

Gwarancja Ochrona

RODO

RODO

RODO

RODO

RODO

RODO

RODO

RODO

RODO

RODO

RODO

RODO

RODO

RODO

RODO

RODO

RODO

RODO

IDD

SPIS TREŚCI

Obowiązek informacyjny Administratora danych osobowych	2
Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym	4
Informacje dotyczące Ogólnych warunków indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie GWARANCJA OCHRONA o symbolu BRP-8215	6
Ogólne warunki indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie GWARANCJA OCHRONA o symbolu BRP-8215	7
§ 1. Postanowienia ogólne	7
§ 2. Definicje	7
§ 3. Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa	8
§ 4. Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa	8
§ 5. Ochrona tymczasowa	8
§ 6. Zasady zawarcia Umowy ubezpieczenia	9
§ 7. Zasady wskazania Uposażonego	10
§ 8. Wysokość sumy ubezpieczenia i Składki regularnej	10
§ 9. Zasady opłacania Składki regularnej	10
§ 10. Skutki niezapłacenia Składki regularnej	11
§ 11. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa	11
§ 12. Zmiany zakresu odpowiedzialności Towarzystwa, wysokości Składki regularnej i sumy ubezpieczenia	11
§ 13. Indeksacja Składki regularnej i sum ubezpieczenia	12
§ 14. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia	13
§ 15. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia	13
§ 16. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia	13
§ 17. Wypłata Świadczeń	13
§ 18. Świadczenie z tytułu Choroby śmiertelnej	14
§ 19. Dochodzenie roszczeń wynikających z Umowy ubezpieczenia, składanie skarg i zażaleń przez Ubezpieczającego, Uposażonego lub osobę uprawnioną do Świadczenia niebędących osobą fizyczną	14
§ 20. Dochodzenie roszczeń wynikających z Umowy ubezpieczenia, składanie Reklamacji przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub osobę uprawnioną do Świadczenia będących osobą fizyczną (w tym osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej)	15
§ 21. Dokonywanie zmian, zawiadomień i składanie oświadczeń	16
§ 22. Informacja o wypłacalności i kondycji finansowej	17
§ 23. Akty prawne stosowane w sprawach nieuregulowanych w OWU	17
§ 24. Wartość Stopy technicznej	17
§ 25. Data wejścia w życie OWU	17
Aneks nr 2 do Ogólnych warunków indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie GWARANCJA OCHRONA o symbolu BRP-8215	18
Wykaz indywidualnych ubezpieczeń dodatkowych dostępnych w ubezpieczeniu GWARANCJA OCHRONA o symbolu BRP-8215	20



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. Prawnne uzasadnionym interesem administratora jest marketing własnych produktów i usług Administratora oraz przetwarzanie danych w celach analitycznych
własne cele marketingowe Administratora, w tym poprzez profilowanie, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia	zgoda na przetwarzanie danych
własne cele marketingowe w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	zgoda na przetwarzanie danych
obsługa zgłoszonego roszczenia, w tym wypłata świadczenia oraz obsługa wykupu	niezbędność przetwarzania do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze; niezbędność przetwarzania do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń (w przypadku szczególnych kategorii danych osobowych)
wypełnienie przez Administratora obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu	niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu
wypełnianie przez Administratora obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS	niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o wypełnianiu obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA/CRS, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami
dochodzenie roszczeń związanych z umową ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości dochodzenia przez niego roszczeń
podejmowanie czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości przeciwdziałania i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń
reasekuracja ryzyk	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci ograniczenia negatywnego wpływu ryzyka ubezpieczeniowego, związanego z zawieraniem 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 nie będą przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarcym.

