

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

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

SUPER NETTO

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

I. POSTANOWIENIA WSTĘPNE

§ 1.

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

II. DEFINICJE

§ 2.

Ileokroć w OWU użyto określenia:

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

III. ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 3.

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

IV. RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§ 4.

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

V. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia

§ 5.

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

warunki zawarcia umowy ubezpieczenia

§ 6.

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

okres ubezpieczenia

§ 7.

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

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

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

wskazanie Beneficjenta

§ 8.

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

polisa ubezpieczeniowa

§ 9.

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

VI. WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

odstąpienie od umowy ubezpieczenia

§ 10.

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

§ 11.

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

VII. SUMA UBEZPIECZENIA

§ 12.

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

VIII. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 13.

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

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

IX. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI § 14.

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

X. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI § 15.

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

XI. WYKUP UBEZPIECZENIA § 16

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

XII. OSOBY UPRAWNIONE DO OTRZYMANIA ŚWIADCZEŃ § 17.

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

XIII. ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA § 18.

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

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

XIV. SKŁADANIE REKLAMACJI § 19.

- Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Beneficjentowi lub osobie uprawnionej do świadczenia będącymi osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej), jak również Ubezpieczającemu oraz poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej będącemu osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej przysługuje prawo do złożenia reklamacji, przy czym w przypadku ww. osób fizycznych przez reklamację należy rozumieć wystąpienie skierowane do Towarzystwa, w którym osoba wnosząca reklamację zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
- Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa, w której zakresie obowiązków jest obsługa osób wskazanych w ust. 1 powyżej.
- Osoba wskazana w ust. 1 powyżej może złożyć reklamację w formie:
 - pisemnej – składając osobiście pismo w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub siedzibie Towarzystwa albo listownie,
 - ustnej – telefonicznie na numer telefonu 22 867 66 67,
 - ustnej – osobiście w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub siedzibie Towarzystwa do protokołu podczas wizyty w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub siedzibie Towarzystwa - wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Beneficjenta oraz osoby uprawnionej do świadczenia będących osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej),
 - elektronicznej na adres e-mail reklamacje@compensazycie.com.pl – wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Beneficjenta oraz osoby uprawnionej do świadczenia będących osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej).
- W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia reklamacji, reklamacja powinna zawierać:
 - imię i nazwisko (nazwa firmy) osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację,
 - adres osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację,
 - 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,
 - PESEL/REGON,
 - numer dokumentu ubezpieczenia (numer polisy).
- Na żądanie osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację Towarzystwo potwierdza złożenie reklamacji na piśmie lub w inny uzgodniony z tą osobą sposób.
- 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.
- 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:
 - wyjaśnzu przyczynę opóźnienia,
 - wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone do rozpoznania sprawy,
 - określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

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

XV. SKŁADANIE SKARG I ZAŻALEŃ § 20.

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

XVI. POSTANOWIENIA KOŃCOWE § 21.

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



Artur Borowiński
Prezes Zarządu



Piotr Tański
Członek Zarządu

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

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

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

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

Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna:

Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celu i na podstawie:

CEL PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH	PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA
ocena ryzyka ubezpieczeniowego i wykonania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy; art. 41 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej; zgoda na przetwarzanie danych (szczególne kategorie danych osobowych)
ocena ryzyka ubezpieczeniowego w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	zgoda na przetwarzanie danych (szczególne kategorie danych osobowych)
własne cele marketingowe Administratora, w tym cele analityczne i poprzez profilowanie, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora. 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 Gospodarczym.

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

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

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

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

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

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

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

Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu:

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

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

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

Informacja o wymogu podania danych:

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

Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.