

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA STYPENDIALNEGO
ŻAK
BRP-1718**

| RODZAJ INFORMACJI | NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ Z WZORCA UMOWNEGO |
|---|--|
| 1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | §2, §3, §12, §16 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia | §2 pkt 3), §15 |

ŻAK

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA STYPENDIALNEGO ŻAK BRP-1718

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

§ 1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stypendialnego ŻAK o symbolu BRP-1718 (zwane dalej OWU), mają zastosowanie do umów ubezpieczenia stypendialnego ŻAK 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 Ubezpieczającymi.

DEFINICJE

§ 2.

Ilekrót w OWU użyto określenia:

- 1) gwarantowana wysokość świadczenia** – rozumie się przez to minimalną kwotę, gwarantowaną przez Towarzystwo w przypadku wypłacania świadczenia w formie stypendium edukacyjnego;
- 2) nieszczęśliwy wypadek** – rozumie się przez to zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego. W rozumieniu OWU do kategorii nieszczęśliwego wypadku nie zalicza się chorób, w tym również występujących nagle lub ujawnionych w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub stanowiących przyczynę nieszczęśliwego wypadku, a także czynników chorobotwórczych wywołujących chorobę infekcyjną (bakterie, wirusy lub pasożyty);
- 3) okres karencji** – rozumie się przez to okres, w którym Towarzystwo jest wolne od odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczającego, jeżeli nastąpił on z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek; okres karencji wynosi 6 miesięcy licząc od dnia początku odpowiedzialności;
- 4) okres polisowy** – okres rozpoczynający się w dniu początku odpowiedzialności, a następnie w odpowiednim dniu każdego kolejnego okresu obowiązywania umowy ubezpieczenia; okresem polisowym, o którym mowa wyżej, może być miesiąc, kwartał, półrocze lub rok;
- 5) rocznica polisy** – rozumie się przez to każdą rocznicę pierwszego dnia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia;
- 6) sporty ekstremalne** – rozumie się przez to: sporty wodne – jet skiing, hydrospeed, kanioning, kitesurfing, nurkowanie, ocean rafting, rafting, samotne wyprawy morskie i oceaniczne, surfing, wakeboarding, wędkarstwo pełnomorskie, white water, windsurfing; sporty zimowe – freeskiing, mono-ski, snowboard poza trasami narciarskimi, wyprawy polarne i wysokogórskie; sporty powietrzne – abseiling, akrobacje powietrzne, bungee jumping, dream jumping, free jumping, freegull, loty balonowe, paragliding/paralotniarstwo, wspinaczka skałkowa, zjazdy linowe; sporty ziemne – ewolucje na deskorolkach, lyżworolkach i BMX-ach, handbike, cross i rajd konny, Krav maga, paintball (jeśli uczestnicy nie są członkami klubu lub nie posiadają stroju ochronnego), sandboarding, saneczki uliczne, strzelanie poza strzelnicą, zorbing;
- 7) stopa techniczna** – zakładana teoretyczna stopa zysku z inwestowania wartości polisy w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, wynosząca 1,6% rocznie, stosowana we wzorach aktuarialnych dotyczących obliczania składek i obniżająca, w stopniu zależnym od okresu trwania umowy ubezpieczenia, wartość składki;
- 8) stypendium edukacyjne** – rozumie się przez to świadczenie wypłacane przez Towarzystwo Ubezpieczonemu przez 10 miesięcy roku szkolnego, w okresie 5 kolejnych następujących bezpośrednio po sobie lat kalendarzowych, w wysokości nie mniejszej od ustalonej przez strony przy zawarciu umowy ubezpieczenia; w przypadku zgonu Ubezpieczającego w okresie opłacania składek, stypendium wypłacane jest w okresie 5 kolejnych, następujących bezpośrednio po sobie lat kalendarzowych przez 12 miesięcy roku;
- 9) Ubezpieczający** – rozumie się przez to osobę fizyczną będącą stroną zawartej z Towarzystwem umowy ubezpieczenia, zobowiązaną do opłacania składek ubezpieczeniowych należnych na podstawie zawartej z Towarzystwem umowy ubezpieczenia;
- 10) Ubezpieczony** – rozumie się przez to osobę, na rzecz której zawarta została umowa ubezpieczenia;
- 11) wartość polisy** – rozumie się przez to obliczoną przy zastosowaniu metod aktuarialnych i finansowych, w oparciu o które została skalkulowana wysokość składki ubezpieczeniowej, wartość części składek na pokrycie przyszłych zobowiązań z tytułu umowy ubezpieczenia stanowiącą różnicę pomiędzy zakumulowaną wartością wpłaconych składek ubezpieczeniowych a zakumulowaną wartością poniesionych kosztów ochrony, na które składają się koszty za ryzyko, tj. należna składka ochronna za ryzyko zgonu oraz koszty zawarcia i obsługi umowy ubezpieczenia. Wartość polisy po upływie każdego roku kalendarzowego trwania umowy ubezpieczenia powiększana jest o kwotę zależną od udziału w zyskach;
- 12) wartość wykupu** – wartość polisy, przysługująca osobie uprawnionej po upływie okresu, w którym Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia i nie skorzystał on z przysługującego mu prawa odstąpienia;
- 13) wiek taryfowy** – rozumie się przez to parametr określany w latach, na podstawie wieku kalendarzowego Ubezpieczającego, zwiększany w przypadku natłogowego palenia papierosów o 5 lat oraz uzależniony od wagi zgodnie z Tabelą ustalania wieku taryfowego ze względu na nadwagę, stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU. Z powyższych przyczyn wiek taryfowy ustalony przez Towarzystwo może się różnić od wieku kalendarzowego Ubezpieczającego.

ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI I RODZAJE ŚWIADCZEŃ

§ 3.

- Towarzystwo wypłaca świadczenie w formie stypendium edukacyjnego począwszy od 1 września roku kalendarzowego, w którym Ubezpieczony rozpoczął lub rozpocznie naukę w szkole policealnej lub wyższej w przypadku:
 - 1) dożycia przez Ubezpieczającego do końca okresu opłacania składek – Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu stypendium edukacyjne przez 10 miesięcy roku szkolnego, w okresie 5 kolejnych, następujących bezpośrednio po sobie lat kalendarzowych,
 - 2) zgonu Ubezpieczającego przed upływem okresu opłacania składek – Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu stypendium edukacyjne przez 12 miesięcy roku, w okresie 5 kolejnych, następujących bezpośrednio po sobie lat kalendarzowych.
- Świadczenia z tytułu zajścia zdarzeń, o których mowa w ust.1 powyżej przysługują z zastrzeżeniem postanowień dotyczących okresów karencji wskazanych w § 2 pkt 3) OWU oraz wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności wskazanych w § 15 OWU.
- W przypadku złożenia wniosku o wypłatę świadczenia stypendialnego po rozpoczęciu nauki w szkole policealnej lub wyższej, należne miesięczne świadczenie będzie wypłacane na bieżąco, zgodnie z zasadami wskazanymi w § 16 OWU, a ewentualna zaległa kwota świadczenia zostanie wypłacona jednorazowo.

UMOWA UBEZPIECZENIA

wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia

§ 4.

- Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- Ubezpieczający zobowiązany jest do udzielenia odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- Towarzystwo może zażądać od Ubezpieczającego wypełnienia dodatkowych formularzy oraz dostarczenia dodatkowej dokumentacji, wskazując jednocześnie ich rodzaj.
- Przed zawarciem umowy ubezpieczenia Towarzystwo może skierować Ubezpieczającego na badania lekarskie. Koszt tych badań ponosi Towarzystwo.
- Towarzystwo zastrzega sobie prawo zaproponowania zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odrzucenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia danych lub do sporządzenia nowego wniosku w wyznaczonym terminie.
- W sytuacji, gdy pomimo wezwania, o którym mowa w ust. 6 powyżej, Ubezpieczający we wskazanym przez Towarzystwo terminie nie uzupełni wniosku, nie wypełni nowego wniosku lub nie dostarczy odpowiednich dokumentów, umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta, zaś wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia uznaje się za nieskuteczny.

warunki zawarcia umowy ubezpieczenia

§ 5.

- Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli spełnione zostaną jednocześnie następujące warunki:
 - 1) Ubezpieczający jest osobą pełnoletnią,
 - 2) Ubezpieczający w okresie opłacania składki nie przekroczy wieku taryfowego wynoszącego 75 lat,
 - 3) Ubezpieczający nie wykonuje następującego zawodu: pilota-oblatywacza, pilota niekoncesjonowanych linii lotniczych, akrobata, kaskadera, funkcjonariusza oddziału specjalnego policji, wojska i straży granicznej, pletwonurka, nurka bądź robotnika kesonowego, wymagającego prowadzenia wszelkiego rodzaju akcji ratowniczych,
 - 4) Ubezpieczający wypełnił wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia odpowiadając na zawarte w nim pytania, a wniosek nie został odrzucony,
 - 5) Ubezpieczający we wskazanych przez Towarzystwo przypadkach wypełnił dodatkowe formularze i dostarczył dokumentację uzupełniającą,
 - 6) Ubezpieczony w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia nie ukończył 15 roku życia,
 - 7) została dokonana wpłata na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej.

polisa ubezpieczeniowa

§ 6.

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

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7.

- Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia potwierdzonego w polisie ubezpieczeniowej.
- Odpowiedzialność Towarzystwa kończy się z dniem wygaśnięcia lub rozwiązania umowy ubezpieczenia, a także z dniem otrzymania przez Towarzystwo pisemnej informacji o odstąpieniu Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia.

wygaśnięcie umowy ubezpieczenia **§ 8.**

1. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem zakończenia wypłaty któregokolwiek ze świadczeń, o których mowa w § 3 ust 1 OWU.

odstąpienie od umowy ubezpieczenia **§ 9.**

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty zawarcia umowy.
2. O odstąpieniu od umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Towarzystwo na piśmie.
3. Odstąpienie Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia jest skuteczne od dnia otrzymania przez Towarzystwo pisemnej informacji o odstąpieniu.
4. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki ubezpieczeniowej za czas udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.
5. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu część składki ubezpieczeniowej za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

wypowiedzenie umowy ubezpieczenia **§ 10.**

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia. O wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Towarzystwo na piśmie.
2. Wypowiedzenie, o którym mowa w ust.1 powyżej, jest skuteczne na ostatni dzień miesiąca polisowego następującego po miesiącu polisowym, w którym złożone zostało oświadczenie o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia.
3. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki ubezpieczeniowej za czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa w okresie wypowiedzenia.
4. W przypadku wypowiedzenia przez Ubezpieczającego umowy ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca Ubezpieczającemu wartość wykupu. Wartość wykupu wypłacana jest na zasadach określonych w § 11 OWU.