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 terminowe na życie Gwarancja Ochrona

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo (Ubezpieczyciel): **Compensa TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group** Produkt: **Gwarancja Ochrona OWU BRP-8215** (zwane dalej Towarzystwem)

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podane są w ogólnych warunkach indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie Gwarancja Ochrona zatwierdzonych Uchwałą Nr 160/2015 Zarządu Towarzystwa z dnia 15 grudnia 2015 roku (zwane dalej OWU) oraz polisie potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia i jej warunki.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Dobrowolne ubezpieczenie na życie, dział I, grupa ustawowa I i 5, zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

• W okresie ochrony tymczasowej (okres pomiędzy złożeniem kompletnego wniosku i opłaceniem Składki regularnej a rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej albo odrzuceniem wniosku/rezygnacją z zawarcia Umowy ubezpieczenia):

Przedmiot ubezpieczenia	życie Ubezpieczonego
Zdarzenie ubezpieczeniowe (objęte ochroną ubezpieczeniową)	śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w okresie trwania ochrony tymczasowej, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci wskazanej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, nie wyższe jednak niż 100 000 PLN.

Pełne informacje odnośnie ochrony tymczasowej zawarte są w § 5 OWU.

• W okresie pełnej odpowiedzialności Towarzystwa:

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

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, potwierdzonej w Polisie i aktualnej na dzień śmierci Ubezpieczonego.

W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci potwierdzonej w Polisie i aktualnej na dzień wystąpienia u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej, nie wyższe jednak niż 300 000 PLN.

Wysokość sumy ubezpieczenia wskazuje Ubezpieczający we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

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

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

Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, 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.

Pełna lista wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa wskazana jest w § 6 ust. 6 OWU oraz w § 11 OWU.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Na terenie całego świata.

Jakie są kluczowe prawa i obowiązki Ubezpieczającego / Ubezpieczonego?

Ubezpieczający zobowiązany jest:

- terminowo opłacać należną Składkę regularną,
- udzielić odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczający ma prawo:

- odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia,
- zmienić zakres odpowiedzialności Towarzystwa:
- a) dodać do zakresu ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczenia dodatkowe na wypadek:

- śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku (OWDU BRP-8615),
- śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego (OWDU BRP-8715),
- pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (OWDU BRP-8815),
- trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku (OWDU BRP-1016),
- całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy z przejściem opłacania składek (OWDU BRP-9015),
- poważnego zachorowania (OWDU BRP-0316),
- nowotworu złośliwego (OWDU BRP-0416),
- leczenia nowotworu złośliwego (OWDU BRP-0516),

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 określonych ubezpieczeń dodatkowych,

- zawniekskować o podwyższenie sumy ubezpieczenia / Składki regularnej (obniżenie może dotyczyć tylko części umowy dotyczącej Ubezpieczeń dodatkowych),
- odmówić przyjęcia indeksacji Składki regularnej i sum ubezpieczenia,
- odstąpić od Umowy ubezpieczenia,
- wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia,
- złożyć Reklamację,
- wytoczyć powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczony zobowiązany jest:

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

Ubezpieczony ma prawo:

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

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka regularna płatna jest z góry, zgodnie z potwierdzoną w Polisie częstotliwością, w terminie:

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

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu potwierdzonym w Polisie. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się we wcześniejszym dniu:

- 1) śmierci Ubezpieczonego,
- 2) odstąpienia od Umowy ubezpieczenia,
- 3) w którym wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia stało się skuteczne,
- 4) w którym upływa ostatni dzień okresu, na jaki Umowa ubezpieczenia została zawarta,
- 5) z ostatnim dniem okresu, za który została zapłacona Składka regularna w pełnej wysokości należnej za dany okres (w sytuacji, w której upłynął termin zapłaty składki w dodatkowym terminie wyznaczonym przez Towarzystwo).

Jak rozwiązać umowę?

