertelna Ubezpieczonego powstała w następstwie lub jej wystąpienie pozostaje w bezpośrednim związku z Chorobą, która została zdiagnozowana lub była leczona przed Dniem początku odpowiedzialności,

2) Choroba śmiertelna Ubezpieczonego powstała w następstwie lub jej wystąpienie pozostaje w bezpośrednim związku ze zdiagnozowaniem u Ubezpieczonego zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS) lub zarażeniem się przez Ubezpieczonego wirusem HIV, niezależnie od tego czy diagnoza została postawiona lub zakażenie nastąpiło przed albo po Dniu początku odpowiedzialności.

§ 13. ZMIANY ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA, WYSOKOŚCI SKŁADKI REGULARNEJ

I SUM UBEZPIECZENIA

1. Każda ze stron Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający lub Towarzystwo może zaproponować w Okresie ubezpieczenia zmianę zakresu odpowiedzialności Towarzystwa w trybie, o którym mowa w § 26 OWU. Zmiana zakresu odpowiedzialności Towarzystwa polegająca na:

1) dodaniu do zakresu ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczeń dodatkowych, może być dokonana w każdą Rocznicę ubezpieczenia i skutkuje:

a) rozszerzeniem zakresu ochrony ubezpieczeniowej o zakres ryzyk znajdujących się w dodanym Ubezpieczeniu dodatkowym,

b) zwiększeniem wysokości Składki ochronnej dobrowolnej (będącej częścią Składki regularnej), o składkę za dodane Ubezpieczenie dodatkowe, z datą obowiązywania od Rocznicę ubezpieczenia, na którą dokonano rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej,

2) usunięciu z zakresu ochrony ubezpieczeniowej określonych Ubezpieczeń dodatkowych, może być dokonana w dowolnym momencie Okresu ubezpieczenia i skutkuje:

a) zmniejszeniem zakresu ochrony ubezpieczeniowej o zakres ryzyk znajdujących się w usuniętym Ubezpieczeniu dodatkowym,

b) zmniejszeniem wysokości Składki ochronnej dobrowolnej (będącej częścią Składki regularnej), o składkę za usunięte Ubezpieczenie dodatkowe, z datą obowiązywania od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym dokonane zostało zmniejszenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej.

2. Ubezpieczający może zaproponować podwyższenie wysokości Składki regularnej w każdą Rocznicę ubezpieczenia, w trybie, o którym

mowa w § 26 OWU. Podwyższenie wysokości Składki regularnej:

1) w odniesieniu do części Składki regularnej będącej Składką podstawową skutkuje:

a) podwyższeniem Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci, której nową wysokość wylicza się z uwzględnieniem podwyższonej Składki podstawowej i taryfy składek, która zależna jest od Wiek Ubezpieczonego w Rocznicę ubezpieczenia, na którą dokonywane jest podwyższenie wysokości Składki regularnej, częstotliwości opłacania Składki regularnej oraz okresu jaki pozostał do końca Okresu ubezpieczenia,

b) podwyższeniem Sumy ubezpieczenia na wypadek dożycia do końca Okresu ubezpieczenia, której nowa wysokość równa jest podwyższonej Sumie ubezpieczenia na wypadek śmierci,

c) podwyższeniem Wartości wykupów dla kolejnych Rocznic ubezpieczenia wskazanych w Tabeli wartości wykupów, których nową wartość wylicza się z uwzględnieniem podwyższonej wysokości Składki podstawowej obowiązującej od Rocznicę ubezpieczenia, na którą dokonywane jest podwyższenie wysokości Składki regularnej,

2) w odniesieniu do części Składki regularnej będącej Składką ochronną dobrowolną skutkuje podwyższeniem sum ubezpieczenia Ubezpieczeń dodatkowych, których nową wysokość wylicza się z uwzględnieniem podwyższonej Składki ochronnej dobrowolnej i taryfy składek, która zależna jest od Wiek Ubezpieczonego albo Ubezpieczającego, jeżeli to jego życie lub zdrowie jest przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego, w Rocznicę ubezpieczenia, na którą dokonywane jest podwyższenie wysokości Składki regularnej, częstotliwości opłacania Składki regularnej oraz okresu jaki pozostał do końca Okresu ubezpieczenia dodatkowego, zgodnie z postanowieniami odpowiednich OWU.

3. Ubezpieczający począwszy od 3 Rocznic ubezpieczenia oraz na każdą z kolejnych Rocznic ubezpieczenia może zaproponować obniżenie wysokości Składki regularnej w trybie, o którym mowa w § 26 OWU. Obniżenie wysokości Składki regularnej:

1) w odniesieniu do części Składki regularnej będącej Składką podstawową skutkuje:

a) obniżeniem Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci, której nową wysokość wylicza się z uwzględnieniem obniżonej Składki podstawowej i taryfy składek, która zależna jest od Wiek Ubezpieczonego w Rocznicę ubezpieczenia, na którą dokonywane jest obniżenie wysokości Składki regularnej, częstotliwości opłacania Składki regularnej oraz okresu jaki pozostał do końca Okresu ubezpieczenia,

b) obniżeniem Sumy ubezpieczenia na wypadek dożycia do końca Okresu ubezpieczenia, której nowa wysokość równa jest obniżonej Sumie ubezpieczenia na wypadek śmierci,

c) obniżeniem Wartości wykupów dla kolejnych Rocznic ubezpieczenia wskazanych w Tabeli wartości wykupów, których nową wartość wylicza się z uwzględnieniem obniżonej wysokości Składki podstawowej obowiązującej od Rocznicę ubezpieczenia, na którą dokonywane jest obniżenie wysokości Składki regularnej,

2) w odniesieniu do części Składki regularnej będącej Składką ochronną dobrowolną skutkuje:

a) obniżeniem Sum ubezpieczenia w znajdujących się w zakresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczeń dodatkowych, których nową wysokość wylicza się z uwzględnieniem obniżonej Składki ochronnej dobrowolnej i taryfy składek, która zależna jest od Wiek Ubezpieczonego albo Ubezpieczającego, jeżeli to jego życie lub zdrowie jest przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego, w Rocznicę ubezpieczenia, na którą dokonywane jest obniżenie wysokości Składki regularnej, częstotliwości opłacania Składki regularnej oraz okresu jaki



pozostał do końca Okresu ubezpieczenia dodatkowego, zgodnie z postanowieniami odpowiednich OWDU.