rozwiązanie umowy ubezpieczenia **§ 11.**

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w dniu:
 - 1) upływu terminu wypowiedzenia,
 - 2) zgonu Ubezpieczonego,
 - 3) o którym mowa w § 14 ust. 7 OWU.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Towarzystwo wypłaca Ubezpieczającemu wartość wykupu.
3. Wartość wykupu ustalana jest na dzień zakończenia umowy ubezpieczenia.
4. Wartość wykupu należna Ubezpieczającemu jest:
 - 1) pomniejszona o wszelkie wymagalne zobowiązania Ubezpieczającego z tytułu umowy ubezpieczenia,
 - 2) powiększona o wszelkie wymagalne należności Ubezpieczającego z tytułu umowy ubezpieczenia.
5. Należnościami Ubezpieczającego, o których mowa w ust. 4 pkt 2) powyżej są kwoty składek lub części składek za niewykorzystany okres ochrony, z wyłączeniem składek z tytułu umowy podstawowej opłacanych jednorazowo, które uwzględnione są w wartości polisy.
6. Gwarantowane wysokości wartości wykupu dla każdego roku polisowego w porównaniu do sumy wpłaconych składek ubezpieczeniowych (tj. wartość polisy), przy założeniu niezmiennej wysokości raty stypendium i terminowego opłacania składek potwierdzone są w polisie ubezpieczeniowej.
7. Na wysokość wartości wykupu ma wpływ wysokość nadwyżki stopy zwrotu z inwestowania wartości polisy osiągniętej przez Towarzystwo ponad stosowaną stopę techniczną.
8. Jeżeli nie złożono uprzednio wniosku o wypłatę stypendium edukacyjnego, Towarzystwo wypłaca wartość wykupu na wniosek Ubezpieczonego, w przypadku:
 - 1) zawarcia przez Ubezpieczonego związku małżeńskiego, albo
 - 2) ukończenia przez Ubezpieczonego 24 roku życia.
9. W sytuacji, o której mowa w ust. 8 powyżej, wartość wykupu obliczana jest na dzień zawarcia przez Ubezpieczonego związku małżeńskiego lub ukończenia przez niego 24 roku życia.

GWARANTOWANA WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA **§ 12.**

1. Wysokość gwarantowanej miesięcznej raty stypendium ustalają strony przy zawarciu umowy ubezpieczenia jako wielokrotność 100 PLN (słownie: stu złotych), jednak nie mniej niż 200 PLN (słownie: dwustu złotych).
2. Wysokość miesięcznej raty stypendium jest powiększana w wyniku naliczenia udziału w zysku z inwestowania wartości polisy, na zasadach określonych w § 13 OWU.

udział w zyskach **§ 13.**

1. Po zakończeniu każdego pełnego roku kalendarzowego trwania umowy ubezpieczenia do wartości polisy będzie dopisywany udział w zysku z inwestowania wartości polisy w wysokości 80% stopy zwrotu ponad stosowaną stopę techniczną wynoszącą 1,6 % rocznie.
2. Stopa zwrotu oznacza zysk z lokat aktywów Towarzystwa stanowiących pokrycie wartości polisy (rezerwa ubezpieczeń na życie), w odniesieniu do poziomu zaangażowanych środków. Zysk, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, pomniejszony jest o koszty działalności lokacyjnej, w rozumieniu przepisów regulujących zasady rachunkowości zakładów ubezpieczeń, dotyczące aktywów używanych do wyliczenia stopy zwrotu. Aktywa stanowiące pokrycie rezerwy ubezpieczeń na życie są wydzielone zgodnie z zasadami określonymi przez Towarzystwo.

3. Podstawą naliczenia zysku jest wysokość wartości polisy w dniu poprzedzającym pierwszy dzień poprzedniego roku kalendarzowego oraz pomniejszona o stopę techniczną stopa zwrotu z inwestowania wartości polisy zrealizowana przez Towarzystwo w poprzednim roku kalendarzowym.
4. Udział w zyskach dopisuje się za pełne lata kalendarzowe obowiązywania umowy ubezpieczenia z uwzględnieniem okresu wypłaty stypendium edukacyjnego.
5. Udział w zyskach powiększa wartość polisy i skutkuje odpowiednim zwiększeniem wysokości rat stypendium edukacyjnego, wypłacanych począwszy od dnia 1 września po dopisaniu do polisy udziału w zyskach.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA **§ 14.**