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



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO TERMINOWEGO
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
GWARANCJA OCHRONA
BRP-8215**

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, § 14, § 17, § 18
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2, § 6 ust. 6, § 11
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	
4. Wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	



OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

GWARANCJA OCHRONA

BRP-8215

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

Niniejsze ogólne warunki indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie Gwarancja Ochrona o symbolu BRP-8215 (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 ukończony 18 rok życia oraz nie więcej niż 65 lat, której życie i zdrowie jest przedmiotem Ubezpieczenia podstawowego; życie lub zdrowie Ubezpieczonego może być ponadto przedmiotem Ubezpieczeń dodatkowych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków dodatkowych indywidualnych ubezpieczeń (zwanych dalej OWDU).
- 2. Ubezpieczający** – podmiot zawierający Umowę ubezpieczenia i zobowiązany do zapłaty Składki regularnej w Okresie ubezpieczenia.
- 3. Uposażony** – osoba fizyczna lub inny podmiot prawa, wskazany przez Ubezpieczonego jako uprawniony do 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 społeczeństwa lub władz państwowych, naruszające lub zagrażające ludzkiemu życiu, zdrowiu lub mieniu.
- 6. Choroba śmiertelna** – nieuleczalna choroba Ubezpieczonego zdiagnozowana po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia i nie rokująca 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; Dzień początku odpowiedzialności jest zawsze pierwszym dniem miesiąca kalendarzowego.

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

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

11. 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.

12. Okres ubezpieczenia – okres obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo na podstawie OWU, liczony od dnia potwierdzonego w Polisie jako Dzień początku odpowiedzialności do dnia wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia.

13. Okres ubezpieczenia dodatkowego – okres obejmowania Ubezpieczonego 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.

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

15. 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.

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, Ubezpieczonego, Uposażonego, lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, w którym zgłasza on zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.

17. Rocznica ubezpieczenia – rocznica Dnia początku odpowiedzial-



ności 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 § 21 ust. 15 OWU i ilekroć w OWU mowa jest o doręczaniu lub złożeniu określonych oświadczeń lub zawiadomień do Siedziby Towarzystwa rozumie się przez to również doręczenie Agentowi ubezpieczeniowemu.

20. Składka regularna – kwota należna z tytułu Umowy ubezpieczenia za okresy miesięczne, kwartalne, półroczne lub roczne, według potwierżeń 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. Stopa techniczna – stopa oprocentowania stosowana przy obliczaniu Składki regularnej. Wartość Stopy technicznej została określona w § 24 OWU.

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

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

24. Ubezpieczenie podstawowe – indywidualne terminowe ubezpieczenie na życie, w którym przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Towarzystwo na podstawie OWU jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.

25. Umowa ubezpieczenia – umowa indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie, 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.

26. Uraz – uszkodzenie tkanek ciała lub narządów Ubezpieczonego wskutek działania Czynnika zewnętrznego.

27. Wiek – różnica pomiędzy danym rokiem kalendarzowym a rokiem urodzenia Ubezpieczonego.

28. 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 Ubezpieczonego 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:

1) śmierć Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia,

2) wystąpienie Choroby śmiertelnej w Okresie ubezpieczenia.

4. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 11 OWU, Towarzystwo wypłaci Uposażonym, każdemu w części ustalonej przez Ubezpieczonego albo osobom wskazanym w § 7 ust. 8 OWU, zgodnie z zasadami w tym § 7 ust. 8 OWU określonymi, oraz na zasadach określonych w § 17 OWU, Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, potwierdzonej w Polisie i aktualnej na dzień śmierci Ubezpieczonego.

5. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci potwierdzonej w Polisie i aktualnej na dzień wystąpienia 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.

6. Świadczenie, o którym mowa w ust. 5 powyżej, jest przedpłatą na poczet Świadczenia należnego z Ubezpieczenia podstawowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego, co oznacza, że pomniejsza ono kwotę Świadczenia wypłacanego z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

§ 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. 13 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 OWU,

3) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia potwierdzonego w Polisie.