4. Towarzystwo uzależni wyrażenie zgody na dokonanie zmian, o których mowa w ust. 1 pkt 1) powyżej oraz w ust. 2 powyżej, od wyników ponownej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w ramach której Towarzystwo zwróci się do:

1) Ubezpieczonego o podanie dodatkowych informacji o: stanie zdrowia, wykonywanym zawodzie, hobby, sposobie spędzania wolnego czasu oraz jego danych finansowych,

2) Ubezpieczającego o podanie informacji dotyczących jego danych finansowych, a w przypadku, gdy zakres ochrony ubezpieczeniowej został decyzją Ubezpieczającego rozszerzony o Ubezpieczenia dodatkowe, których przedmiotem jest życie lub zdrowie Ubezpieczającego, o podanie dodatkowych informacji o: stanie zdrowia, wykonywanym zawodzie, hobby, sposobie spędzania wolnego czasu.

Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego na badania medyczne przeprowadzane przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub we wskazanej placówce medycznej. Koszty zleconych badań medycznych pokrywa Towarzystwo.

5. Ubezpieczający w każdą Rocznicę ubezpieczenia może zaproponować podwyższenie Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci i Sumy ubezpieczenia na wypadek dożycia w trybie, o którym mowa § 26 OWU, przy czym:

1) Towarzystwo, z zastrzeżeniem pkt 2) poniżej, uzależni wyrażenie zgody na podwyższenie Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci i Sumy ubezpieczenia na wypadek dożycia od wyników ponownej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w ramach której Towarzystwo zwróci się do: Ubezpieczającego o podanie informacji dotyczących jego danych finansowych; Ubezpieczonego o podanie dodatkowych informacji o stanie zdrowia, wykonywanym zawodzie, hobby, sposobie spędzania wolnego czasu.

Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego na badania medyczne przeprowadzane przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub we wskazanej placówce medycznej. Koszty zleconych badań medycznych pokrywa Towarzystwo.

2) Towarzystwo odstąpi od konieczności poddania się przez Ubezpieczonego ponownej ocenie ryzyka ubezpieczeniowego, o której mowa w pkt 1) powyżej, w przypadku zaistnienia w życiu Ubezpieczonego w danym Roku ubezpieczenia, co najmniej jednego z następujących zdarzeń:

a) zawarcie przez Ubezpieczonego związku małżeńskiego – przy czym Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci i Suma ubezpieczenia na wypadek dożycia mogą być w tym przypadku podwyższone maksymalnie o 25% Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci obowiązującej przed złożeniem wniosku o jej podwyższenie,

b) urodzenie się Ubezpieczonemu dziecka lub przysposobienie przez Ubezpieczonego dziecka – przy czym Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci i Suma ubezpieczenia na wypadek dożycia mogą być w tym przypadku podwyższone maksymalnie o 10% Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci obowiązującej przed złożeniem wniosku o jej podwyższenie, dla każdego przypadku urodzenia lub przysposobienia dziecka.

6. Zmiana, o której mowa w ust. 5 powyżej, oprócz podwyższenia wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci i Sumy ubezpieczenia na wypadek dożycia skutkuje:

1) podwyższeniem wysokości części Składki regularnej będącej Składką podstawową, której nową wysokość ustala się na podstawie taryfy z uwzględnieniem: aktualnego WiekU Ubezpieczonego, nowej

wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci i nowej wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek dożycia, częstotliwości opłacania Składki regularnej oraz okresu, jaki pozostał do końca Okresu ubezpieczenia,

2) podwyższeniem Wartości wykupów dla kolejnych Rocznic ubezpieczenia wskazanych w Tabeli wartości wykupów, których nową wartość wylicza się z uwzględnieniem podwyższonej wysokości części Składki regularnej będącej Składką podstawową obowiązującej od Rocznicy ubezpieczenia, na którą dokonywane jest podwyższenie wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci i Sumy ubezpieczenia na wypadek dożycia.

7. Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie (indeksację) Składki regularnej i sum ubezpieczenia na zasadach, o których mowa w § 14 OWU.

8. Każda ze stron Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający lub Towarzystwo, może odmówić zgody na dokonanie zmian, o których mowa w niniejszym paragrafie.

9. Towarzystwo potwierdza dokonanie każdej ze zmian poprzez wystawienie nowej wersji Polisy.

10. Towarzystwo informuje Ubezpieczającego na piśmie, lub jeżeli Ubezpieczający wyraził na to zgodę, na innym trwałym nośniku lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej, każdorazowo o: zmianie wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci, zmianie wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek dożycia do końca Okresu ubezpieczenia oraz zmianie Wartości wykupów.

11. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać informacje wskazane w ust. 10 powyżej Ubezpieczonemu na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku niezwłocznie, nie później niż w terminie 3 dni od chwili otrzymania od Towarzystwa.

§ 14. INDEKSACJA SKŁADKI REGULARNEJ I SUM UBEZPIECZENIA

1. W każdą Rocznicę ubezpieczenia Towarzystwo dokonuje podwyższenia wysokości Składki regularnej o wskaźnik indeksacji określony przez Towarzystwo w trybie, o którym mowa w ust. 2 poniżej.

2. Wskaźnik indeksacji określany jest przez Towarzystwo i zatwierdzany w drodze uchwały Zarządu Towarzystwa, najpóźniej do dnia 30 kwietnia każdego roku kalendarzowego i ma zastosowanie do wszystkich Umów ubezpieczenia, dla których Rocznicą ubezpieczenia przypada w okresie od dnia 1 maja tego roku kalendarzowego do dnia 1 kwietnia w następnym roku kalendarzowym.

3. Podstawę wyznaczania wskaźnika indeksacji, o którym mowa w ust. 2 powyżej, stanowi dwukrotność skumulowanego 12-miesięcznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych, obliczonego na podstawie ogłaszanych przez Główny Urząd Statystyczny na stronie internetowej <http://stat.gov.pl>, miesięcznych wskaźników cen towarów i usług konsumpcyjnych na koniec poprzedniego roku kalendarzowego.