1. Składka ubezpieczeniowa wyliczana jest na podstawie taryf składek obowiązujących w Towarzystwie.
2. Składka ubezpieczeniowa wyliczana jest w oparciu o następujące parametry:
 - 1) wysokość raty stypendium,
 - 2) wiek taryfowy Ubezpieczającego,
 - 3) okres opłacania składek,
 - 4) zawód Ubezpieczającego,
 - 5) informacje o stanie zdrowia Ubezpieczającego,
 - 6) wysokość stopy technicznej.
3. Ubezpieczający we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia określa częstotliwość opłacania składki. Składka ubezpieczeniowa może być opłacana:
 - 1) okresowo:
 - a) miesięcznie,
 - b) kwartalnie,
 - c) półrocznie,
 - d) rocznie,
 - 2) jednorazowo za cały okres ubezpieczenia.
4. Ubezpieczający opłaca składkę w okresie pełnych lat polisowych ustalonym przy zawarciu umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że:
 - 1) okres opłacania składki nie może być krótszy niż 4 lata polisowe,
 - 2) koniec okresu opłacania składki nie może przypadać później niż w czerwcu roku kalendarzowego, w którym Ubezpieczony kończy 19 rok życia.
5. Każdą składkę Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić z góry, w terminie do ostatniego dnia okresu polisowego, za który została opłacona poprzednia składka ubezpieczeniowa.
6. W przypadku nieopłacenia w terminie należnej składki ubezpieczeniowej w pełnej wysokości należnej za dany okres polisowy, Towarzystwo na piśmie wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki ubezpieczeniowej wyznaczając dodatkowy 7 dniowy termin jej zapłaty, podając skutki niezapłacenia składki ubezpieczeniowej w tym terminie.
7. Jeżeli składka nie zostanie opłacona w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 6 powyżej, umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem natychmiastowym na dzień, w którym upłynął termin zapłaty składki ubezpieczeniowej, o którym mowa w ust. 5 powyżej.
8. W przypadku opłacenia przez Ubezpieczającego zaległej składki ubezpieczeniowej w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 6 powyżej, Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z zachowaniem ciągłości odpowiedzialności ubezpieczeniowej.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI **§ 15.**

1. Towarzystwo wypłaca na wniosek pełnoletniego Ubezpieczonego 70% wartości wykupu, obliczonej na dzień zgonu Ubezpieczającego, jeżeli zgon nastąpił w okresie opłacania składek i spowodowany był którąkolwiek z poniższych przyczyn:
 - 1) uprawianiem następujących sportów: lotniczych, sportów walki, sportów motorowych, motocyklowych i motorowodnych, wszelkich form alpinizmu, speleologii oraz sportów ekstremalnych,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym lub wyjątkowym,
 - 3) czynnym udziałem w aktach terroru, zamieszkach, rozruchach,
 - 4) popełnieniem przestępstwa umyślnego,
 - 5) skażeniem chemicznym lub radioaktywnym oraz katastrofą nuklearną,
 - 6) popełnieniem samobójstwa w okresie pierwszych 24 miesięcy, licząc od pierwszego dnia odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia,
 - 7) ostrym lub przewlekłym zatruciem spowodowanym spożyciem alkoholu,
 - 8) katastrofą statków powietrznych innych niż samoloty komunikacyjne eksploatowane przez koncesjonowanych przewoźników, gdy Ubezpieczający był członkiem załogi lub pasażerem statku powietrznego,
 - 9) zakażeniem ludzkim wirusem upośledzenia odporności HIV i/lub przez ten wirus wywołanego zespołu nabytego upośledzenia odporności AIDS, połączonego z występowaniem infekcji oportunistycznych, nowotworów i chorób OUN,
 - 10) samookaleczeniem.

ZASADY PRYZNAWANIA I WYPŁATA ŚWIADCZENIA **§ 16.**

1. Towarzystwo wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia, dokonanego w wyniku własnych ustaleń poczynionych w postępowaniu, o którym mowa niżej, ugody zawartej z osobą uprawnioną do otrzymania świadczeń lub prawomocnego orzeczenia sądu.
2. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową winno być złożone w formie pisemnej do jednostki organizacyjnej Towarzystwa lub w inny uzgodniony z Towarzystwem sposób.
3. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w ust. 2 powyżej, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia.