3. Odpowiedzialność Towarzystwa w 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 rozwiązania lub wygaśnięcia Ubezpieczenia dodatkowego, zgodnie z postanowieniami odpowiednich OWDU.

§ 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 w tym § 7 ust. 8 OWU określonymi, oraz na zasadach określonych w § 17 OWU, Świadczenia w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci wskazanej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, nie wyższego jednak niż 100 000 PLN (słownie: sto tysięcy złotych), w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w okresie trwania ochrony tymczasowej. Warunkiem wypłaty Świadczenia jest zajście Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną śmierci Ubezpieczonego, w okresie ochrony tymczasowej oraz istnienie bezpośredniego związku przyczynowego pomiędzy śmiercią Ubezpieczonego a Nieszczęśliwym 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 wskazanej 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. 13 OWU,
 - 5) w dniu śmierci Ubezpieczonego przed Dniem początku odpowiedzialności,
 - 6) 90-tym dniem, licząc od dnia zapłaty pierwszej Składki regularnej.
4. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego 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.

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,
 - 4) zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Ubezpieczeń dodatkowych,
 - 5) Dzień początku odpowiedzialności, który powinien być zawsze pierwszym dniem miesiąca kalendarzowego i nie może być wcześniejszy niż dzień doręczenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia do Siedziby Towarzystwa 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 życie lub zdrowie Ubezpieczającego 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 nie ponosi odpowiedzialności 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 pierwszym.

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. 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 medycznych pokrywa Towarzystwo.

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

10. 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.

11. 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.

12. 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.

13. 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 obowiązane 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.

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

15. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 13 powyżej, Umowa ubezpieczenia dojdzie do skutku zgodnie z treścią Polisy w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego na złożenie sprzeciwu.

16. W przypadku zgłoszenia sprzeciwu, o którym mowa w ust. 13 powyżej, Umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta i Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu zapłaconą Składkę regularną w terminie 30 dni od dnia otrzymania sprzeciwu.

17. 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 Towarzystwie kompletnie i poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

§ 7. ZASADY WSKAZANIA UPOSAŻONEGO

1. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania Umowy ubezpieczenia 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 Ubezpiezonego.

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

5. Oświadczenie Ubezpiezonego 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 Ubezpiezonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.

7. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych, a na dzień śmierci Ubezpiezonego wskazanie któregośkolwiek Uposażonego stało się bezskuteczne, zgodnie z ust. 6 powyżej, wówczas przypadająca mu

część Świadczenia, zostanie wypłacona pozostałym Uposażonym w proporcji wynikającej ze wskazania Ubezpiezonego.

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

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 SUMY UBEZPIECZENIA I SKŁADKI REGULARNEJ

1. Ubezpieczający wskazuje we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia wysokość sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpiezonego.

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

- 1)** długości Okresu ubezpieczenia,
- 2)** Wiekowi Ubezpiezonego w Dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa,
- 3)** częstotliwości opłacania Składek regularnych,
- 4)** wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci,
- 5)** wyników oceny ryzyka ubezpieczeniowego przeprowadzonej przez Towarzystwo.

3. Długość Okresu ubezpieczenia, wysokość sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci, wysokość i częstotliwość opłacania należnej Składki regularnej potwierdza Polisa.

§ 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 § 21 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 w Okresie ubezpieczenia. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty kolejnych Składek regularnych z góry, najpóźniej w pierwszym dniu okresu, za który należna jest dana Składka regularna.

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

5. Pierwsza Składka regularna w wysokości zadeklarowanej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub w przypadku



doręczenia Ubezpieczającemu Polisy zawierającej postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia w zakresie wysokości Składki regularnej – w wysokości wskazanej w piśmie wskazującym przedmiotowe zmiany, zgodnie z § 6 ust. 13 OWU, musi zostać zapłacona przez Ubezpieczającego przed Dniem początku odpowiedzialności Towarzystwa, na numer rachunku bankowego wskazany w tymże wniosku.