4. O ile wskaźnik indeksacji, wyznaczony z zastosowaniem postanowień ust. 2 – 3 powyżej, jest większy od zera, Towarzystwo w trybie, o którym mowa w § 26 OWU, informuje Ubezpieczającego o podwyższeniu wysokości Składki regularnej o wskaźnik indeksacji określony przez Towarzystwo, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu.

5. Ubezpieczającemu w odpowiedzi na nadesłaną przez Towarzystwo informację o podwyższeniu wysokości Składki regularnej, przysługuje



prawo do zgłoszenia sprzeciwu, przy czym jeżeli Ubezpieczający jest osobą inną niż Ubezpieczony i Ubezpieczony finansował koszt Składki regularnej, to sprzeciw Ubezpieczającego wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego doręczonej Towarzystwu wraz ze sprzeciwem Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 4 powyżej. Zgłoszenie sprzeciwu oznacza brak zgody na indeksację i zachowanie wysokości Składki regularnej oraz sum ubezpieczenia w dotychczasowej wysokości.

6. Jeżeli Ubezpieczający nie skorzysta z prawa zgłoszenia sprzeciwu, o którym mowa w ust. 5 powyżej, Składka regularna zostaje podwyższona, co wywołuje analogiczne skutki jak opisano w § 13 ust. 2 pkt 1) – 2) OWU.

7. Podwyższenie wysokości sum ubezpieczenia jest dokonywane w następujący sposób: kwota odpowiadająca wysokości kwoty przeznaczonej na pokrycie kosztu ryzyka z tytułu danego Zdarzenia ubezpieczeniowego jest mnożona przez wskaźnik indeksacji. Otrzymana w ten sposób kwota zamieniana jest na kwotę podwyższającą sumę ubezpieczenia należną z tytułu danego Zdarzenia ubezpieczeniowego według taryfy dla aktualnego Wiek Ubezpieczonego, w zależności od zakresu ochrony z tytułu Umowy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania Składki regularnej oraz okresu jaki pozostał do końca Okresu ubezpieczenia (do końca Okresu ubezpieczenia dodatkowego).

8. Towarzystwo informuje Ubezpieczającego na piśmie, lub jeżeli Ubezpieczający wyraził na to zgodę, na innym trwałym nośniku lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej, każdorazowo o: zmianie wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci, zmianie wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek dożycia do końca Okresu ubezpieczenia oraz zmianie Wartości wykupów.

9. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać informację wskazaną w ust. 8 powyżej Ubezpieczonemu na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku niezwłocznie po jej przekazaniu przez Towarzystwo.

§ 15. UDZIAŁ W ZYSKU Z LOKAT AKTYWÓW STANOWIĄCYCH POKRYCIE REZERWY UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE

1. Ubezpieczający i Ubezpieczony nabywają prawo do udziału w zysku począwszy od 3 Roku ubezpieczenia.

2. Z zachowaniem postanowień ust. 1 powyżej, udział w zysku z lokat aktywów stanowiących pokrycie rezerwy ubezpieczeń na życie za dany Rok ubezpieczenia jest należny, o ile spełnione zostaną łącznie następujące warunki:

1) w danym Roku ubezpieczenia należna Składka regularna została opłacona w wymaganej wysokości i Ubezpieczający nie korzystał w danym Roku ubezpieczenia z prawa do zawieszenia opłacania Składek regularnych,

2) w danym Roku ubezpieczenia Umowa ubezpieczenia nie została rozwiązana.

3. Udział w zysku z lokat aktywów stanowiących pokrycie rezerwy ubezpieczeń na życie jest przyznawany w Rocznice ubezpieczenia za poprzedni Rok ubezpieczenia, o ile jest należny. W przypadku spełnienia warunków, o których mowa w ust. 2 powyżej, udział w zysku z lokat aktywów stanowiących pokrycie rezerwy ubezpieczeń na życie zostanie przyznany po raz pierwszy w 3 Rocznice ubezpieczenia.

4. Zasady naliczania i wypłaty udziału w zysku z lokat aktywów stanowiących pokrycie rezerwy ubezpieczeń na życie określone są w § 3 Regulaminu.

5. Towarzystwo informuje Ubezpieczającego na piśmie, lub jeżeli Ubezpieczający wyraził na to zgodę, na innym trwałym nośniku lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej, corocznie o przyznanym udziale w zysku.

6. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać informację wskazaną w ust. 5 powyżej Ubezpieczonemu na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku niezwłocznie, nie później niż w terminie 3 dni od dnia otrzymania od Towarzystwa.

§ 16. WYKUP UBEZPIECZENIA

1. Z zachowaniem postanowień ust. 9 poniżej, Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wykupu ubezpieczenia po upływie okresu przysługującego mu na odstąpienie od Umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że nie skorzystał on z prawa do odstąpienia.

2. Do wniosku o wykup ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany 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,

2) numer rachunku bankowego, na który Towarzystwo dokona wypłaty kwoty wykupu ubezpieczenia, o ile wypłata ma być dokonana na rachunek bankowy.

3. Towarzystwo oblicza Wartość wykupu na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym do Siedziby Towarzystwa wpłynął prawidłowo wypełniony i podpisany wniosek o wykup ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że w przypadku nie opłacenia wszystkich należnych Składek regularnych w okresie poprzedzającym dzień złożenia wniosku o wykup ubezpieczenia, Wartość wykupu obliczana jest na ostatni dzień okresu za który Ubezpieczający opłacił należną Składkę regularną w pełnej wysokości.

4. Towarzystwo dokonuje wykupu ubezpieczenia bez wniosku Ubezpieczającego w następujących przypadkach określonych w OWU:

1) w sytuacji, o której mowa w § 10 ust. 2 pkt 2) OWU – przy czym Wartość wykupu obliczana jest na ostatni dzień okresu, za który zapłacona została należna Składka regularna w pełnej wysokości za dany okres,

2) § 12 ust. 1 OWU – przy czym Wartość wykupu obliczana jest zgodnie z postanowieniami ust. 3 powyżej.

5. Towarzystwo w każdym Roku ubezpieczenia informuje Ubezpieczającego na piśmie, lub jeżeli Ubezpieczający wyraził na to zgodę, na innym trwałym nośniku lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej, o Wartościach wykupu na kolejne Rocznicie ubezpieczenia.

6. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać informację wskazaną w ust. 5 powyżej Ubezpieczonemu na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku niezwłocznie, nie później niż w terminie 3 dni od dnia otrzymania od Towarzystwa.

7. Wartość wykupu, w przypadku wykupu ubezpieczenia przypadającego:

1) w Rocznice ubezpieczenia – jest zgodna z Wartością wykupu wskazaną w Tabeli wartości wykupów dla tej Rocznicy ubezpieczenia,

2) pomiędzy Rocznicami ubezpieczenia – stanowi sumę kwot:

a) Wartości wykupu wskazanej w Tabeli wartości wykupów na Rocznice ubezpieczenia, przypadającą bezpośrednio przed dniem, na który dokonywany jest wykup ubezpieczenia, oraz

b) kwoty, która powstaje w wyniku pomnożenia:

i) ilorazu liczby miesięcy, które upłynęły od Rocznicy ubezpieczenia



bezpośrednio poprzedzającej dzień wykupu ubezpieczenia i liczby 12, z zastrzeżeniem, iż do obliczeń przyjmowane są wyłącznie te miesiące, za które Ubezpieczający opłacił należną Składkę regularną, przez

ii) różnicę pomiędzy: Wartością wykupu wskazaną w Tabeli wartości wykupów na Rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po dniu wykupu ubezpieczenia a Wartością wykupu wskazaną w Tabeli wartości wykupu na Rocznicę ubezpieczenia poprzedzającą bezpośrednio dzień wykupów ubezpieczenia.

8. W przypadku doręczenia do Siedziby Towarzystwa wniosku o wykup ubezpieczenia po doręczeniu do Siedziby Towarzystwa wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci albo w przypadku, gdy obydwa wnioski doręczone zostaną do Siedziby Towarzystwa w tym samym dniu, rozpatrzony zostanie jedynie wniosek o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci.

9. Prawo do wykupu może być przedmiotem cesji na rzecz osoby trzeciej. Umowa cesji prawa do wykupu musi uwzględniać postanowienia zawarte w OWU i potwierdzone w Polisie, a w szczególności postanowienia niniejszego paragrafu.

§ 17. UMOWA UBEZPIECZENIA BEZSKŁADKOWEGO Z OGRANICZONYM ZAKRESEM ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do zmiany Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności nie wcześniej niż w 2 Rocznicę ubezpieczenia pod warunkiem łącznego spełnienia warunków wskazanych w ust. 2 poniżej.

2. Umowa ubezpieczenia zostanie zmieniona na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności po łącznym spełnieniu następujących warunków:

1) do Siedziby Towarzystwa wpłynął pisemny wniosek Ubezpieczającego o dokonanie zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności, przy czym jeżeli Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, to w składanym wniosku musi być zawarta zgoda Ubezpiezonego na zmianę Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności,

2) wszystkie Składki regularne należne za pierwsze 2 Lata ubezpieczenia zostały opłacone w pełnej wysokości,

3) Wartość wykupu wynosi nie mniej niż minimalna Wartość wykupu wymagana przy zmianie Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności, według wskazania w § 4 ust. 1 Regulaminu.

3. Umowa ubezpieczenia zostaje zmieniona przez Towarzystwo na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności bez wniosku Ubezpieczającego i bez zgody Ubezpiezonego, o której mowa w ust. 2 pkt 1) powyżej oraz z pominięciem ograniczenia czasowego wskazanego w ust. 1 powyżej, jeżeli Ubezpieczający nie zapłaci Składki regularnej w pełnej wysokości należnej za dany okres, w terminie dodatkowym wyznaczonym przez Towarzystwo w pisemnym wezwaniu do zapłaty tejże Składki regularnej, w przypadku jej niezapłacenia do Dnia wymagalności Składki regularnej, w sytuacji o której mowa w § 10 ust. 2 pkt 1) OWU.

4. Zmiana Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności następuje z pierwszym dniem okresu następującego po ostatnim okresie, za który zapłacono Składkę regularną w pełnej wysokości.

5. Od dnia zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia

bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności:

1) ustaje obowiązek opłacania Składek regularnych,

2) wygasa odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczeń dodatkowych,

3) Towarzystwo ustala nowe, zredukowane Wartości wykupów, których wartość oznaczona na dzień przekształcenia Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności oraz na kolejne Rocznicę ubezpieczenia, uwzględnia brak opłacania przez Ubezpieczającego Składek regularnych od dnia zmiany Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności do dnia oznaczonego w Polisie, jako koniec Okresu ubezpieczenia,

4) Towarzystwo ustala nową wysokość Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci i Sumy ubezpieczenia na wypadek dożycia, które obliczane są w następujący sposób:

a) Towarzystwo oblicza Wartość wykupu na zasadach określonych w § 16 OWU,

b) obliczona Wartość wykupu stanowi składkę jednorazową, za którą na podstawie obowiązującej w Towarzystwie na dzień zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności taryfy składek jednorazowych odpowiedniej dla aktualnego Wiek Ubezpiezonego, okresu pozostałego do zakończenia Okresu ubezpieczenia, zakupywana jest nowa Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci i Suma ubezpieczenia na wypadek dożycia.

6. Towarzystwo potwierdza zmianę Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności poprzez wystawienie kolejnej wersji Polisy.

7. Zmiana Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności jest operacją nieodwracalną. Towarzystwo nie dopuszcza możliwości przywrócenia umowie ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności statusu Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną.

§ 18. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu we wcześniejszym 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 zapłacono została Składka regularna w pełnej wysokości należnej za ten okres – w sytuacji określonej w § 10 ust. 2 pkt 2) OWU,

4) z ostatnim dniem Okresu ubezpieczenia – w związku z dożyciem Ubezpiezonego do końca Okresu ubezpieczenia,

5) z dniem wpływu do Siedziby Towarzystwa wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpiezonego – w związku ze śmiercią Ubezpiezonego w Okresie ubezpieczenia,

6) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym doręczono do Siedziby Towarzystwa prawidłowo wypełniony i podpisany wniosek o wykup ubezpieczenia – w związku z wpływieniem wniosku o wykup ubezpieczenia, o ile wniosek złożono z uwzględnieniem terminów wskazanych w § 16 ust. 1 i ust. 8 OWU.