4. W terminie, o którym mowa w ust. 3 powyżej Towarzystwo informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny uzgodniony z nią sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia.
5. W zależności od zdarzenia stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia dokumentami, o których mowa w ust. 4 powyżej są:
 - 1) dokument potwierdzający rozpoczęcie nauki (zaświadczenie o rozpoczęciu nauki z podpisem dziękana lub innej upoważnionej osoby),
 - 2) odpis skrócony aktu małżeństwa,
 - 3) odpis skrócony aktu zgonu, dokument potwierdzający przyczynę zgonu (np. karta statystyczna do karty zgonu),
 - 4) dokument potwierdzający okoliczności wystąpienia wypadku (np. notatka policyjna, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, postanowienie sądu),
 - 5) dokument tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie.
6. Wszelkie dokumenty roszczeniowe winny mieć postać oryginału bądź kopii uwierzytelnionej przez uprawnionego przedstawiciela Towarzystwa, osobę występującą z roszczeniem, organ właściwy do potwierdzania dokumentów za zgodności lub osobę wykonującą zawód zaufania publicznego. Dokumenty roszczeniowe mogą zostać złożone również w innej uzgodnionej z Towarzystwem formie.
7. W przypadku dożycia Ubezpieczającego do końca okresu opłacania składek wypłata świadczenia w formie stypendium edukacyjnego dokonywana jest przez 10 miesięcy roku szkolnego, w okresie 5 lat, począwszy od 1 września roku kalendarzowego, w którym Ubezpieczony rozpoczął lub rozpocznie naukę w szkole policealnej lub wyższej.
8. W przypadku zgonu Ubezpieczającego w trakcie okresu opłacania składek wypłata świadczenia w formie stypendium edukacyjnego dokonywana jest przez 12 miesięcy roku, w okresie 5 lat, począwszy od 1 września roku kalendarzowego, w którym Ubezpieczony rozpoczął lub rozpocznie naukę w szkole policealnej lub wyższej.
9. Towarzystwo spełnia świadczenie w formie jednorazowej wypłaty wartości wykupu w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
10. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń 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.
11. Jeżeli świadczenie nie zostało wypłacone w terminie, o którym mowa w ust. 9 powyżej, Towarzystwo zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia.
12. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, Towarzystwo informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą odmowę wypłaty świadczenia.
13. Świadczenia wypłacane z tytułu umowy ubezpieczenia nie podlegają pomniejszeniu o dodatkowe opłaty.
14. Świadczenia wypłacane są przelewem na rachunek bankowy lub w inny uzgodniony z osobą uprawnioną sposób.
15. Jeżeli Ubezpieczony lub osoba uprawniona do otrzymania świadczenia nie zgadza się z dokonanymi 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.
16. Powyższe uprawnienie nie koliduje z prawem dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

SKŁADANIE REKLAMACJI § 17.

1. 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 będącym 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 - 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),
 - 4) elektronicznej na adres e-mail reklamacje@compensaszycie.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).
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, 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 pozwany winna być Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerolimskie 162, 02-342 Warszawa,
 - 3) zwrócić się do Komisji Nadzoru Finansowego.
13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

SKŁADANIE SKARG I ZAŻALEŃ § 18.

1. Podmioty, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji, zgodnie z postanowieniami § 17 OWU, przysługuje prawo złożenia skargi lub zażalenia.
2. Do skargi lub zażalenia określonych w ust. 1 powyżej zastosowanie znajdują postanowienia § 17 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 § 17 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.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE § 19.

1. Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Beneficjenta lub osoby uprawnionej do świadczenia z umowy ubezpieczenia.
2. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia mogą być również rozwiązywane w sposób polubowny, w szczególności przez Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego.
3. Na pisemny wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Towarzystwa do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU.
4. Z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia nie przysługują premie lub rabaty.
5. Towarzystwo informuje Ubezpieczającego o wysokości dopisanego na koniec roku kalendarzowego udziału w zyskach, wartości wykupu na dzień upływu rocznicy polisy oraz o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia w terminie do dwóch miesięcy po upływie każdej rocznicy polisy.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany informować Towarzystwo o każdorazowej zmianie adresu, na który należy kierować przeznaczoną dla Ubezpieczającego korespondencję.
7. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych powszechnie obowiązujących aktów prawnych.
8. Zgodnie z postanowieniami art. 21 ust.1 pkt 4) ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 1991 r. nr 80, poz. 350 z późniejszymi zmianami) oraz art. 831 § 3 kodeksu cywilnego (Dz.U. z 1964 r. nr 16, poz. 93 z późniejszymi zmianami)

wszelkie świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia nie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób fizycznych oraz podatkiem od spadków.