6. Ustanie odpowiedzialności Towarzystwa w Okresie 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 zostanie zapłacona przez Ubezpieczającego w pełnej wysokości w terminie dodatkowym, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem okresu, za który została zapłacona Składka regularna w pełnej wysokości, należnej za dany okres.

§ 11. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego, 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, downhillu, 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 Pozostawianie 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 Pozostawianie 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.

§ 12. ZMIANY ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA, WYSOKOŚCI SKŁADKI REGULARNEJ I SUMY 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 § 21 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 Rocznicy 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 § 21 OWU. Podwyższenie wysokości Składki regularnej:

1) w odniesieniu do części Składki regularnej będącej Składką podstawową skutkuje podwyższeniem sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci, której nową wysokość wylicza się z uwzględnieniem podwyższonej Składki podstawowej i taryfy składek, która zależy 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,

2) w odniesieniu do części Składki regularnej będącej Składką ochroną dobrowolną skutkuje podwyższeniem sum ubezpieczenia Ubezpieczeń dodatkowych, których nową wysokość wylicza się z uwzględnieniem podwyższonej Składki ochronnej dobrowolnej i taryfy składek, która zależy 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 dodatkowego, zgodnie z postanowieniami odpowiednich OWDU.

3. Ubezpieczający może zaproponować podwyższenie sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci w każdą Rocznicę ubezpieczenia w trybie, o którym mowa w § 21 OWU. Podwyższenie sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci skutkuje podwyższeniem wysokości części Składki regularnej będącej Składką podstawową, której nową wysokość ustala się na podstawie taryfy z uwzględnieniem: aktualnego Wiek Ubezpieczonego, nowej wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci, częstotliwości opłacania Składki regularnej oraz okresu, jaki pozostał do końca Okresu ubezpieczenia.

4. Towarzystwo uzależni wyrażenie zgody na dokonanie zmian, o których mowa w: ust. 1 pkt 1), ust. 2 – 3 powyżej, od wyników ponownej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w ramach której Towarzystwo zwróci się do:

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

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

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. Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu podwyższenie (indeksację) Składki regularnej i sum ubezpieczenia na zasadach, o których mowa w § 13 OWU.

6. W żadnym momencie trwania Umowy ubezpieczenia nie istnieje możliwość obniżenia sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego oraz obniżenia Składki podstawowej będącej częścią Składki regularnej.

7. Każda ze stron Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający

lub Towarzystwo, może odmówić dokonania zmian, o których mowa w niniejszym paragrafie.

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

9. 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.

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

§ 13. 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 § 21 OWU, informuje Ubezpieczającego o podwyższeniu wysokości Składki regularnej i sum ubezpieczenia 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 i Ubezpieczony są różnymi osobami 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 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 i sumy ubezpieczenia zostają podwyższone przez Towarzystwo.

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 w Ubezpieczeniu dodatkowym).

§ 14. 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 upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, na jaki Umowa ubezpieczenia została zawarta – w związku z upływem Okresu ubezpieczenia,
 - 4) z ostatnim dniem okresu, za który została zapłacona Składka regularna w pełnej wysokości należnej za dany okres – w sytuacji, o której mowa w § 10 ust. 2 OWU,
 - 5) z dniem wpływu do Siedziby Towarzystwa wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego – w związku ze śmiercią Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.
2. W razie rozwiązania Umowy ubezpieczenia Składka regularna za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej zostanie zwrócona Ubezpieczającemu.

§ 15. 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.