2. W razie rozwiązania Umowy ubezpieczenia Składka regularna



za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej zostanie zwrócona Ubezpieczającemu.

§ 19. ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, w drodze doręczenia do Siedziby Towarzystwa pisemnego 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. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia.

3. 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 za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

4. Towarzystwo dokonuje zwrotu, o którym mowa w ust. 3 powyżej, 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.

§ 20. WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

2. 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.

3. 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.

4. Po upływie okresu wypowiedzenia, Towarzystwo dokona na rzecz Ubezpieczającego wypłaty Wartości wykupu, obliczonej zgodnie z postanowieniami § 16 ust. 7 OWU.

5. Po zakończeniu okresu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu Składkę regularną za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 21. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osoba uprawniona do Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego albo Ubezpieczającego, jeżeli to jego życie jest przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego, powinna niezwłocznie powiadomić Towarzystwo o śmierci odpowiednio Ubezpieczonego albo Ubezpieczającego oraz wystąpić z roszczeniem składając w Siedzibie Towarzystwa prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia. 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 wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem na piśmie 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 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 albo Ubezpieczającego, jeżeli to jego życie jest przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego,

3) dokument informujący o przyczynie zgonu Ubezpieczonego albo Ubezpieczającego, jeżeli to jego życie jest przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego, 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 albo Ubezpieczającego, jeżeli to jego życie jest przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego: raport policji, protokół powypadkowy oraz dane adresowe jednostki policji i siedziby prokuratury prowadzących czynności wyjaśniające okoliczności zgonu odpowiednio Ubezpieczonego albo Ubezpieczającego, o ile takie czynności były prowadzone,

4) dokument medyczny potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy medycznej oraz adres pogotowia ratunkowego, o ile pogotowie ratunkowe udzieliło Ubezpieczonemu albo Ubezpieczającemu, jeżeli to jego życie jest przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego, pierwszej pomocy medycznej,

5) dane adresowe placówek medycznych, w których Ubezpieczony albo Ubezpieczający, jeżeli to jego życie jest przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego, był leczony,

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

5. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego albo Ubezpieczającego, jeżeli to jego życie jest przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego, nastąpiła poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, Towarzystwo zwróci się do osoby składającej wniosek o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci odpowiednio Ubezpieczonego albo Ubezpieczającego 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 wskazanych 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 uzasadniające 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 potwierdzenia udostępnianych zgodnie z ust. 11 powyżej informacji,

3) zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzenia 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.

§ 22. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU CHOROBY ŚMIERTELNEJ

1. W okresie ponoszenia przez Towarzystwo odpowiedzialności z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej Towarzystwo wypłaca wyłącznie jedno Świadczenie z tytułu Choroby śmiertelnej, niezależnie od liczby Chorób śmiertelnych i momentu ich zdiagnozowania.

2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego albo w przypadku dożycia przez Ubezpieczonego do końca Okresu ubezpieczenia, albo w przypadku dokonania wykupu ubezpieczenia po spełnieniu Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej Towarzystwo zmniejszy odpowiednio: Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego, Świadczenie z tytułu dożycia przez Ubezpieczonego do końca Okresu ubezpieczenia albo Wartość wykupu o kwotę wypłaconego Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej.

3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej 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 Ubezpieczonego,

2) dokumenty uzasadniające stwierdzenie wystąpienia Choroby śmiertelnej: badania radiologiczne, histopatologiczne lub laboratoryjne, a w przypadku choroby nowotworowej dokumenty uzasadniające odstępnie od leczenia przyczynowego i prowadzenie tylko leczenia paliatywnego, jak również diagnozę i rokowania Choroby śmiertelnej ustalone przez dwóch lekarzy drugiego stopnia specjalizacji w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z chorobą będącą podstawą ubiegania się o wypłatę Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej lub z tytułem specjalisty w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z chorobą będącą podstawą ubiegania się o wypłatę Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej, potwierdzające brak rokowań na przeżycie przez Ubezpieczonego okresu dłuższego niż 12 miesięcy,

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

4. Wypłata Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej nie zwalnia z obowiązku opłacania Składki regularnej w dotychczasowej wysokości.

5. Wypłata Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej odbywa się z zachowaniem zasad, o których mowa w § 21 ust. 2 – 3 i 6 – 15 OWU.

6. Począwszy od dnia postawienia diagnozy i rokowań, o których mowa w § 2 ust. 6 OWU Ubezpieczający nie może dokonać żadnych zmian w Ubezpieczeniu podstawowym bez zgody Towarzystwa.

§ 23. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU DOŻYCIA DO KOŃCA OKRESU UBEZPIECZENIA

1. Wypłata Świadczenia z tytułu dożycia Ubezpieczonego do końca Okresu ubezpieczenia następuje na podstawie złożonego przez Ubezpieczonego w Siedzibie Towarzystwa prawidłowo wypełnionego i podpisanego wniosku o wypłatę Świadczenia. 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. Ubezpieczony do wniosku o wypłatę Świadczenia powinien 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 Ubezpieczonego,

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

3. Wypłata Świadczenia z tytułu dożycia do końca Okresu ubezpieczenia odbywa się z zachowaniem zasad, o których mowa w § 21 ust. 6 – 15 OWU.

§ 24. 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 niebędącą osobą fizyczną, przysługuje prawo złożenia skargi lub zażalenia.

2. Skargę lub zażalenie można złożyć w formie:

1) pisemnej:

a) drogą pocztową, za pośrednictwem pośłańca 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 skarg lub zażaleń.

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 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.

§ 25. 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 Reklamacje Towarzystwo udziela w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji doręczając ją drogą pocztową, za pośrednictwem posłańca 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 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 składającą 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 pozwany 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.

§ 26. DOKONYWANIE ZMIAN, ZAWIADOMIEŃ 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 mojacompensa.pl, o ile regulamin tego portalu zamieszczony na tej samej stronie internetowej opisuje taką możliwość. Za zgodą Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, 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, Ubezpieczony i Towarzystwo zobowiązują się

informować wzajemnie o zmianie ich siedziby i adresu korespondencyjnego oraz danych kontaktowych (nr telefonu, adres email).