9. Wszelkie opłaty związane z płatnościami składki, o ile są wymagane, obciążają Ubezpieczającego.
10. 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.
11. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa publikowane są na stronie internetowej www.compensa.pl.
12. Niniejsze OWU wchodzi w życie z dniem 1 czerwca 2018 r.
13. Niniejsze OWU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 6/04/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group Uchwałą 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

Załącznik nr 1 do OWU

Tabela nr 1 dotycząca ustalania wieku taryfowego ze względu na nadwagę

| Wzrost w cm | Powyżej ukończonego 50-tego roku życia (kalendarzowego) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-------------|
| | Liczba lat, które należy doliczyć w celu otrzymania wieku taryfowego przy uwzględnieniu nadwagi | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | * |
| | Waga w kilogramach | | | | | | | | | | | | | | | | |
| do 145 | do 54 | 55-56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64-65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | powyżej 71 |
| 146-150 | do 59 | 60 | 61 | 62-63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69-70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75-76 | 77 | powyżej 77 |
| 151-155 | do 63 | 64 | 65-66 | 67 | 68 | 69 | 70-71 | 72 | 73 | 74 | 75-76 | 77 | 78 | 79 | 80-81 | 82 | powyżej 82 |
| 156-160 | do 67 | 68-69 | 70-71 | 72 | 73 | 74 | 75-76 | 77 | 78 | 79 | 80-81 | 82 | 83 | 84-85 | 86 | 87 | powyżej 87 |
| 161-165 | do 72 | 73 | 74 | 75-76 | 77 | 78-79 | 80 | 81-82 | 83 | 84 | 85-86 | 87 | 88-89 | 90 | 91-92 | 93 | powyżej 93 |
| 166-170 | do 76 | 77 | 78-79 | 80-81 | 82 | 83-84 | 85 | 86-87 | 88 | 89-90 | 91 | 92-93 | 94 | 95-96 | 97 | 98-99 | powyżej 99 |
| 171-175 | do 81 | 82 | 83-84 | 85 | 86-87 | 88-89 | 90 | 91-92 | 93 | 94-95 | 96-97 | 98 | 99-100 | 101-102 | 103 | 104-105 | powyżej 105 |
| 176-180 | do 85 | 86-87 | 88-89 | 90 | 91-92 | 93-94 | 95-96 | 97 | 98-99 | 100-101 | 102 | 103-104 | 105-106 | 107-108 | 109 | 110-111 | powyżej 111 |
| 181-185 | do 90 | 91-92 | 93-94 | 95-96 | 97 | 98-99 | 100-101 | 102-103 | 104-105 | 106 | 107-108 | 109-110 | 111-112 | 113-114 | 115 | 116-117 | powyżej 117 |
| 186-190 | do 95 | 96-97 | 98-99 | 100-101 | 102-103 | 104-105 | 106-107 | 108 | 109-110 | 111-112 | 113-114 | 115-116 | 117-118 | 119-120 | 121-122 | 123-124 | powyżej 124 |
| 191-195 | do 100 | 101-102 | 103-104 | 105-106 | 107-108 | 109-110 | 111-112 | 113-114 | 115-116 | 117-118 | 119-120 | 121-122 | 123-124 | 125-126 | 127-128 | 129-130 | powyżej 130 |
| 196-200 | do 106 | 107 | 108-110 | 111-112 | 113-114 | 115-116 | 117-118 | 119-120 | 121-122 | 123-125 | 126-127 | 128-129 | 130-131 | 132-133 | 134-135 | 136-137 | powyżej 137 |
| 201 i więcej | do 111 | 112-113 | 114-115 | 116-118 | 119-120 | 121-122 | 123-124 | 125-126 | 127-129 | 130-131 | 132-133 | 134-135 | 136-138 | 139-140 | 141-142 | 143-144 | powyżej 144 |