§ 16. 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 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 udzielało ochrony ubezpieczeniowej, w szczególności w okresie wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia.
4. Po zakończeniu okresu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu Składkę regularną za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 17. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osoba uprawniona do Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego powinna niezwłocznie powiadomić Towarzystwo o śmierci Ubezpieczonego oraz wystąpić z roszczeniem, składając w Siedzibie Towarzystwa prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia. 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 z tytułu śmierci, 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 z tytułu śmierci należy dołączyć:
 - 1) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracownika jednostki terenowej Towarzystwa, urzędnika administracji publicznej lub notariusza kopię dokumentu tożsamości, tj. dowodu osobistego lub paszportu osoby składającej wniosek,
 - 2) odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - 3) dokument informujący o przyczynie zgonu Ubezpieczonego, np. kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon), bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu Ubezpieczonego: raport policji, protokół powypadkowy oraz dane adresowe jednostki policji i siedziby prokuratury prowadzących czynności wyjaśniające okoliczności zgonu Ubezpieczonego, o ile takie czynności były prowadzone,
 - 4) dokument medyczny potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy medycznej oraz adres pogotowia ratunkowego, o ile pogotowie ratunkowe udzieliło Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej,
 - 5) dane adresowe placówek medycznych, w których Ubezpieczony 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 nastąpiła poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, Towarzystwo zwróci się do osoby składającej wniosek o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego o potwierdzenie przez polską placówkę dyplomatyczną dokumentów niezbędnych



do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości Świadczenia. Towarzystwo może żądać dostarczenia tłumaczeń przedstawionych dokumentów na język polski, sporządzonych przez tłumacza przysięgłego.

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

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

8. Wypłata Świadczenia następuje w terminie 30 dni od dnia doręczenia do Siedziby Towarzystwa wniosku o wypłatę Świadczenia. Jeżeli wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości Świadczenia okaże się niemożliwe, Świadczenie będzie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia Towarzystwo wypłaci w terminie przewidzianym w zdaniu pierwszym.

9. Jeżeli w terminach, o których mowa w ust. 8 powyżej, Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia, zawiadamia na piśmie:

1) osobę zgłaszającą roszczenie, oraz

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

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

1) osobę występującą z roszczeniem, oraz

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

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

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

13. Sposób:

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

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

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

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

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

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

§ 18. 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 po spełnieniu Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej Towarzystwo zmniejszy Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego 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 odstąpienie 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 § 17 ust. 5 – 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.

§ 19. 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 niebędącej osobą fizyczną, przysługuje prawo złożenia skargi lub zażalenia.

2. Skargę lub zażalenie można złożyć w formie:

1) pisemnej:

a) drogą pocztową, za pośrednictwem pocztańca 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 wysłana jest mu tą drogą.
9. Po otrzymaniu odpowiedzi na skargę lub zażalenie rozpatrzone negatywnie osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca skargę lub zażalenie ma prawo odwołać się do Towarzystwa.
10. Niezależnie od trybu rozpatrywania skarg lub zażaleń wskazanego w ust. 1 – 9 powyżej osobie wskazanej w ust. 1 powyżej przysługuje prawo wystąpienia do Komisji Nadzoru Finansowego oraz z powództwem do sądu powszechnego.
11. Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia rozpatrują sądy właściwe według przepisów o właściwości ogólnej albo sądy właściwe dla siedziby osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej skargę lub zażalenie.
12. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