3. Wszelkie zmiany Umowy ubezpieczenia wymagają zachowania formy wskazanej w ust. 1 powyżej pod rygorem nieważności. W przypadku przedstawienia przez Towarzystwo Ubezpieczającemu propozycji zmian Umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wysokość Świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego pisemnego przekazania Ubezpieczonemu całości otrzymanych materiałów tak, aby Ubezpieczony miał możliwość pełnego zapoznania się z nimi.

4. Ubezpieczający, który zamierza przedstawić Towarzystwu propozycje zmian w Umowie ubezpieczenia, musi uzgodnić te propozycje z Ubezpieczonym.

5. Ubezpieczający i Ubezpieczony są uprawnieni 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. Zmiana dokonana bez zgody Ubezpieczonego nie może naruszać jego praw, ani praw osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia.

6. 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 informacje w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość Świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia.

7. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać informacje wskazane w ust. 6 powyżej Ubezpieczonemu na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku przed wyrażeniem zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia.

8. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, zmiana Umowy ubezpieczenia na niekorzyść Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia wymaga zgody Ubezpieczonego. Ubezpieczony udziela Ubezpieczającemu zgody na zmianę Umowy ubezpieczenia, z zachowaniem formy pisemnej.

9. Ubezpieczający udziela Towarzystwu zgody na zmianę Umowy ubezpieczenia, składając jednocześnie oświadczenie o otrzymaniu od Ubezpieczonego zgody na zmianę Umowy ubezpieczenia.

10. Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego przekazywania Ubezpieczonemu wszelkich informacji o przebiegu Umowy ubezpieczenia przedstawianych przez Towarzystwo, w sposób zapewniający Ubezpieczonemu możliwość pełnego zapoznania się z nimi. W szczególności Ubezpieczający informuje Ubezpieczonego o objęciu go ochroną ubezpieczeniową, o wysokości Świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia, w tym o Wartości wykupu, jeżeli wysokość Świadczeń uległa zmianie, oraz o wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej, na podstawie informacji przekazanej przez Towarzystwo niezwłocznie po jej otrzymaniu.

11. 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.

12. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, Towarzystwo, na żądanie Ubezpieczonego, przekazuje informacje, o których mowa w § 8 ust. 5 OWU, § 13 ust. 10 OWU oraz § 16 ust. 5 OWU.

13. W stosunku do informacji i zawiadomień, które zgodnie z OWU będą ogłaszane w dzienniku ogólnopolskim lub na stronie internetowej Towarzystwa <http://www.compensa.pl>, nie jest wymagana forma odrębnego, pisemnego powiadomienia Ubezpieczającego ani Ubezpieczonego.

14. 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 <https://www.mojacompensa.pl>, o ile regulamin tego portalu zamieszczony na tej samej stronie internetowej opisuje taką możliwość.

15. 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.

§ 27. INFORMACJA O WYPŁACALNOŚCI I KONDYCJI FINANSOWEJ

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

§ 28. AKTY PRAWNE STOSOWANE W SPRAWACH NIEUREGULOWANYCH W 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.”.

§ 29. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWU

Niniejsze OWU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 12/03/2016 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 17 marca 2016 r. wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2016 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 maja 2016 r. lub terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



REGULAMIN UDZIAŁU W ZYSKU I WARTOŚCI WYKUPU BRP-0916

(do Umów ubezpieczenia, w których Dzień początku odpowiedzialności przypada w dniu 1 maja 2016 r. lub w terminie późniejszym)

§ 1. ZASTOSOWANIE REGULAMINU

1. Niniejszy Regulamin udziału w zysku i Wartości wykupu o symbolu BRP-0916, zwany dalej Regulaminem, ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Gwarancja Komfort o symbolu BRP-0916, zwanych dalej OWU.

2. Regulamin określa:

- 1) zasady naliczania i wypłaty udziału w zysku,
- 2) minimalną Wartość wykupu, jaka jest wymagana przy zmianie Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności,
- 3) wysokość Stopy technicznej.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ UŻYTYCH W REGULAMINIE

1. **Stopa techniczna** – stopa oprocentowania stosowana przy obliczaniu składki ubezpieczeniowej. Wartość Stopy technicznej została określona w § 5 Regulaminu.

2. **Klasa polis** – grupa Umów ubezpieczenia wyodrębniona na podstawie Stopy technicznej, daty zawarcia Umowy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania Składki regularnej. Lokaty i rezerwy mogą być dzielone na klasy odpowiadające Klasom polis.

3. **Rezerwa** – suma niżej wymienionych rezerw techniczno – ubezpieczeniowych:

1) rezerwa ubezpieczeń na życie (rezerwa matematyczna) dla ubezpieczonych w części przypadającej na Ubezpieczenie podstawowe wyliczona metodą aktuarną przy użyciu składki netto i Stopy technicznej dla produktów, w których przewidziano przyznawanie udziału w zysku,

2) rezerwa ubezpieczeń na życie w części przypadającej na przyznane wcześniej udziały w zysku, wyliczona metodą aktuarną indywidualnie dla każdej Umowy ubezpieczenia.

4. **Stopa zwrotu z lokat** – stopa zwrotu z lokat stanowiących pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, wymienionych w ust. 3 powyżej.

5. **Wskaźnik** – wskaźnik udziału w zysku. Wskaźnik wynosi 90%. Towarzystwo może ustalić wyższy Wskaźnik dla Klasy polis na dany rok kalendarzowy. Podwyższony Wskaźnik stosuje się do całego roku trwania Okresu ubezpieczenia poprzedzającego Rocznicę ubezpieczenia przypadającą w danym roku kalendarzowym.

§ 3. ZASADY NALICZANIA I WYPŁATY UDZIAŁU W ZYSKU

1. § 15 OWU określa komu i kiedy należny jest udział w zysku z lokat aktywów stanowiących pokrycie Rezerwy.

2. Udział w zysku naliczany jest z uwzględnieniem stanu Rezerwy z początku Roku ubezpieczenia, za który naliczany jest udział w zysku. Udział Ubezpieczonego w zysku nie może być mniejszy niż 90% przypadającego na daną Umowę ubezpieczenia zysku z lokat.