Do ukończenia 50-tego roku życia (kalendarzowego)

| Wzrost w cm | Liczba lat, które należy doliczyć w celu otrzymania wieku taryfowego przy uwzględnieniu nadwagi | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-------------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | * |
| | Waga w kilogramach | | | | | | | | | | | | | | | | |
| do 145 | do 55 | 56 | 57-58 | 59-60 | 61-62 | 63-64 | 65 | 66-67 | 68-69 | 70-71 | 72 | 73-74 | 75-76 | 77-78 | 79-80 | 81-82 | powyżej 82 |
| 146-150 | do 59 | 60-61 | 62-63 | 64-65 | 66-67 | 68-69 | 70 | 71-72 | 73-74 | 75-76 | 77-78 | 79-80 | 81-82 | 83 | 84-85 | 86-88 | powyżej 88 |
| 151-155 | do 63 | 64-65 | 66-67 | 68-69 | 70-71 | 72-73 | 74-75 | 76-77 | 78-79 | 80-81 | 82-83 | 84-85 | 86-87 | 88-89 | 90-92 | 93-94 | powyżej 94 |
| 156-160 | do 67 | 68-69 | 70-72 | 73-74 | 75-76 | 77-78 | 79-80 | 81-82 | 83-85 | 86-87 | 88-89 | 90-91 | 92-93 | 94-96 | 97-98 | 99-100 | powyżej 100 |
| 161-165 | do 72 | 73-74 | 75-76 | 77-78 | 79-81 | 82-83 | 84-85 | 86-88 | 89-90 | 91-92 | 93-95 | 96-97 | 98-99 | 100-102 | 103 | 104-106 | powyżej 106 |
| 166-170 | do 76 | 77-78 | 79-81 | 82-83 | 84-85 | 87-88 | 89-91 | 92-93 | 94-96 | 97-98 | 99-101 | 102-103 | 104-106 | 107-108 | 109-110 | 111-113 | powyżej 113 |
| 171-175 | do 81 | 82-83 | 84-86 | 87-88 | 89-91 | 92-94 | 95-96 | 97-99 | 100-101 | 102-104 | 105-107 | 108-109 | 110-112 | 113-115 | 116-117 | 118-120 | powyżej 120 |
| 176-180 | do 85 | 86-88 | 89-91 | 92-94 | 95-96 | 97-99 | 100-102 | 103-105 | 106-107 | 108-110 | 111-113 | 114-115 | 117-119 | 120-121 | 122-124 | 125-127 | powyżej 127 |
| 181-185 | do 90 | 91-93 | 94-96 | 97-99 | 100-102 | 103-105 | 106-108 | 109-111 | 112-114 | 115-116 | 117-119 | 120-122 | 123-125 | 125-128 | 129-131 | 132-134 | powyżej 134 |
| 186-190 | do 95 | 96-98 | 99-101 | 102-104 | 105-107 | 108-111 | 112-114 | 115-117 | 118-120 | 121-123 | 124-126 | 127-129 | 130-132 | 133-135 | 135-138 | 139-141 | powyżej 141 |
| 191-195 | do 100 | 101-104 | 105-107 | 108-110 | 111-113 | 114-117 | 118-120 | 121-123 | 124-126 | 127-130 | 131-133 | 134-136 | 137-139 | 140-143 | 144-145 | 147-149 | powyżej 149 |
| 196-200 | do 106 | 107-109 | 110-112 | 113-116 | 117-119 | 120-123 | 124-125 | 127-129 | 130-133 | 134-136 | 137-140 | 141-143 | 144-147 | 148-150 | 151-153 | 154-157 | powyżej 157 |
| 201 i więcej | do 111 | 112-114 | 115-118 | 119-122 | 123-125 | 126-129 | 130-132 | 133-135 | 137-140 | 141-143 | 144-147 | 148-150 | 151-154 | 155-158 | 159-161 | 162-165 | powyżej 165 |

* - ryzyka nieubezpieczalne

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.