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

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu, lub osobie uprawnionej do Świadczenia będącymi osobą fizyczną (w tym osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej) przysługuje prawo złożenia Reklamacji.
2. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa, w której zakresie obowiązków jest obsługa osób wskazanych w ust. 1 powyżej.
3. Osoba wskazana w ust. 1 powyżej może złożyć Reklamację w formie:
 - 1) pisemnej – składając osobiście pismo w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej albo listownie,
 - 2) ustnie – telefonicznie na numer telefonu 22 501 61 00 albo osobiście w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej do protokołu podczas wizyty w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej,
 - 3) w formie elektronicznej na adres e-mail reklamacje@compensazycie.com.pl.
4. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia Reklamacji, Reklamacja powinna zawierać:
 - 1) imię i nazwisko (nazwa firmy) osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej Reklamację,
 - 2) adres osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej Reklamację,
 - 3) informację, czy osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca Reklamację wyraża zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, a jeżeli tak – również adres e-mail, na który odpowiedź ma zostać przesłana,
- 4) PESEL/REGON,
- 5) numer dokumentu ubezpieczenia (numer Polisy).
5. Na żądanie osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej Reklamację Towarzystwo potwierdza fakt złożenia Reklamacji na piśmie lub w inny sposób uzgodniony z tą osobą.
6. Z zachowaniem postanowień ust. 7 poniżej odpowiedzi na Reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Termin wskazany w zdaniu pierwszym uważa się za dotrzymany, jeżeli odpowiedź została wysłana przed jego upływem.
7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 6 powyżej, Towarzystwo w informacji przekazanej osobie wskazanej w ust. 1 powyżej składającej Reklamację:
 - 1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,
 - 2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpoznania sprawy,
 - 3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
8. Złożenie Reklamacji niezwłocznie po powzięciu przez osobę wskazaną w ust. 1 powyżej zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie Reklamacji.
9. Odpowiedzi na Reklamację Towarzystwo udziela w postaci



papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji doręczając ją drogą pocztową, za pośrednictwem pocztańca 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 składająca Reklamację ma prawo:

- 1) złożyć wniosek o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego,
 - 2) wystąpić z powództwem do sądu powszechnego właściwego według przepisów o właściwości ogólnej albo właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej Reklamację, gdzie pozwanym winna być Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa,
 - 3) zwrócić się do Komisji Nadzoru Finansowego.
- 12.** Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 21. 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 <https://www.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.

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 w razie śmierci Ubezpieczonego.

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. 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, 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 ust. 6 powyżej oraz § 12 ust. 9 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.



§ 22. INFORMACJA O WYPŁACALNOŚCI I KONDYCJI FINANSOWEJ

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

§ 23. 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.

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.”.

§ 24. WARTOŚĆ STOPY TECHNICZNEJ

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

§ 25. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWU

Niniejsze OWU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 160/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 15 grudnia 2015 r. wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2016 r. lub terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



ANEKS NR 2 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE GWARANCJA OCHRONA O SYMBOLU BRP-8215

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie Gwarancja Ochrona o symbolu BRP-8215 zatwierdzonych Uchwałą Nr 160/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 15 grudnia 2015 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2016 r. lub w terminie późniejszym:

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

2. dotychczasowy § 19 otrzymuje następujące brzmienie:

„§ 19. SKŁADANIE SKARG I ZAŻALEŃ

1. Podmioty, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji, zgodnie z postanowieniami § 20 OWU, przysługuje prawo złożenia skargi lub zażalenia.

2. Do skargi lub zażalenia określonych w ust. 1 powyżej zastosowanie znajdują postanowienia § 20 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 § 20 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 § 20 otrzymuje następujące brzmienie:

„§ 20. SKŁADANIE REKLAMACJI

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

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

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

- 1) pisemnej – składając osobiście pismo w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub Siedzibie Towarzystwa albo listownie,
- 2) ustnej – telefonicznie na numer telefonu 22 867 66 67,
- 3) ustnej – osobiście w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub Siedzibie Towarzystwa do protokołu podczas wizyty w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub Siedzibie Towarzystwa – wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpiezonego, Uposażonego oraz osoby uprawnionej do Świadczenia będących osobą fizyczną

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

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

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

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

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

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

4) PESEL/REGON,

5) numer dokumentu ubezpieczenia (numer Polisy).

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

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

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

1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

2) wystąpić z powództwem do sądu powszechnego właściwego według

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

3) zwrócić się do Komisji Nadzoru Finansowego.

13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.”.

§ 2.

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

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

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

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



WYKAZ INDYWIDUALNYCH UBEZPIECZEŃ DODATKOWYCH DOSTĘPNYCH W UBEZPIECZENIU GWARANCJA OCHRONA O SYMBOLU BRP-8215 (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"/>

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