3. Podstawą wyliczenia kwoty należnego udziału w zysku za dany Rok ubezpieczenia jest ta część Rezerw, która przypada na daną Umowę ubezpieczenia, według stanu na pierwszy dzień Roku ubezpieczenia, za który przyznawany jest udział w zysku.

4. Kwota udziału w zysku wyliczana jest, jako iloczyn:

1) określonej w ust. 3 powyżej podstawy wyliczenia kwoty należnego udziału w zysku,

2) nadwyżki Stopy zwrotu z lokat ponad sumę Stopy technicznej i współczynnika kosztów administracyjnych wynoszącego 1%,

3) Wskaźnika określonego w § 2 ust. 5 Regulaminu.

W przypadku, gdy Stopa zwrotu z lokat jest niższa niż suma Stopy technicznej i współczynnika kosztów administracyjnych, udział w zysku wynosi 0. Współczynnik kosztów administracyjnych może być okresowo obniżony przez Towarzystwo.

5. Za przyznane udziały w zysku zakupywane będą po zdefiniowanej taryfie dodatkowe kwoty podwyższające wysokość Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci i Sumy ubezpieczenia na wypadek dożycia do końca Okresu ubezpieczenia. Taryfa ta uwzględnia aktualny Wiek Ubezpieczonego i ocenę ryzyka dokonywaną w momencie zawarcia Umowy ubezpieczenia.

6. W przypadku wypłaty Świadczenia z tytułu śmierci w Okresie ubezpieczenia dodatkowa kwota podwyższająca wartość Świadczenia zostanie wypłacona wraz z tym Świadczeniem. W przypadku dożycia do końca Okresu ubezpieczenia dodatkowa kwota podwyższająca wysokość Świadczenia zostanie wypłacona wraz ze Świadczeniem z tytułu dożycia do końca Okresu ubezpieczenia.

7. W przypadku wykupu ubezpieczenia Wartość wykupu jest powiększana o 98% przypadającej na daną Umowę ubezpieczenia wartości rezerw ubezpieczeń na życie w części przypadającej na przyznane wcześniej udziały w zysku, obliczonej na ostatni dzień Okresu ubezpieczenia.

§ 4. MINIMALNA WARTOŚĆ WYKUPU WYMAGANA PRZY ZMIANIE UMOWY UBEZPIECZENIA ZE SKŁADKĄ REGULARNĄ NA UMOWĘ UBEZPIECZENIA BEZSKŁADKOWEGO Z OGRANICZONYM ZAKRESEM ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Minimalna Wartość wykupu wymagana przy zmianie Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności wynosi 3.000 PLN (słownie: trzy tysiące złotych).

2. Minimalna Wartość wykupu, o której mowa w ust. 1 powyżej, podlega indeksacji według skumulowanych wskaźników cen towarów i usług konsumpcyjnych ogłaszanych przez Główny Urząd Statystyczny za kolejne miesiące kalendarzowe. Towarzystwo podejmie decyzję o wskazanej w poprzednim zdaniu indeksacji, jeżeli wartość skumulowanych wskaźników za okres, w którym nie dokonywano indeksacji, wyniesie mniej niż 0,9 lub więcej niż 1,1. Po raz pierwszy Towarzystwo dokona indeksacji minimalnej Wartości wykupu według skumulowanych wskaźników cen towarów i usług konsumpcyjnych ogłaszanych począwszy od wskaźnika za miesiąc następujący po wejściu w życie Regulaminu. Zmieniona w wyniku indeksacji minimalna Wartość wykupu obowiązuje od początku miesiąca następującego po miesiącu ogłoszenia przez GUS tego wskaźnika, który powoduje przekroczenie wyznaczonych w zdaniu drugim wartości.



Towarzystwo może odstąpić od indeksowania minimalnej Wartości wykupu, o której mowa w ust. 1 powyżej.

§ 5. WARTOŚĆ STOPY TECHNICZNEJ

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

§ 6. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE REGULAMINU

Niniejszy Regulamin udziału w zysku i Wartości wykupu w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 12/03/2016 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 17 marca 2016 r. wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2016 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 maja 2016 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



ANEKS NR 2 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I DOŻYCIE GWARANCJA KOMFORT O SYMBOLU BRP-0916

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Gwarancja Komfort o symbolu BRP-0916 zatwierdzonych Uchwałą Nr 12/03/2016 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 17 marca 2016 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 maja 2016 r. lub w terminie późniejszym:

1. w § 2 ogólnych warunków, o których mowa powyżej, skreśla się ust. 16.

2. dotychczasowy § 24 otrzymuje następujące brzmienie:

„§ 24. SKŁADANIE SKARG I ZAŻALEŃ

1. Podmioty, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji, zgodnie z postanowieniami § 25 OWU, przysługuje prawo złożenia skargi lub zażalenia.

2. Do skargi lub zażalenia określonych w ust. 1 powyżej zastosowanie znajdują postanowienia § 25 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 § 25 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 § 25 otrzymuje następujące brzmienie:

„§ 25. 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 reklamację 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



ANEKS NR 3 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I DOŻYCIE GWARANCJA KOMFORT O SYMBOLU BRP-0916

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Gwarancja Komfort o symbolu BRP-0916 (dalej OWU) zatwierdzonych Uchwałą Nr 12/03/2016 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 17 marca 2016 r. wprowadza się następujące zmiany mające zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których Dzień początku odpowiedzialności przypada w dniu 1 października 2019 r. lub terminie późniejszym:

1. W § 2 zostaje dodany ust. 32, który otrzymuje następujące brzmienie:

„**32. Uposażony zastępczy** – osoba, wskazana przez Ubezpieczonego, jako uprawniona do otrzymania Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w przypadku, gdy w chwili śmierci Ubezpieczonego wskazanie wszystkich Uposażonych stało się bezskuteczne zgodnie z postanowieniami § 7 ust. 6 OWU.”.

2. § 7 OWU otrzymuje tytuł: „**ZASADY WSKAZANIA UPOSAŻONEGO ORAZ UPOSAŻONEGO ZASTĘPCZEGO**”.

3. § 7 OWU otrzymuje brzmienie:

„1. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania Umowy ubezpieczenia wskazać jednego lub więcej Uposażonych lub Uposażonych zastępczych na wypadek swojej śmierci, a także odwołać lub zmienić wskazanie Uposażonego lub Uposażonego zastępczego. W przypadku braku wskazania Uposażonego, wskazanie Uposażonego zastępczego jest bezskuteczne.

2. Ubezpieczony powinien określić udział każdego z Uposażonych oraz Uposażonych zastępczych w kwocie Świadczenia, przy czym suma udziałów w kwocie Świadczenia musi wynosić 100%. Wskazania udziałów w kwocie Świadczenia do łącznej sumy udziałów 100% dokonuje się odrębnie dla Uposażonych oraz Uposażonych zastępczych.

3. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych lub Uposażonych zastępczych, nie oznaczając ich udziału w kwocie Świadczenia, uważa się, że ich udziały odpowiednio w ramach wskazania dla Uposażonych lub Uposażonych zastępczych są równe. Jeżeli Ubezpieczony określił udział w kwocie Świadczenia tylko niektórym wskazanym Uposażonym lub Uposażonym zastępczym, przyjmuje się, że udział w kwocie Świadczenia pozostałych osób jest równy zero. Jeżeli suma wskazanych udziałów w kwocie Świadczenia odrębnie według wskazania dla Uposażonych lub Uposażonych zastępczych nie jest równa 100%, przyjmuje się, że udziały poszczególnych osób w kwocie należnego Świadczenia wyznaczone są przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania tego Ubezpieczonego dla Uposażonych lub dla Uposażonych zastępczych.

4. Ubezpieczony może wyrazić zgodę na wykonywanie przez Ubezpieczającego uprawnień, o których mowa w ust. 1 – 3 powyżej.

5. Oświadczenie Ubezpieczonego o wskazaniu, odwołaniu albo zmianie wskazania Uposażonego lub Uposażonego zastępczego albo wyrażenie zgody na wykonywanie przez Ubezpieczającego uprawnień, o których mowa w ust. 1 – 3 powyżej, wywołuje skutki prawne z chwilą doręczenia pisemnego oświadczenia do Siedziby Towarzystwa.

6. Wskazanie Uposażonego lub Uposażonego zastępczego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony lub Uposażony zastępczy zmarł przed

śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.

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

8. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego wskazanie wszystkich Uposażonych stało się bezskuteczne zgodnie z ust. 6 powyżej, prawo do otrzymania Świadczenia przysługuje Uposażonym zastępczym, o ile zostali oni wskazani oraz na dzień śmierci Ubezpieczonego to wskazanie również nie okazało się bezskuteczne zgodnie z postanowieniami ust. 6 powyżej.

9. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych ani Uposażonych zastępczych lub wskazanie wszystkich Uposażonych oraz Uposażonych zastępczych stało się bezskuteczne zgodnie z postanowieniami ust. 6 powyżej albo w stosunku do Uposażonych zastępczych ze względu na brak wskazania Uposażonych, wówczas Świadczenie przysługuje członkom rodziny tego Ubezpieczonego w następującej kolejności pierwszeństwa:

- 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 tego 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 kwota Świadczenia jest dzielona na równe części dla każdej z tych osób.”.

§ 2.

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

2. Niniejszy aneks zatwierdzony został Uchwałą Nr 10/08/2019 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 20 sierpnia 2019 r.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



ANEKS NR 4 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I DOŻYCIE GWARANCJA KOMFORT O SYMBOLU BRP-0916

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Gwarancja Komfort o symbolu BRP-0916 (dalej OWU) zatwierdzonych Uchwałą Nr 12/03/2016 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 17 marca 2016 r. wprowadza się następujące zmiany mające zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których Dzień początku odpowiedzialności przypada w dniu 1 listopada 2020 lub w terminie późniejszym:

1. po § 27 dodaje się nowy § 27a w brzmieniu:

„§ 27a DODATKOWE POSTANOWIENIA UMOWNE

Bez uszczerbku dla pozostałych postanowień Umowy ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana, o ile i tak długo dopóki nie zostały nałożone sankcje gospodarcze, handlowe lub finansowe ani

embarga przez Unię Europejską, Organizację Narodów Zjednoczonych lub Polskę, mające bezpośrednie zastosowanie dla umawiających się stron. Powyższe dotyczy również sankcji gospodarczych, handlowych lub finansowych bądź embarg nałożonych przez USA, o ile przepisy prawa Unii Europejskiej lub Polski nie stanowią inaczej.”

§ 2.

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

2. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 3/10/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 1 października 2020 r. wchodzi w życie z dniem 1 października 2020 roku.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



**WYKAZ INDYWIDUALNYCH UBEZPIECZEŃ DODATKOWYCH DOSTĘPNYCH
W UBEZPIECZENIU GWARANCJA KOMFORT O SYMBOLU BRP-0916
(stan na dzień 1 kwietnia 2016 r.)**

Dodatkowe indywidualne ubezpieczenie:

– na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku	BRP-8615	<input type="checkbox"/>
– na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego	BRP-8715	<input type="checkbox"/>
– na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	BRP-8815	<input type="checkbox"/>
– na wypadek trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku	BRP-1016	<input type="checkbox"/>
– na wypadek całkowitej niezdolności ubezpieczonego do pracy z przejęciem opłacania składek	BRP-9015	<input type="checkbox"/>
– na wypadek poważnego zachorowania	BRP-0316	<input type="checkbox"/>
– na wypadek nowotworu złośliwego	BRP-0416	<input type="checkbox"/>
– na wypadek leczenia nowotworu złośliwego	BRP-0516	<input type="checkbox"/>
– na wypadek śmierci Ubezpieczającego z przejęciem opłacania składek	BRP-0616	<input type="checkbox"/>
– na życie Ubezpieczającego	BRP-0716	<input type="checkbox"/>
– na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym	BRP-0816	<input type="checkbox"/>

Szczegółowe informacje na temat wymienionych Ubezpieczeń dodatkowych znajdują się w odpowiednich ogólnych warunkach dodatkowych ubezpieczeń indywidualnych.



Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group
Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa
KRS 43309, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS
NIP 527 20 52 806, Kapitał zakładowy: 224 263 746,00 zł – opłacony w całości
Tel.: +48 22 867 66 67, +48 22 501 61 00